

Фармацевтический маркетинг

Принципы, среда, практика

Титульный спонсор



Pharmaceutical Marketing

Principles, Environment, and Practice

Mickey C. Smith, PhD

E. M. Kolassa, PhD

Greg Perkins, PhD

Bruce Siecker, PhD

Pharmaceutical Products Press®
An Imprint of The Haworth Press, Inc.
New York • London • Oxford

Микки С. Смит, Е. М. Коласса,
Грег Перкинс, Брюс Сикер

Фармацевтический маркетинг

Принципы, среда, практика

Перевод с английского
Н. Г. Мефодовская

Редакторы русского издания
Ю. А. Крестинский, В. А. Мефодовский

Аналитическая поддержка



Информационный партнер

Фармацевтический
ВЕСТНИК

При поддержке



Litterra
Москва
Издательство «Литтерра»
2005

УДК 615.2/.3; 65.01
ББК 52.81
С50

Смит М. С., Коласса Е. М., Перкинс Г., Сикер Б.
С50 Фармацевтический маркетинг. Принципы, среда, практика /
Микки С. Смит, Е. М. Коласса, Грег Перкинс, Брюс Сикер;
Пер. с англ. Н. Г. Мефодовской. Ред. рус. изд. Ю. А. Крестинский,
В. А. Мефодовский. — М.: Литтерра, 2005. — 392 с.
(Серия «ФармМаркетинг»)

ISBN 5-98216-019-9

Книга «Фармацевтический маркетинг. Принципы, среда, практика» рассматривает ключевые «четыре Р» любого маркетинга: продукт (product), цену (price), распределение (place) и продвижение (promotion). Уникальность настоящего издания заключается в гармоничном соединении теории маркетинговых процессов с примерами их реального воплощения на практике. Книга предназначена как для опытных специалистов, так и для тех, кто только начинает свою карьеру.

УДК 615.2/.3; 65.01
ББК 52.81

ВСЕ ПРАВА ЗАЩИЩЕНЫ. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена или перенесена в какой бы то ни было форме или каким бы то ни было способом — электронным или механическим, включая фотокопирование, запись на магнитный носитель или помещение в какую бы то ни было систему хранения и поиска информации, без получения письменного разрешения от Издательства «Литтерра».

Права на перевод переданы с согласия издательства The Haworth Press, Inc.

ISBN 5-98216-019-9

© The Haworth Press, Inc., 2002
© Мефодовская Н. Г., перевод на русский язык, 2005
© Издание на русском языке, оформление.
ЗАО «Издательство «Литтерра», 2005

Оглавление

Об авторах	11
Предисловие	13
Раздел I. Введение	15
Глава 1. Принципы маркетинга (Микки Смит)	16
Определение маркетинга	16
Возникновение маркетинга	17
Развитие фармацевтического маркетинга	18
Социальные функции маркетинга	20
Надлежащий продукт	24
Надлежащее количество	24
Надлежащее место	24
Надлежащая цена	25
Надлежащее время	26
Коммуникации	26
Управление маркетингом	27
Общественная роль фармацевтического маркетинга	28
Глава 2. Фармацевтическая среда (Микки Смит)	30
Центральный круг: пациенты и потребители	32
Внешний круг: сложная среда	55
Средний круг	70
Глава 3. Практика фармацевтического маркетинга (Микки Смит)	79
Введение	79
Кто мы такие? Кто нас окружает?	94
Каким бизнесом мы занимаемся? Куда это нас приведет?	100
Внутренний анализ — взгляд на корпорацию изнутри	104
Раздел II. Продукт	113
Глава 4. Принципы исследования и разработки продукта (Грег Перкинс)	114
Стратегия формирования «продуктового портфеля»	114
Стратегия новых продуктов	118
Стратегия позиционирования продукта	131
Стратегия перепозиционирования продукта	132
Стратегия снятия продукта	133
Стратегия диверсификации	137
Кейс: ибупрофен — от лекарства к продукту для здоровья*	142
Глава 5. Среда: поддержание роста прибыли на различных этапах жизненного цикла продукта (Грег Перкинс)	158
Повышение эффективности отбора ценных молекулярных соединений	159

Управление проектами по разработке препарата и его запуску	162
Управление жизненным циклом препарата с помощью пострегистрационных НИОКР	170
Роль слияний	174
Глава 6. Практика исследования и разработки препаратов в США (Грег Перкинс)	181
Введение	181
Акт о препаратах для лечения редких заболеваний (Orphan Drug Act)	187
Ускоренная регистрация препарата	190
Акт о взносах производителей рецептурных препаратов 1992 года (PDUFA)	194
Акт о модернизации FDA 1997 года (FDAMA)	197
Раздел III. Цена	203
Глава 7. Принципы ценообразования в фармацевтике (Мик Коласса)	204
Важнейшие факторы принятия решения о ценообразовании	205
Конкуренция	206
Характеристики пациентов	210
Стоимость лечения	212
Лица, принимающие решения	213
Характеристики заболевания	214
Возмещение затрат	216
Потребности компании	217
Возможности компании	218
Учет политической ситуации	218
Глава 8. Фармацевтическая ценовая среда (Мик Коласса)	223
Введение	223
Установление цены на новый продукт	227
Политические аспекты фармацевтического ценообразования	228
Специальное ценообразование	229
Глава 9. Практика установления цен на фармацевтические препараты (Мик Коласса)	230
Тенденции установления цен на новые препараты	231
Потребность в специальном ценообразовании	236
Раздел IV. Распределение	237
Глава 10. Принципы и каналы распределения (Брюс Сикер)	238
Проблемы управления распределением	239
Каналы распределения	243
Решающие факторы распределения	245
Специализированные компании	248
Отношения и конфликты внутри каналов	255

Доступность канала	256
Физическое распределение	257
Глава 11. Факторы распределения	
на фармацевтическом рынке США: среда (Брюс Сикер)	263
Лекарства и товары для здоровья	263
Использование рецептурных препаратов	264
Требования к лекарству	267
Физические и финансовые характеристики продукта	269
Законодательные требования	270
Глава 12. Практика распределения	
на фармацевтическом рынке США (Брюс Сикер)	279
Поставщики лекарств — производители, маркировщики, упаковщики	279
Дистрибуторы	283
Сетевые склады	285
Аптеки. Взаимодействие пациента и аптеки	285
Специалисты по возврату — обратные дистрибуторы, специалисты по рекламациям и утилизаторы	289
Клиники, хирургические центры, центры диализа, лаборатории и центры планирования семьи	291
Образцы лекарственных средств	291
Институциональный (больничный) маркетинг	291
Дистрибуция	293
Раздел V. Продвижение	299
Глава 13. Принципы продвижения (Микки Смит)	300
Введение	300
Рациональные обращения	306
Нерациональные обращения	307
Целевая аудитория для продвижения препаратов	310
Особый случай: реклама рецептурных препаратов, направленная на потребителя	311
Где продвигать: стратегический выбор рекламного носителя	318
Типы носителей	322
Процедура выбора носителя	331
Решение об объеме затрат	333
Заключение	337
Глава 14. Среда продвижения (Микки Смит)	340
Юридическая среда	340
Технологическая среда	342
Экономическая среда	343
Социальная среда	343
Конкурентная среда	344
Внутренняя среда	344

Отдельные потребители	345
Состояние здоровья общества	345
Заключение	346
Глава 15. Практика продвижения	
на фармацевтическом рынке США (Микки Смит)	347
Немного истории	348
Целевые группы	349
Сообщение	352
Учет стадии жизненного цикла продукта	353
Характеристики продукта	355
Формирование комплекса маркетинга	359
Заклучение	365
Раздел VI. Заключение	367
Глава 16. Фармацевтический маркетинг	
в системе общественного здоровья (Микки Смит)	368
Маркетинг на этапе разработки	369
Фармакоэкономические исследования	371
Снижение давления на цены	372
Развитие эффективной дистрибуции	373
Маркетинговые коммуникации с врачами	375
Потребительский маркетинг	380
Стимулирование спроса	381

Опыт ЦВ «Протек»

Маркетинговые исследования и исследования рынка	
как вид «сканирования» среды	108
Стратегическое планирование	111
Принципы ценообразования в фармацевтике	221
Действия в конкурентной среде	222
Принципы, факторы и каналы распределения	259
Франшизы, клубы потребителей	261
Формирование сервисного пакета	262
Политика работы с лечебно-профилактическими учреждениями	275
Ассортиментная политика ЦВ «Протек»	277
Комментарий по теме «Связь с производителями»	297

Уважаемые коллеги,

От себя лично и от лица всех сотрудников компании Центр Внедрения «Протек» позвольте выразить Вам искреннее почтение!

В 2005 году Центру Внедрения «Протек» исполняется 15 лет. За эти годы произошло стремительное развитие как экономики страны в целом, так и фармацевтической отрасли. Мы гордимся тем, что нам удалось внести в эти позитивные изменения значимый вклад и стать по общему признанию компаний национального масштаба. Компания предлагает не только широкий ассортимент лекарственных препаратов и парафармацевтической продукции, но и высокий уровень сервиса, решения по развитию бизнеса фирм-производителей, аптек и лечебно-профилактических учреждений. Лидируя в развитии региональной дистрибуторской сети, установлении эффективных партнерских связей, внедряя инновационные решения в сфере информационных технологий и управления операциями, «Протек» все чаще выступает как системный интегратор бизнес-процессов в отрасли, обеспечивая эффективное взаимодействие и партнерство между различными субъектами здравоохранения не только в фарминдустрии, но в здравоохранении в целом.

Компания ЦВ «Протек» впервые делится своим опытом с такой широкой аудиторией. Роль эксперта и практика фармацевтического рынка является для нас естественной. Именно поэтому компания решила рассказать о пройденном пути. Успех скопировать невозможно, ведь каждый приходит к нему своим путем. Можно только научить основным принципам ведения бизнеса и предостеречь от некоторых ошибок.

Надеюсь, что эта книга поможет начинающим специалистам фармацевтического рынка понять его специфику и основные законы на примере ведущего дистрибьютора товаров для красоты и здоровья, а профессионалам совершенствовать и развивать свой бизнес, повышая его эффективность.

*Астафуров О.И.,
Генеральный директор ЦВ «Протек»*

Об авторах

Д-р Микки Смит (Dr. Mickey Smith) — до 2003 г. директор Центра фармацевтического маркетинга и менеджмента в Школе фармации Университета штата Миссисипи.

Автор более 50 книг по фармацевтическому маркетингу, фармацевтической этике, экономике; был редактором *Journal of Pharmaceutical Marketing & Management* (Haworth) и *Journal of Research in Pharmaceutical Economics* (Haworth).

Д-р Е.М. «Мик» Коласса (Dr. Е.М. «Mick» Kolassa) — координатор программы исследований по фармацевтическому маркетингу и менеджменту в Исследовательском институте фармацевтических наук Университета штата Миссисипи.

Работал вице-президентом Strategic Pricing Group в Бостоне и директором по ценообразованию и экономической политике компании Sandoz Pharmaceuticals.

Автор книги *Elements of Pharmaceutical Pricing* (Haworth).

Д-р Грег Перкинс (Dr. Greg Perkins) — младший вице-президент Международной юридической службы компании Solvay Pharmaceuticals.

Более 27 лет работал в четырех фармацевтических компаниях. Имеет огромный опыт в области законодательного регулирования, клинических исследований, контроля качества. Участвовал в переводе препарата Актифед (Actifed) в категорию ОТС и разработке двух первых препаратов для лечения СПИДа — Ретровира (Retrovir) и Хивида (Hivid).

Д-р Брюс Сикер (Dr. Bruce Siecker) — президент компании Business Research.

Консультирует производителей лекарств, дистрибьюторов, аптеки и различные ассоциации, проводит исследования для решения профессиональных и деловых задач, осуществляет контроль над соответствием деятельности компаний требованиям регулирующих органов, а также организует различные исследовательские и обучающие программы.

Предисловие

Во время работы над этой книгой в центре моего внимания было несколько обстоятельств. Во-первых, что эта работа, безусловно, станет последней в серии из пяти книг по фармацевтическому маркетингу, которые я опубликовал более чем за 30 лет своей работы в «лекарственном бизнесе» (учитывая мою первую работу продавцом газированных напитков в аптеке на углу). Во-вторых, что началось новое тысячелетие.

Анализируя прошлое, я пришел к выводу, что не все мои знания о фармацевтическом маркетинге — то, что делает меня таким умным, — можно считать абсолютно верными. Самокритика такого рода обычно провоцирует приятную дискуссию, но факт остается фактом: принципы маркетинга сейчас столь же верны, как и тогда, когда писалась первая книга, изданная в 1968 году, а вот практика применения этих принципов изменилась.

В этой книге мы с соавторами возвращаемся к **ПРИНЦИПАМ**. Затем мы описываем факторы внешней **СРЕДЫ**, влияющие на применение этих принципов. Наконец, мы рассматриваем **ПРАКТИКУ** применения принципов фармацевтического маркетинга для ответа на вызовы внешней среды.

Первоначально мы предполагали, что основная аудитория этой книги будет состоять из двух групп: тех, кто имеет академическое образование в области бизнеса, но мало знаний или опыта в области фармацевтики, а также тех, кто имеет академическое образование в области фармацевтики, но недостаточные познания в маркетинге. Идеальный наш читатель — тот, кто только лишь начал или собирается начать работу в фармацевтической компании. И эта работа не обязательно должна быть напрямую связана с маркетингом. По моему глубокому убеждению, каждый, кто работает в фармацевтической отрасли — от клерка в розничной аптеке до ученого, — должен иметь представление о том, как маркетинг влияет на бизнес его компании и на общество в целом.

Вторая группа наших читателей — все, кто регулирует и контролирует отрасль, занимается ее критикой, инвестициями в нее или любым другим образом косвенно вовлечен в жизнедеятельность фармацевтики. Журналисты, политики, активные выразители общественного мнения, представители регулирующих органов, организаций по защите прав потребителей, профессора, биржевые брокеры — все, кто оказывает влияние на эффективность фармацевтического рынка, и поэтому могли бы получить пользу от понимания принципов его существования.

В этой книге отсутствуют многие технические аспекты фармацевтического маркетинга, такие как формулы составления карты отношений, указания по использованию вторичных маркетинговых исследований, модели ценообразования или формулы для оценки прибыли. Для тех, кто заинтересован в информации такого рода, в конце

глав приведен список литературы, которая может быть полезной в разработке таких деталей.

Мы включили в книгу небольшие исторические экскурсы, так как я считаю важным понимание того, какой путь прошла отрасль, прежде чем достичь своего сегодняшнего положения, — «тот, кто не помнит свою историю, обречен ее повторить». Кроме того, я уверен, что приходящие сегодня на работу в фармацевтику специалисты по маркетингу должны иметь некоторое представление о том, какие усилия были приложены их предшественниками, чтобы возникли их рабочие места.

Эта книга основана на представлении, что фармацевтический маркетинг следует определенным принципам и на него оказывают влияние многочисленные факторы окружающей среды, а это приводит к широкому разнообразию практических приемов в фармацевтическом маркетинге. Мы приводим примеры практического использования принципов маркетинга, чтобы показать, как их успешное применение — при обязательном тщательном учете внешних сил — может привести к успеху на рынке. Естественно, мы даем также и примеры неудач.

Сама природа этой удивительной и сложной отрасли таит в себе огромный потенциал добра и зла, поэтому я считаю, что каждый, кто готовится сделать в карьере в фармацевтике, должен знать больше, чем положено по основной специальности (маркетингу, химии или фармакологии). Нужно знание контекста, которое можно получить из книги Рене Дубоса (Rene Dubos) «Мираж здоровья» (*Mirage of Health*) и даже из таких чрезмерно критических и однобоких источников, как книга Мортон Минца (Morton Mintz) «Терапевтический кошмар» (*Therapeutic Nightmare*). Кроме того, имеет смысл уделить некоторое внимание литературе по «социальному маркетингу», например, публикациям, которые касаются проблем контрацепции. Напрямую или нет — принципы маркетинга используются во многих областях (о применении маркетинга в религии см. книгу Э. Райса (A. Ries) и Дж. Траута (J. Trout) «Позиционирование: битва за ваш разум» (*Positioning, the Battle for Your Mind*)).

Наконец, автор неизменно придерживается мнения, что хороший маркетинг ведет к хорошей медицине. Бывают, конечно, и исключения, но когда система работает, плохой маркетинг не может быть долгое время успешным, как, впрочем, и плохая медицина.

Микки С. Смит

Раздел I. Введение

Глава 1.

Принципы маркетинга

Определение маркетинга

В 1985 году Американской ассоциацией маркетинга (American Marketing Association) было принято следующее определение маркетинга:

«Маркетинг — это планирование и разработка концепций ценообразования, продвижения и распределения товаров и услуг для эффективного удовлетворения индивидуальных и групповых потребностей потребителей»¹.

Другие определения могут быть взяты на вооружение производителями товаров и услуг, непосредственно связанных с благосостоянием как общества в целом, так и отдельных его членов:

Маркетинг — это «создание и распространение образа жизни», «основной общественный процесс, который... эволюционирует в сторону более эффективного и целесообразного удовлетворения потребности общества в потреблении и обмене ценностей»².

Наиболее академичный взгляд на маркетинг мы находим у самих маркетологов. Два наиболее известных специалиста в этой области, Е.Дж. Мак Карти (E.J. McCarthy) и У.Д. Перро (W.D. Perreault), дают следующее определение:

«Маркетинг — это деятельность, направленная на достижение целей компании через удовлетворение потребностей заказчика (клиента) путем управления потоками товаров и услуг, идущих от производителя к заказчику (клиенту)»³.

Еще один известный авторитет в области маркетинга, Теодор Левитт (Theodore Levitt), суммировал «гениальные находки» некоторых

специалистов по маркетингу. По его мнению, успеха добивается тот, кто руководствуется несколькими на первый взгляд простыми соображениями⁴:

1. Цель любого бизнеса — привлечение и сохранение клиентов (или формирование круга потребителей нового товара/услуги).
2. Для достижения этой цели нужно производить и доводить до потребителя товары или услуги по ценам, соответствующим покупательским ожиданиям, причем делать это лучше, чем конкуренты.
3. Для продолжения бизнеса необходимо регулярно получать прибыль.
4. Прибыль обеспечивают четкая постановка задач, разумное планирование и хорошо налаженные коммуникации.
5. Важно не забывать о системе поощрений и наказаний, а также исправлять ошибки.

Кажущаяся простота этих требований не должна смущать читателя, ведь маркетинговая деятельность оказывает глубокое воздействие практически на все аспекты современной жизни. Именно в результате маркетингового анализа на свет появились автомобили разных цветов. Под воздействием маркетинга в ходе эволюции упаковки возникли в высшей степени удобно упакованные полуфабрикаты.

Изучение маркетинга обусловлено его вкладом в формирование стоимости товаров. Во многих случаях затраты на маркетинг составляют половину продажной цены приобретаемых нами продуктов и услуг. Как потребители мы должны понимать природу этих затрат, чтобы оценить степень возврата наших вложений в маркетинг.

Принципы маркетинга достойны изучения уже хотя бы потому, что, как известно, у принципов есть одно важное свойство: они применимы более чем в одной ситуации. Вот почему принципы **фармацевтического маркетинга**, представленные здесь в основном с точки зрения производителя, могут и должны найти применение у всех представителей отрасли.

Возникновение маркетинга

Маркетинг был всегда. Правда, первая маркетинговая операция прошла неудачно: Адам и Ева променяли райский сад на яблоко. Кто-то может сказать, что соблюдение этических норм в маркетинговой практике не слишком изменилось с тех пор, как змей организовал эту сделку...

Торговля, или обмен, по-видимому, были в ходу на протяжении всей человеческой истории, правда, поначалу в ограниченном масштабе.

Тем не менее маркетинг как ведущая сила в обществе — относительно новое явление. Он не мог стать чем-то действительно важным до тех пор, пока человечество не начало производить больше, чем необходимо для удовлетворения сиюминутных жизненно важных потребностей. В разных частях земного шара это происходило в разное время. Именно по этой причине уровень понимания законов маркетинга неодинаков во всем мире, хотя быстрое развитие международной торговли понемногу сглаживает отличия.

Можно сказать, что маркетинг возник в результате специализации и, как следствие, расширения производства. Если первые земледельцы кое-как перебивались, возделывая те несколько акров земли, которые смогли отвоевать у природы, то с течением времени они стали более умелыми. При этом выяснилось, что одни более успешно выращивали пшеницу, в то время как другие — кукурузу или рис. Вскоре сложилась система обмена: пшеницу меняли на кукурузу, кукурузу — на рис и т.д. Со временем людям стало удобнее специализироваться на том, что у них получалось лучше всего. А раз так, то эффективность их труда возросла еще больше. По мере распространения специализации росло производство всех типов товаров.

Одним из таких «узких специалистов» был, несомненно, производитель повозок, ведь в поисках наилучших условий для обмена производители должны были вывозить товары за пределы своей местности. Проблема доставки несколько смягчилась после установления эквивалента обмена — денег. Отпала необходимость в перемещении всей продукции к каждому потенциальному покупателю. В некоторых местах появились специалисты, которые покупали у земледельцев весь урожай с тем, чтобы продать его нескольким покупателям. Начала развиваться оптовая торговля.

Последним по времени из основных этапов формирования знаний в сфере маркетинга стал период активного развития технологий массового производства, а также средств массовой коммуникации и быстрой доставки, когда стало возможным производить нужное количество практически любого товара. Главными маркетинговыми задачами по увеличению продаж стали:

- ✦ сообщение потребителям о том, что товар доступен;
- ✦ информирование потребителей о наличии у товара нужных им характеристик.

Развитие фармацевтического маркетинга

Основы современного фармацевтического маркетинга были заложены в первой половине 1940-х годов. Трудно отделить причину от следствия,

но широкое распространение сульфаниламидных препаратов, открытие пенициллина и других «чудодейственных средств» во второй половине XX века, без сомнения, стали настоящим прорывом в области фармакотерапии. Технологический прогресс был таким стремительным, что маркетинг едва успевал ему соответствовать.

Действительно, стимулов для активного развития маркетинговых технологий было мало — ведь даже во время Великой депрессии продажи лекарств в США оставались на довольно высоком уровне, а экономический подъем после Второй мировой войны и необычайно успешная исследовательская деятельность вызвали беспрецедентное процветание отрасли. Наиболее успешные разработки использовали миллионы людей. Впрочем, случившиеся провалы также поражали размахом и драматизмом...

Процветание фармацевтической отрасли привело к тому, что все больше компаний стремилось производить лекарственные средства. Соответственно, росла конкуренция. Для успешных продаж уже было недостаточно иметь хороший продукт. Оптовая и розничная торговля, развивающиеся параллельно с производителями, предъявляли все более высокие требования к лекарствам, становились все искушеннее в их выборе. Важным средством конкуренции стала цена. Эти и другие факторы вынуждали фармацевтическую промышленность приводить маркетинговые технологии в соответствие со своими научно-техническими возможностями.

Руководители маркетинговых подразделений обнаружили, что сфера их деятельности имеет особенности, отличающие фармацевтическую промышленность от производства товаров повседневного спроса: решение о том, какой именно продукт приобрести, как правило, принимает не потребитель, а врач. И фармацевтическая отрасль сконцентрировала свои усилия по продвижению продукции на 400 тыс. специалистов, которые определяли покупки 250 млн. американских потребителей.

Необычен и сам товар. С одной стороны, он спасает жизни и облегчает страдания, а с другой — сам может наносить вред при неправильном употреблении. К тому же многие из лекарственных препаратов дают побочные эффекты. Именно по этим причинам фармацевтический рынок — самый регулируемый. И лица, принимающие решение о производстве лекарства, и розничные торговцы должны быть дипломированными специалистами. Производители и оптовые торговцы должны быть зарегистрированы. Распространение товара, которое в большинстве других случаев изготовители стремятся сделать как можно более широким, здесь законодательно ограничено несколькими каналами. К тому же тема воздействия лекарств на здоровье очень волнует общественность, поэтому за любую ошибку фармацевтический маркетинг подвергается немедленной и ожесточенной критике.

При этом отрасль, как и любая другая, работает по законам рынка, и маркетинг должен выполнять свои традиционные функции, хотя и в специфических условиях. В принципе, функции маркетинга одни и те же независимо от того, имеете ли вы дело с противораковым препаратом или моющим средством.

Социальные функции маркетинга

Рассмотрим маркетинг с макроэкономических позиций, т.е. покажем, как он способствует большей эффективности экономики. На **рис. 1.1** показано, что производство и потребление гетерогенны (разнородны) и эта гетерогенность их разделяет. Задача маркетинга заключается в том, чтобы нивелировать это явление. Большинство специалистов сходится в том, что эти различия преодолеваются с помощью универсальных функций маркетинга: покупки, продажи, транспортировки, хранения, стандартизации и сортировки, финансирования, принятия рисков и пр. Успешное преодоление различий обеспечивает экономическую пользу и, как мы полагаем, лучшее состояние здоровья и качество жизни населения.

Производственный сектор Специализация и разделение труда определяют гетерогенность производства		
Маркетинг преодолевает:	РАЗЛИЧИЕ В МЕСТЕ	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Производители и потребители находятся на расстоянии друг от друга ◆ Производители стремятся к группировке по отраслевому признаку и концентрируются в нескольких местностях ◆ Потребители распределены повсеместно
	РАЗЛИЧИЕ ВО ВРЕМЕНИ	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Потребители могут не испытывать желания приобретать продукты в момент их производства ◆ Может требоваться время для доставки товаров от производителя к потребителю

Продолжение ↓



Производственный сектор Специализация и разделение труда определяют гетерогенность производства		
Маркетинг преодолевает:	РАЗЛИЧИЕ В ИНФОРМАЦИИ	<ul style="list-style-type: none">◆ Производители не имеют информации о том, что и кому нужно, а также где, когда и по какой цене◆ Потребители не знают, что доступно, у кого, где, когда и по какой цене
	РАЗЛИЧИЕ В ЦЕННОСТИ	<ul style="list-style-type: none">◆ Производители оценивают товары и услуги с точки зрения себестоимости и конкурентных цен◆ Потребители оценивают товары и услуги с точки зрения экономической пользы и возможности оплатить их
	РАЗЛИЧИЕ В СОБСТВЕННОСТИ	<ul style="list-style-type: none">◆ Производители имеют право собственности на товары и услуги, которые они сами не хотят потреблять◆ Потребители нуждаются в товарах и услугах, которыми не владеют
	РАЗЛИЧИЕ В КОЛИЧЕСТВЕ	<ul style="list-style-type: none">◆ Производители предпочитают производить и продавать в больших количествах◆ Потребители предпочитают покупать и потреблять в малых количествах
	РАЗЛИЧИЕ В АССОРТИМЕНТЕ	<ul style="list-style-type: none">◆ Производители специализируются на небольшом количестве товаров и услуг◆ Потребители нуждаются в широком ассортименте товаров и услуг
Потребительский сектор Различия по форме, времени, месту и полезности для удовлетворения потребностей и желаний		

Рис. 1.1. Маркетинг как посредник между производством и потреблением

Источник:

McInnes W.A. *Conceptual Approach to Marketing. Theory in Marketing, Second Series*, Cox R., Alderson W., and Shapiro S.J., Eds., Homewood, IL: Irwin, 1964; In: pp. 51—67.

Краткая характеристика этих функций объясняет их важность:

- ✦ Покупка подразумевает поиск и оценку товаров и услуг. В оптовой и розничной торговле это делается от лица клиентов.
- ✦ Продажа — наиболее очевидная функция, включающая в себя все виды продвижения. Целью маркетинга является такое глубокое знание и понимание потребителя, что продукт или услуга смогут продавать себя сами. В идеале результатом маркетинга должен стать покупатель, готовый к покупке⁵.
- ✦ Транспортировка — физическое перемещение товаров в нужное место.
- ✦ Хранение — содержание товаров до тех пор, пока потребители их не востребуют. Это одна из основных функций дистрибуции.
- ✦ Стандартизация и сортировка товаров — подбор товаров таким образом, чтобы потребители не нуждались в самостоятельном осуществлении этой функции. Большую часть этой деятельности осуществляют различные регулирующие институты.
- ✦ Финансирование обеспечивает производителя средствами, необходимыми для разработки, развития, производства и распределения товаров.
- ✦ Принятие рисков — снижение вероятности получить неопределенный результат, что особенно свойственно фармацевтике.
- ✦ Информатизация — сбор, анализ и распределение информации, необходимой для планирования, осуществления и контроля над маркетинговой деятельностью.

Все эти функции должны выполняться, но не обязательно каждой компанией. То, как это работает, показано на **рис. 1.2**. Каждая компания вырабатывает и совершенствует собственную, характерную именно для нее, концепцию маркетинга (комбинацию товаров, услуг, их продвижение и распределение). Самым удачным будет такое сочетание функций, которое в наибольшей степени отвечает потребностям рынка.

Усилиями маркетологов-практиков, направленными на то, чтобы маркетинговые функции их компаний максимально соответствовали нуждам потребителей, была сформирована и получила распространение так называемая «маркетинговая концепция». Кажущаяся очевидной, но не всегда используемая на практике, суть маркетинговой концепции состоит в следующем:

Проще изменить продукцию и деятельность отдельного производителя так, чтобы они соответствовали запросам рынка, чем убедить весь рынок потреблять продукты/услуги этого производителя.

**Рис. 1.2. Модель маркетинговой системы**

Источник:

McCarthy E.J. *Basic Marketing*. Burr Ridge, IL: Irwin, 1981; p. 26.

Маркетинговая концепция требует, чтобы компания организовала все свои ресурсы в целостную систему для удовлетворения нужд потребителей. Компании, гордившиеся совершенством своих производственных процессов, теперь пришли к выводу, что наличие «ноу-хау» в области маркетинга, пожалуй, более важно. Любая компания, стремящаяся адекватно удовлетворять потребности рынка, сегодня сосредотачивает усилия непосредственно на маркетинговой деятельности, добиваясь того, чтобы надлежащий продукт продавался в надлежащем количестве в надлежащем месте по надлежащей цене и в надлежащее время. Поскольку продукты фармацевтической отрасли оказывают воздействие на здоровье людей, некоторые из этих факторов приобретают еще большее значение, чем при маркетинге других товаров.

Надлежащий продукт

Немногие отрасли так же остро, как фармацевтическая, испытывают потребность в том, чтобы их продукты соответствовали строгим нормам. Ведь отклонение от нормы количества активных ингредиентов в таблетке всего в несколько миллиграммов может нанести ущерб не только продажам, но и здоровью пациента.

Одна из наиболее благотворных тенденций последних лет в фармацевтической промышленности — возрастание роли маркетинговых подразделений в разработке «надлежащего» продукта. Специалисты, проводящие маркетинговые исследования, отвечают не только за правильность оценки терапевтического воздействия лекарства с учетом длительности и тяжести заболевания, но и за то, чтобы дозировка, форма выпуска, упаковка и цена были максимально удобны и приемлемы для врача и пациента. В современных фармацевтических компаниях медицинские исследовательские отделы работают рука об руку со специалистами по маркетинговым исследованиям, совместно отбирая те характеристики продукта, которые в наибольшей степени соответствовали бы потребностям пациентов. Благодаря сотрудничеству в области технологии производства ни одно из исследовательских подразделений не оказывается в одиночестве перед лицом проблем, возникающих в ходе решения тех или иных задач.

Надлежащее количество

Количественные характеристики фармацевтических товаров тесно связаны с упаковкой. В некоторых ситуациях упаковка препарата может влиять на его эффективность. В другом случае упаковка бывает такой необычной, что сама по себе может служить средством продвижения. Например, количество таблеток в упаковке и тип упаковки анальгетика может варьироваться от флакона, содержащего 100 таблеток, который продается в муниципальной аптеке, до контейнера, содержащего 5000 индивидуально упакованных таблеток, предназначенных для раздачи в больнице пациентам. Опять же, надлежащее количество — важная маркетинговая характеристика продукта, которая важна и с точки зрения здравоохранения.

Надлежащее место

В случае рецептурных препаратов проблема места на первый взгляд кажется легко разрешимой. Ведь они могут распространяться только через аптеки, поэтому выбор места предопределен. Однако все не так просто. Стремление распределять рецептурные препараты как можно более эффективно, способствовало развитию сложных каналов

дистрибуции, включающих оптовые и розничные сети, больницы, клиники и государственные учреждения. Эти участники распределения оказываются под влиянием нужд и желаний пациентов. Местоположение пациентов и участников каналов дистрибуции также определяет расположение завода, склада, развитие территориальной торговли и способов транспортировки товаров.

Важной составляющей функцией маркетинга, с точки зрения «проблемы места», является сохранение устойчивых деловых связей с теми, кто обеспечивает работу канала дистрибуции. Розничные и оптовые торговцы, а также больницы должны иметь представление о политике распределения компании-производителя. Особое значение в поддержании устойчивых деловых связей в сфере дистрибуции приобретают позиция производителя по отношению к возврату товара, четкая бухгалтерия и доступность кредита, а также налаженные коммуникации, в том числе возможность получать сведения о наличии и происхождении всех продуктов компании. В отделах маркетинга большинства компаний-производителей лекарств есть директора по продажам или директора по дистрибуции, задача которых — сделать так, чтобы участники канала дистрибуции, от которых зависят объемы продаж, понимали и принимали политику распределения компании-производителя.

Надлежащая цена

Цена — составная часть маркетинга. Конечно, жизненно необходимые препараты наверняка будут приобретены независимо от цены (в пределах возможностей), но поскольку многие продукты могут быть заменены аналогами, то, чрезмерно завышая цену на свой товар, можно остаться без покупателей.

Как будет показано в этой книге, одна из уникальных характеристик фармацевтической отрасли — нежелание людей пользоваться ее продуктами. Иными словами, за некоторым исключением, пациенты предпочли бы не покупать выписанные препараты. Они бы лучше купили новое платье, билет в кино или отправились на ужин в хороший ресторан. К тому же рецептурный препарат обычно необходим, когда человек болен. Эти факторы делают рецептурные препараты непопулярными, а их цены — непопулярными вдвойне. Поэтому цены на лекарства постоянно подвергаются общественной критике. Работники аптек часто вынуждены выслушивать жалобы на эту тему. Как следствие — критика отрасли в целом. В таких условиях хорошей цены не может быть вообще, остается только выбор между «слишком высокой» и «запредельной» ценами.

Очевидно, что пока лекарства производятся на частных предприятиях, у них должна быть стоимость. Как заметил Т. Левитт, «пища — источник, а не цель жизни. Без пищи жизнь останавливается. Прибыль — источник бизнеса. Без прибыли останавливается бизнес»⁶. Независимо от того, кто оплачивает лекарства — пациент или

страховая компания, агентство по уходу за больными или какое-либо правительственное учреждение, — отдел маркетинга обязан определить, какой должна быть цена, это одна из его задач. На практике речь идет не об одной, а о нескольких ценах, устанавливаемых на продукт. Цена за одну капсулу, скажем, антибиотика может отличаться в зависимости от того, в каких количествах и кому он продается (розничным или оптовым торговцам, больницам или врачам), а также где — на внутреннем или зарубежном рынке.

Цены складываются под влиянием многих факторов. Отдел маркетинга прежде всего должен учитывать следующее:

- ✦ ожидаемый объем продаж препарата;
- ✦ цена на аналогичные продукты конкурентов;
- ✦ затраты на НИОКР;
- ✦ особенности рынка.

Как мы увидим в дальнейшем, цены на некоторые препараты могут опускаться даже до уровня, ведущего компанию к убыткам, что позволяет защитить от непомерных трат тех пациентов, которые в этих препаратах остро нуждаются.

Надлежащее время

Доступность лекарственного препарата именно тогда, когда он необходим, — еще одна задача маркетингового менеджмента, тесно связанная с функцией места. Инъекции адреналина должны быть доступны в отделениях скорой помощи больниц именно в тот момент, когда там находится пациент, а не несколькими часами позже.

Другая сторона функции времени, также имеющая отношение к маркетингу, это определение времени, по истечении которого должен быть выведен на рынок новый продукт. Безусловно, если речь идет о безопасном и эффективном средстве против угрожающих жизни человека состояний, то его выход на рынок должен быть немедленным. Однако иногда решение может быть не таким простым. Например, выведение на рынок оральных контрацептивов потребовало особого состояния общества, десятью годами раньше это было бы невозможно. По логике вещей, новый препарат для лечения обморожений не должен запускаться в летние месяцы.

Коммуникации

Даже если маркетинг успешно решил основные свои задачи, которые состоят в обеспечении наличия надлежащего продукта, его количества, места, цены и времени, участник рынка все равно может потерпеть крах. Причиной провала могут стать коммуникации. Наиболее

известная нам часть маркетинговых коммуникаций — реклама. Это наиболее заметная и, скажем так, впечатляющая форма коммуникаций. Однако для эффективного маркетинга процесс коммуникации должен быть двусторонним.

Прежде всего производитель должен донести до потребителя информацию о доступности продукта. Никто не купит продукт, о существовании которого не имеет ни малейшего представления. Врачи и сами занимаются тем, что В. Элдерсон (W. Alderson) определил как «поиск замены»: зная потребности своих пациентов (которые не имеют возможности участвовать в принятии решения), врачи находятся в поиске препаратов, доступных для пациентов и в наибольшей степени соответствующих их нуждам⁷. Хотя врачи и вовлечены в этот относительно активный и в определенной степени научный поиск, есть большая вероятность того, что они не узнают о нужном продукте до тех пор, пока кто-то (обычно, хотя и не всегда, производитель) не сделает усилие, чтобы сообщить докторам о существовании такого продукта.

Трудно ожидать, что производитель нового дорогостоящего препарата ограничится кратким сообщением типа «Компания Rhemstrand Pharmaceutical выводит на рынок Утопиотик». Нужно донести до врачей, почему препарат стоит того, чтобы его выписывать, объяснить, как правильно его использовать и в целях безопасности пациентов указать на побочные эффекты. Лекарства часто называют «палкой о двух концах», поскольку польза от лечения в некоторой степени нивелируется риском побочных эффектов. Производитель не должен скрывать побочное действие, пытаясь таким образом увеличить продажи. Тем не менее, чтобы защитить общество от таких недальновидных действий производителей, государственные регулирующие органы разрабатывают требования по обеспечению врачей всей необходимой информацией по использованию лекарств.

Управление маркетингом

Выше мы выделили несколько основных сфер ответственности маркетинга. Но практически ни одна из них не может быть реализована изолированно. Например, разработка нового надлежащего продукта требует сотрудничества с отделами производства и НИОКР. Чтобы установить цену, нужна информация финансового отдела. И все же маркетинг является ключевым звеном в создании «надлежащих» товаров. Как же все это работает?

Успешная координация деятельности всех подразделений компании требует от ее высшего руководства определенного уровня мышления. Этот уровень определяют две предпосылки: возможность и желание определить четкие и ясные цели компании, а также понимание необходимости концентрации усилий всех подразделений для успешной работы на фармацевтическом рынке.

Определение корпоративных целей может варьировать от общих заявлений до детального описания требуемых показателей продаж, прибыли и возврата инвестиций. Цели такого рода необходимы для того, чтобы задать вектор деятельности всех подразделений компании. Причем все эти виды деятельности, согласно современной философии менеджмента, должны быть направлены на удовлетворение выявленных отделом маркетинга нужд пациентов и врачей. Корпоративная стратегия, не ориентированная на рынок (т.е. не ставящая целью создание и сохранение потребителей), не может быть эффективной, считает Т. Левитт. Все прочие истины в данной области — простые производные этой⁸.

Общественная роль фармацевтического маркетинга

Лекарства влияют на здоровье, изменяют его. Уже по своей природе они играют заметную роль в обществе. Как следствие, важны и задачи, которые решает фармацевтическая промышленность. Президент одной из крупнейших фармацевтических компаний определил их так:

1. Изобретение и разработка новых активных веществ.
2. Быстрое и безопасное преобразование этих веществ в удобные терапевтические средства.
3. Производство и распределение безопасных и эффективных препаратов.

С этими задачами превосходно справляется большинство представителей фармацевтической промышленности всех уровней. Тем не менее на поле здравоохранения активно «трудятся» шарлатаны, фальсификаторы и откровенные обманщики всех видов. Больные становятся их легкой добычей. Уязвимость больных людей стала причиной развития широкой сети регулирующих органов, созданных как отраслью, так и государством для защиты общества.

Производители рецептурных препаратов ревностно следят за своей репутацией (как индивидуально, так и коллективно) с помощью отраслевого этического кодекса. Компании, производящие безрецептурные препараты или не придерживающиеся отраслевых принципов и норм, находятся под контролем тщательно разработанной системы законов и правил, начиная от ограничений на содержание рекламы препарата и заканчивая выдачей разрешения распространять препараты только дипломированным профессионалам в области здравоохранения.

Принципы маркетинга применимы в любом производстве, но фармацевтический рынок настолько богат парадоксами и уникальными свойствами, что работа в этой сфере может стать серьезным испытанием для маркетолога. Сочетание этих факторов делает фармацевтический маркетинг интересным и достойным изучения.

Желательно, чтобы каждый потребитель знал основные принципы маркетинга, придающего цену и ценность всем продуктам. Многие критикуют рыночную стоимость лекарств. Добавочная стоимость фармацевтического маркетинга, возможно, до сих пор не была объективно рассмотрена. Одна из задач этой книги — обсуждение этих аспектов маркетинга.

Литература

1. *American Marketing Association. Marketing News. 1985; March: p. 1.*
2. *Quoted in: McCarthy E.J. Basic marketing. Burr Ridge, IL: Irwin, 1981; p. 10.*
3. *McCarthy E.J. and Perreault W.D. Basic marketing. Burr Ridge, 1984. IL: Irwin, p. 11.*
4. *Levitt T. The marketing imagination. New York: Free Press, 1986; pp. 5-6.*
5. *Quoted in: McCarthy E.J. Basic marketing, p. 12.*
6. *Levitt T. The marketing imagination, p. 6.*
7. *Alderson W. Dynamic marketing behavior. Burr Ridge, IL: Irwin, 1965; p. 186.*
8. *Levitt T. The marketing imagination, p. 19.*

Глава 2.

Фармацевтическая среда

Разница между данными и информацией заключается в том, что данные — это собрание разрозненных «сырых» фактов, а информация — упорядочение и образная интерпретация этих фактов¹.

Один из признанных подходов к изучению маркетинга и к принятию с его помощью решений — подход с точки зрения среды. Согласно этому подходу, руководитель маркетингового подразделения находится в центре множества концентрических кругов, представляющих различные среды, внутри которых происходит деятельность компании и которые влияют на эффективность маркетинговых программ. Такой подход используется и в этой книге. Схематически он изображен на **рис. 2.1**. В этой достаточно длинной главе мы определим некоторые, хотя не все, факторы окружающей среды, оказывающие воздействие на маркетинговые решения, и практические шаги участников фармацевтического рынка.

На различных примерах мы хотим показать, что существует любопытная параллель между медицинскими и маркетинговыми системами. Например, человеческий организм даже на уровне отдельной клетки подвергается как внутреннему, так и внешнему воздействию такого всеобъемлющего фактора, как глобальное потепление (**рис. 2.2**). Для практиков фармацевтического маркетинга важно понимать, что фармацевтическая отрасль — и объект, и субъект различных внешних и внутренних воздействий. Как все вместе, так и по отдельности они заметно изменяют содержание маркетинговой деятельности. Поэтому, хотя в центре внимания находится пациент, во многих отношениях производитель лекарств оказывается средоточием изменений, происходящих в обществе, отрасли, в положении и состоянии пациента.

В этой главе мы изучим компоненты среды, начиная с пациента. Схематично они представлены на **рис. 2.1**.

Социальная среда	Состояние здоровья общества						Технологическая среда
	Продукт			Цена			
	Конкурентноспособная среда	Нужды	Системные ограничения		Знания	Внутренняя среда	
			Отдельный пациент/потребитель				
Потребности		Социально-экономические факторы		Мнения			
Экономическая среда	Распределение			Продвижение			Этическая культурная среда
	Политическая среда			Юридическая/Правовая среда			

Рис. 2.1. Элементы среды фармацевтического рынка

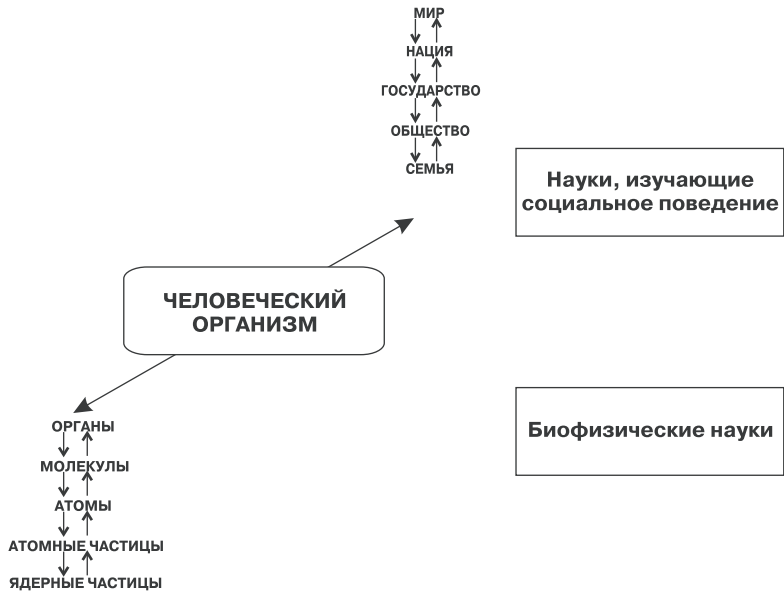


Рис. 2.2. Двойственное положение человека в природе

Источник:

Talbot N.B. Concerning the Need for Behavioral and Social Science in Medicine. In: Views of Medical Education and Medical Care, Knowles J.H., Ed., Cambridge: Harvard University Press, 1968; p. 20.

Центральный круг: пациенты и потребители

За исключением экстренных случаев, в фармацевтической отрасли не происходит ничего до тех пор, пока пациент не предпримет какое-либо действие. Появление симптомов болезни — важный, но не исключительный мотив для действия. Впрочем, симптомы часто оставляют без внимания или сознательно не лечат. Как и в других аспектах человеческой жизни, для того или иного поведения здесь имеется комплекс причин. В данной главе мы и рассмотрим, кто такие пациенты и почему они ведут себя подобным образом.

Кто эти люди?

Знаменитый врач XIX века, основатель Медицинского института им. Джона Хопкинса (Johns Hopkins School of Medicine) Уильям Ослер (William Osler) писал: *«Гораздо более важно определить, какой тип пациента имеет заболевание, чем какой тип заболевания имеет этот пациент»*. Это особенно актуально для работы на фармацевтическом рынке.

Один из основополагающих видов маркетинговых исследований — определение потенциального потребителя какого-либо продукта. Для фармацевтического рынка в целом этим потребителем может стать любой человек. Однако для каждого конкретного продукта дело обстоит иначе. На начальном этапе маркетолог должен в самых общих чертах выделить целевую группу в генеральной совокупности потребителей. К счастью, информация такого рода, как правило, доступна и практически бесплатна.

Некоторые данные, на первый взгляд неинтересные, играют важную роль в изучении, разработке и успешном маркетинге фармацевтических продуктов. Вот несколько примеров таких данных.

- ✦ **Возраст.** Согласно статистике, пожилые люди, как и дети, потребляют больше лекарственных средств. Кроме того, доля пожилых людей в общем объеме населения растет.
- ✦ **Пол.** Женщины в среднем потребляют больше лекарств, чем мужчины. Они рожают детей, что сопровождается использованием медикаментов. Женщины обычно покупают лекарства для всей семьи, если таковая имеется, т.е. они могут покупать препараты, которые будут использовать другие люди. К тому же, они в среднем дольше живут.
- ✦ **Раса.** Некоторые заболевания имеют расовую специфику и в зависимости от расы серьезно различаются по частоте и тяжести течения.
- ✦ **Семейное положение.** Эта характеристика оказывает влияние на стандарт покупательского поведения. Кроме того, доказано, что семейные люди чаще принимают лекарства должным образом.

- ✦ **Образование.** Оно обуславливает способность прочитать и понять надписи и устные инструкции относительно общего состояния здоровья, симптомов и использования лекарств.
- ✦ **Экономический статус.** Эта характеристика все еще очень важна для принятия решения воспользоваться медицинской помощью, а также для выбора, какие препараты применять — рецептурные или безрецептурные (так называемые ОТС-препараты*).
- ✦ **Этнические/религиозные характеристики.** Эти факторы могут быть важны для понимания необходимости применения лекарственных средств. Например, для использования (или не использования) контрацептивов верующими. Определенную роль играют также язык общения и отношение к самой болезни, свойственное той или иной культуре.

Есть и другие, менее значительные переменные такого типа, и все их надо оценивать на национальном уровне. Они должны быть тщательно изучены в начале разработки любой маркетинговой стратегии. Повторим, что эти данные необходимы, но не достаточны.

Представители компании Mattson Jack Group (Сент-Льюис, США) проанализировали результаты использования данных о пациентах (амбулаторных карт) для прогнозирования рынка. Построенные на этих данных модели, как они считают, позволяют оценить следующее:

- ◆ *изменение структуры населения (факторы, о которых говорилось выше);*
- ◆ *частоту, распространенность заболеваний и частоту смертельных исходов (заболеваемость и смертность);*
- ◆ *изменение расценок на диагностические процедуры и лечебные мероприятия;*
- ◆ *текущую потребность в медицинской помощи;*
- ◆ *подтипы заболеваний;*
- ◆ *распространенность прочих, не медикаментозных способов лечения.*

Модели, основанные на данных пациентов, позволяют также получить четкую картину рынка лекарств, предназначенных для лечения определенного заболевания. Хотя модель компании Mattson Jack Group не учитывает многие факторы, важные для целостного маркетингового анализа любого рынка и формулирования стратегии (**рис. 2.1**), она далеко выходит за рамки простой демографии.

При разработке маркетинговой стратегии довольно трудную задачу зачастую представляет **определение своего рынка**. Проблема

* Сокр. от *Over the Counter* — витринные.

идентификации продуктов-конкурентов и границ рынка пронизывает все уровни принятия маркетинговых решений. От того, как будут определены границы рынка компании, зависит детализация таких составляющих стратегии, как:

- ✚ определение масштаба бизнеса;
- ✚ оценка возможностей, предоставляемых незаполненными нишами на рынке;
- ✚ реакция на действия конкурентов;
- ✚ распределение ресурсов.

С этой целью большой **рынок сегментируется**, т.е. делится на более мелкие субрынки или сегменты, которые существенно отличаются друг от друга. Затем выбираются целевые сегмент или сегменты, которые компания будет обслуживать. Сделать это не всегда легко. Разделить рынок на сегменты можно разными способами, и решить, какой из них предпочесть, бывает непросто. Цель сегментации — повышение эффективности бизнеса с помощью четкого соотношения продукта или марки с определенной группой потребителей.

Критерии сегментации зависят от природы рынка. В маркетинге в качестве основы для сегментации можно использовать простые демографические или социально-экономические переменные, личностные характеристики и показатели образа жизни, а также поведенческие параметры (такие как интенсивность потребления, лояльность торговой марке, отношение и пр.). Для рецептурных препаратов важны и такие факторы, как причина заболевания, возможность оплаты счетов третьей стороной (**табл. 2.1**).

Изучение масштаба и характеристик рынка, безусловно, включает нечто большее, чем простой пересчет «по головам». Демографические данные, которые в обязательном порядке должны быть использованы для любой оценки потребительского рынка рецептурных препаратов, включают в себя сведения о поле, возрасте и доходах населения. Могут быть учтены и другие факторы, такие как род занятий, религия, образовательный статус, мобильность.

Таблица 2.1.

Основные критерии сегментации фармацевтического рынка

Потребительские рынки
1. Демографические (возраст, пол, доход и т.д.)
2. Социально-экономические (социальное положение, «стаж» семьи и др.)
3. Географические
4. Психологические (стиль жизни, личностные особенности)
5. Потребительское поведение (интенсивное, среднее или редкое использование)
6. Параметры восприятия (сегментация по искомой пользе, карты восприятия)
7. Лояльность торговой марке
8. Состояние здоровья

Важнейшая демографическая характеристика, с точки зрения производителя, — пол. Известно, что большую половину населения составляют женщины. Но еще большую ценность для производителя приобретает тот факт, что женщины в процентном отношении потребляют значительно больше лекарств, включая рецептурные, чем можно предположить на основании их доли в структуре населения. Не требует пояснений и особый интерес к структурированию общества по половому признаку производителей таких препаратов, как вагинальные кремы или оральные контрацептивы.

Данные о возрасте представляют интерес для всей отрасли в целом. Соотношение представителей различных возрастных групп очень важно, причем не только для прогнозирования уровня спроса на отдельные виды рецептурных лекарств (например, спазмолитических препаратов для лечения кишечных колик у грудных детей), но и для направления исследовательских усилий в нужное русло. Особенно важные для фармацевтического рынка тенденции наблюдаются в возрастных категориях от рождения до 19 лет и старше 65 лет. Эти группы не только дают возможность для разработки специализированных препаратов, но и чаще других учитываются при разработке правительством программ в области здравоохранения. Эти два соображения производителям следует учитывать при долгосрочном планировании. Кроме того, этим группам населения оказывается в процентном отношении больше медицинских услуг, и они потребляют больше препаратов, чем все остальные.

Объем средств, которые могут быть потрачены на лекарственные средства, определяется уровнем дохода населения, поэтому статистика в этой области приобретает особое значение. Надо учитывать и то, что уровень доходов диктует тип и уровень затрат на здравоохранение. Например, чем выше доход семьи, тем более вероятно, что ее члены обратятся за медицинской помощью (с возможным последующим приобретением рецептурных препаратов) даже в случае менее значительных заболеваний, и с ростом дохода эта тенденция усиливается. Пациенты, относящиеся к категории населения с более низкими доходами, чаще склонны к самолечению в случае простуды и болей легкой и средней тяжести.

Чего хотят эти люди?

Около 40 лет назад психолог Абрахам Маслоу (Abraham Maslow) заметил, что людям свойственно стремление к удовлетворению некоторых нужд только после того как другие, первичные потребности будут удовлетворены². Он выделил пять уровней потребностей, которые можно представить в виде вертикальной иерархической структуры, причем на нижней ступени находятся первичные нужды, а потребности высшего порядка — на вершине. Согласно взглядам этого психолога, обычно человек стремится прежде всего удовлет-

ворить первичные потребности, а только затем имеет возможность заняться следующими по порядку нуждами. Вот эти пять уровней потребностей, перечисленные в порядке возрастания иерархии:

1. **Физиологические потребности.** Эта группа включает в себя голод, жажду, сон и другие первичные нужды. Пока они не удовлетворены, все прочие потребности теоретически не имеют значения.
2. **Потребность в безопасности.** В современном обществе ее чаще всего понимают скорее в смысле экономической и социальной безопасности, чем физической. (Террористические угрозы последних лет изменили ситуацию и повысили потребность людей в физической безопасности. — *Прим. ред.*)
3. **Потребность в любви, принадлежности к определенному сообществу.** Близкие отношения с людьми и положение в обществе очень важны для человека. Отсутствие их становится наиболее частой причиной неспособности интегрироваться в общество.
4. **Потребность в уважении.** Люди нуждаются как в самоуважении, так и в уважении окружающих. Удовлетворение этих потребностей дает чувство уверенности в себе и полезности для общества; невозможность удовлетворить эти потребности порождает ощущение собственной ущербности и беспомощности.
5. **Потребность в самореализации.** Желание достичь предела своих возможностей может быть свойственно кому угодно, однако его осуществление все же зависит от предшествующего удовлетворения первичных нужд.

На первый взгляд лекарственные средства удовлетворяют только физиологические потребности. Однако новые разработки рецептурных препаратов обещают удовлетворять все больше и других потребностей. Кстати, и многие другие предлагаемые в аптеках продукты разработаны для удовлетворения этих потребностей. Последние исследования выявили такой интересный факт: лекарства, вместо того чтобы распространять свое влияние внизу списка Маслоу, оказываются наиболее важными для верхней его части.

Заголовок статьи, вынесенный на обложку журнала *Business Week*, объявляет о наступлении «новой эры лекарств, улучшающих образ жизни»³. В этой статье (как и в других, напечатанных в бесчисленных таблоидах) Виагра, которая вызвала небывалый всплеск общественного интереса и мощную рекламную кампанию в средствах массовой информации, служит примером того, как лекарства будущего смогут влиять на качество жизни «здоровых» людей, столкнувшихся с тревогой, ожирением, потерей памяти и выпадением волос. Средства, повышающие уровень жизни, не новы (оральные контрацептивы попадают в эту категорию), но лечение, имеющее именно такую цель — явление относительно новое.

Что составляет основной смысл жизни? На ум приходят дарвиновские теории о выживании, но выживание подразумевает удовлетворение только первичных потребностей; они являются базовыми, но не главными потребностями в жизни. Главными же потребностями, глобальными, всеобъемлющими целями в жизни являются самореализация или самоактуализация. Как это обычно происходит с наиболее глубинными понятиями, намного легче понять, что такое самореализация, чем определить это в точных терминах.

В течение столетий философы и теологи спорили о смысле жизни, и мы определенно не собираемся продолжать этот спор. Однако остается важный вопрос, на который не найден ответ: что делают люди, удовлетворив свои физические потребности, потребность в принадлежности, безопасности и статусе? Чем они занимаются *потом*? Частый, но, к величайшему сожалению, далеко не единственный ответ — самореализацией, полным раскрытием своих человеческих возможностей. Это означает внутренний рост и совершенствование. Это означает раскрытие своей индивидуальности, уникальности, особенности.

Легко заметить, что большинство из нас большую часть времени тратит на удовлетворение первичных нужд, а не на самореализацию. Огромная часть нашей жизни уходит на то, чтобы выжить и остаться здоровыми, чтобы быть защищенными и сохранять отношения с нашими близкими и друзьями, а также заслужить уважение и признание наших человеческих качеств. Сознание большинства потребителей занято усилиями по сохранению благополучия, нормальных взаимоотношений с людьми, а также заботой о том, чтобы выглядеть и чувствовать себя хорошо. Требуется огромное количество времени, опыта и даже, возможно, мудрости, чтобы удовлетворять даже эти первичные потребности. Поэтому большинство людей начинает задумываться о самореализации только тогда, когда у них за плечами остается несколько десятков лет. Стремление удовлетворить этот тип потребности намного более типично для потребителя зрелого возраста, чем для молодого, который все еще занят удовлетворением первичных жизненных потребностей.

Обращение к теме пожилых людей может вызывать в нашем воображении образы бедности и лишений, одиночества и болезней. На самом деле, подобные ассоциации далеки от правды. Только очень небольшая часть пожилых пациентов в американском обществе подходит под этот стереотип. Но большинство людей продолжает думать подобным образом, поскольку пожилые люди, оказавшиеся в бедственном положении, привлекают внимание средств массовой информации. Безусловно, они заслуживают нашего участия, но практики маркетинга должны избегать распространения такого образа на всю группу.

Можно привести довольно впечатляющие статистические данные, которые помогают избежать формирования неверного мнения о положении пожилых потребителей: к 2000 году около половины всего располагаемого персонального дохода США находилось в руках людей старше 50 лет! Это именно те люди, которые с наибольшей вероятностью могут, наконец, приступить к удовлетворению потребности в самореализации, и они реально делают это.

Надо отметить, что самореализация может означать и получение от своей единственной жизни всего, даже в ущерб этой жизни. Отталкиваясь от этих фактов, фармацевтическая промышленность в конце 1980-х начала исследовать роль своих продуктов в повышении «качества жизни» хронических больных. Действительно, вскоре это понятие стало частью как клинических испытаний, так и рекламных мероприятий.

Исследование иерархии потребностей — дело полезное, если не абсолютно необходимое, но мы не станем ограничиваться их вертикальным представлением. Можно посмотреть на нужды потребителей и с другой точки зрения — из представленных ниже потребностей не доминирует ни одна (**табл. 2.2**). Такой подход позволяет выделить больше категорий и четче их определить. Нужды классифицируются не в последовательности, в которой их удовлетворяет потребитель, а с учетом деятельности, ассоциируемой с этими нуждами в глазах потребителя. Таким образом, потребности часто тесно связаны с потребительскими товарами, услугами, марками и каналами сбыта.

В **табл. 2.2** представлены 15 категорий потребительских нужд и их краткое описание. Для каждой категории нужд в качестве примера приведено несколько видов фармацевтических товаров и медицинских услуг.

Безусловно, перечень товаров и услуг, представленный в **табл. 2.2**, нельзя считать исчерпывающим или всесторонним, но в нем указаны типичные товары и услуги, удовлетворяющие каждый тип потребностей. Четко прослеживается связь между желаниями и потребительскими товарами. Поэтому перечень равноценных потребностей более точен, чем иерархия пяти нужд А. Маслоу. С его помощью мы можем сделать несколько обобщений: что с чем связано, какие товары и услуги, ассоциирующиеся с каждым типом потребностей, наиболее часто встречаются. Для чего это нужно? Очевидно, что исследование различных нужд и типов потребительских товаров, наиболее часто удовлетворяющих эти нужды, можно использовать, чтобы выделить наиболее подходящий вид потребности и именно на ней основывать свои усилия по продвижению конкретного товара или услуги.

Потребности — побудительный мотив для действия. Есть множество моделей потребительского поведения. Мы приняли за основу модель, разработанную Эндрю Туоддлом (Andrew Twaddle)⁴, которая отличается емкостью и простотой, базируясь на концепции болезни как движущей силы при принятии решения. Главная идея Э. Туоддла состоит в том, что болезнь — обратная сторона благополучия, для обретения которого человек принимает целый ряд решений (**рис. 2.3**).

Таблица 2.2.
Потребительские нужды и фармацевтический рынок

Потребность	Описание	Продукт/Услуга
Достижения	Свершение подвигов; решение трудных задач; испытание своих возможностей, способностей, талантов	Стероиды, витамины, препараты, подавляющие аппетит, транквилизаторы
Независимость	Автономность; свобода от указаний и влияния других людей; наличие выбора и альтернативы; осуществление собственного выбора и принятие самостоятельных решений; отличие от других людей	Вспомогательные средства, домашние диагностические средства, все безрецептурные препараты
Демонстрация	Выражение собственного «я»; заметность для окружающих; демонстрация своей индивидуальности; показ себя, привлечение внимания и интереса окружающих; заметность	Оральные контрацептивы, препараты, подавляющие аппетит
Признание	Признания своих заслуг другими людьми; демонстрация своего превосходства и совершенства, приведение себя в пример как образца для подражания; получение общественных наград и известности	Стероиды
Доминирование	Возможность оказывать влияние на других людей; управление усилиями других людей и надзор над ними; демонстрация силы и героизма в победе над врагами	Фармакотерапевтические рекомендации, выписка лекарств врачом
Принадлежность	Связанность с другими людьми; принятие в обществе по праву или завоевание этого принятия; получение удовольствия от приятных и взаимовыгодных отношений	Профессиональные организации аптекных работников, закрытые клубы для узкого числа лиц

Продолжение ↓



Потребность	Описание	Продукт/Услуга
Забота	Забота о других людях, обеспечение им комфорта и поддержки; наблюдение за ростом и развитием живых существ; оказание помощи в развитии и совершенствовании других людей; защита тех, кто находится под покровительством, от всех угроз и страданий	Организация «Солдатские матери», суррогатные матери, гериатрия
Защищенность	Получение помощи, поддержки, утешения, ободрения и вновь обретенной уверенности от других людей	Общение с врачом, аптечным работником
Сексуальность	Установление своей сексуальной принадлежности и привлекательности; получение удовольствия от сексуальных контактов; получение и дарение сексуального удовлетворения; представление сексуальных альтернатив без их осуществления; избежание порицания сексуальных appetites	Препараты для лечения сексуальных дисфункций, оральные контрацептивы
Стимулирование	Испытание ситуаций или видов деятельности, которые стимулируют органы чувств или остроту ощущений; свободное и энергичное движение и действие; вовлеченность в деятельность, связанную с большими скоростями или применением силы; добавление в пищу специй; вовлечение своего окружения в новые экстремальные виды деятельности	Неседативные антигистаминные препараты, кофеин, стимуляторы центральной нервной системы
Развлечение	Игра; веселье; развлечения; отвлечение от рутины; расслабление и забвение забот; забава	Алкоголь, антидепрессанты, слабые транквилизаторы
Новизна	Поиск изменений и разнообразия; испытание необычных ощущений; выполнение новых задач и видов деятельности; приобретение новых навыков; пребывание в новом окружении или новых условиях; поиск уникальных объектов изучения; удивление и таинственность	Новые формы выпуска, самомониторинг

Продолжение ↓



Потребность	Описание	Продукт/Услуга
Понимание	Обучение и постижение; понимание и выявление причинно-следственных связей; приведение теории в соответствие обстоятельствам; обучение других людей, инструктаж или обмен опытом; занятие интеллектуальным трудом	Справочники о лекарствах для потребителей, консультирование, инструкции по применению лекарств, антипсихотики
Постоянство	Стремление к порядку, чистоте и логическим связям; контроль над окружающей средой; избегание двусмысленности и необязательности; тщательность прогнозов; все должно происходить ожидаемым образом	Слабительные средства
Безопасность	Свобода от угроз и вреда; защищенность; безопасность для себя, семьи и собственности; доступность необходимых вещей; возможность приобретать и сохранять имущество; избегание несчастных случаев и чрезвычайных происшествий	Амбулаторные карты больных

Источник:
Settle R.B. and Alreck P.L. *Why they buy*. New York: Wiley, 1986; pp. 339-366.

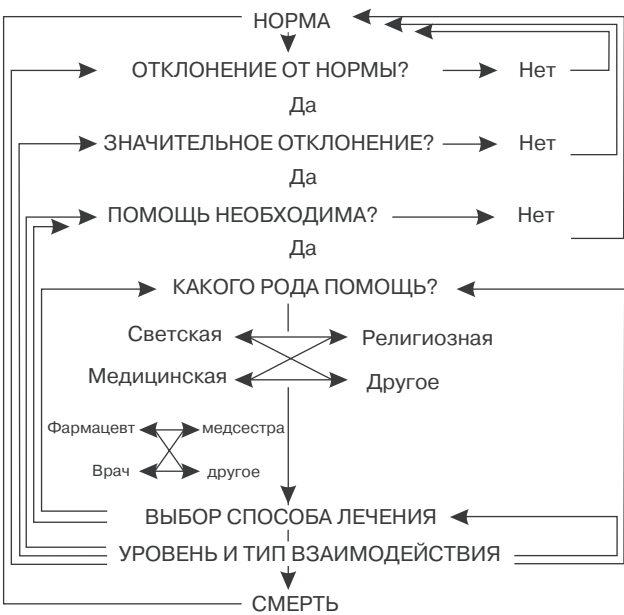


Рис. 2.3. Принятие решений на различных этапах болезни

Источник:
Twaddle A.C. and Hester R.M. *A Sociology of Health*. St. Louis, MO: Mosby, 1977; p. 124.

Отклонения от нормы и их симптомы

Попытка определить, что является нормой с точки зрения общества, вряд ли уместна в нашем случае. Нормально для наших целей, а также для пациентов, то, что сам пациент считает нормой. По этой причине представление о норме сильно меняется от пациента к пациенту.

В любом случае отклонения от нормы могут принимать различные формы, наиболее типичной из которых является **симптом**. Большинство людей ощущение боли или запор не считают нормальным состоянием, следовательно, эти симптомы являются отклонением от нормы. Другой тип отклонений — **ограничение возможностей**. Например, неспособность постричь газон из-за того, что после этого нельзя будет разогнуть спину. Этот тип отклонений наверняка можно определить как нечто отличное от заболевания, например «признак старения». (В реальной жизни многие подобные проблемы могут быть отнесены к этой категории, однако шаблонность мышления может привести к неправильной постановке диагноза.)

Бывает, что человек вынужден обратиться за медицинской помощью, не испытывая никаких отклонений от нормы. Например, страдающие гипертонией люди часто диагностируются как больные, даже если у них нет никаких симптомов. История болезни таких больных обычно открывается в результате обычных проверок или в ходе диспансеризации.

На производителях лекарств и представителях системы здравоохранения лежит ответственность и за то, чтобы помочь людям распознавать отклонения от нормы. «Семь сигналов об опасности» для самодиагностики рака были описаны в терминах отклонений от нормы. Иногда в коммерческой рекламе безрецептурных препаратов дается описание того, какие изменения в самочувствии могут (или не должны) иметь место у человека.

При этом не стоит забывать роль порога чувствительности. Некоторые люди стоически переносят такую боль, которая других вынудила бы немедленно обратиться за помощью. Есть различия и в реакции на боль у разных пациентов.

Чаще всего люди определяют симптомы как серьезные в зависимости от степени их новизны и от уровня опасности, который, по их мнению, связан с этими симптомами. Д. Мекеник (D. Mechanic) обратил внимание на то, что серьезными чаще всего считаются устойчивые или повторяющиеся симптомы⁵.

Предположения о причине возникновения заболевания включают компонент неизвестности. Опасность боли в спине, например, может быть разной в зависимости от того (как считает пациент), вызвана ли она мышечным растяжением или болезнью почек. То же верно и для предполагаемых прогнозов. Серьезность симптома считается напрямую связанной с тем, как долго симптом проявляется, со степенью нетрудоспособности, причиной которой он может служить, а также с возможностью наступления смерти в результате заболевания.

Консультирование с друзьями и родственниками, испытывшими сходные симптомы, зачастую принимает форму «сарафанного радио». Несомненно, влияние, оказываемое мнением «бывалых», является производным от степени своего понимания обсуждаемых вопросов.

Большинство населения постоянно испытывает множество симптомов, однако многие люди не предпринимают ничего для избавления от них. Некоторые исследования показывают, что стресс, испытываемый людьми в связи с жизненными трудностями и кризисами, может послужить толчком к действию. Так, человек, долгое время испытывавший периодические приступы боли в желудке, внезапно вследствие переживаний, связанных с разводом, решает обратиться за медицинской помощью.

Нередки случаи манипулирования окружающими с целью преувеличить серьезность симптомов, которые изображаются неизлечимыми и ведущими к нетрудоспособности. Внешние проявления (заметные не только для пациента, но и для окружающих) в этом случае часто становятся результатом придания пациентом чрезвычайной важности симптомам. Это верно и по отношению к тому, как он воспринимает симптом. Grimасы и стоны пациента, вольные или невольные, скорее всего, заставят окружающих считать заболевание тяжелым и опасным.

Из сказанного ясно, что решения относительно здоровья являются комплексными, субъективными, часто эмоциональными, они подвержены влиянию окружающих.

Оценка симптомов

Из всех факторов, влияющих на принятие пациентом решения по поводу симптомов, отметим следующие:

1. Степень влияния на нормальную жизнедеятельность и ее качество.
2. Четкость симптомов.
3. Порог чувствительности человека, испытывающего симптом.
4. Степень осведомленности о симптоме и представление о его серьезности.
5. Предположения о причине возникновения симптома.
6. Предположения о прогнозе.
7. Мнение друзей и близких (межличностное влияние).
8. Наличие других жизненных проблем у пациента.
9. Предположения о возможности излечения.
10. Физические проявления.
11. Впечатление, производимое на окружающих.

Этот список можно продолжить, а данные, подтверждающие вклад каждого фактора, часто расплывчаты. Однако в каждом конкретном случае можно найти подтверждение тому, что эти факторы играют

определенную роль (обычно ее трудно оценить количественно) в сложном процессе принятия пациентом решения в начале его болезни.

Было также замечено, что, чем больше степень неудобства, причиняемого симптомом пациенту или окружающим его людям, тем выше вероятность того, что симптом будет воспринят серьезно. И, чем очевиднее для пациента или окружающих проявление симптома, тем большее значение ему придается.

Решение о необходимости помощи специалиста

Мы показали, что оценка степени важности симптома происходит под воздействием целого ряда часто взаимосвязанных факторов. Даже решив, что дела обстоят серьезно, пациент вовсе не обязательно обратится за помощью — он может заняться самолечением или даже покориться болезни.

Но, после того как пациент решит, что помощь необходима, ему предстоит принять еще одно решение — к врачу какой специальности обратиться. Хотя обычно принято обращаться за первой помощью к терапевту, это не единственно возможный выбор. Альтернативой может стать зубной врач, ортопед, офтальмолог, хиропрактик, психиатр и другие специалисты. Выбор вида помощи зависит от экономических, социально-правовых, культурно-образовательных и психологических факторов.

Для рецептурных препаратов все еще верно утверждение о том, что в большинстве случаев выбор делает не пациент (чаще всего врач). Но это вовсе не означает, что пациент совершенно не заинтересован в участии в данном процессе.

Согласно результатам британских исследований, пациенты меньше, чем это казалось раньше, заинтересованы в том, чтобы им выписали лекарства⁶. По данным, полученным также на примере Англии, 56% опрошенных пациентов ожидали, что им выпишут препарат⁷. Интересным открытием стал тот факт, что 24% пациентов, выйдя из кабинета врача, собирались приобрести безрецептурный препарат в аптеке. Около 50% тех, кто ожидал выписки рецепта на лекарство, но не получил его, собирались купить препарат для самолечения. Чтобы еще больше запутать вопрос, отметим, что, по данным другого исследования, пациенты, которым не выписали рецепт, получили большее удовлетворение от общения с врачом, чем те, кто ушел от него с рецептом⁸.

Несомненно, выбор и покупка безрецептурных препаратов для пациента процессы непростые. На **рис. 2.4** показана схема принятия решения о самолечении на качественном уровне. Время, которое затрачивает пациент на прохождение каждого из этапов этого процесса, а также потребители, проходящие эти этапы, и являются объектом для изучения маркетологов, работающих на рынке безрецептурных ОТС-препаратов.

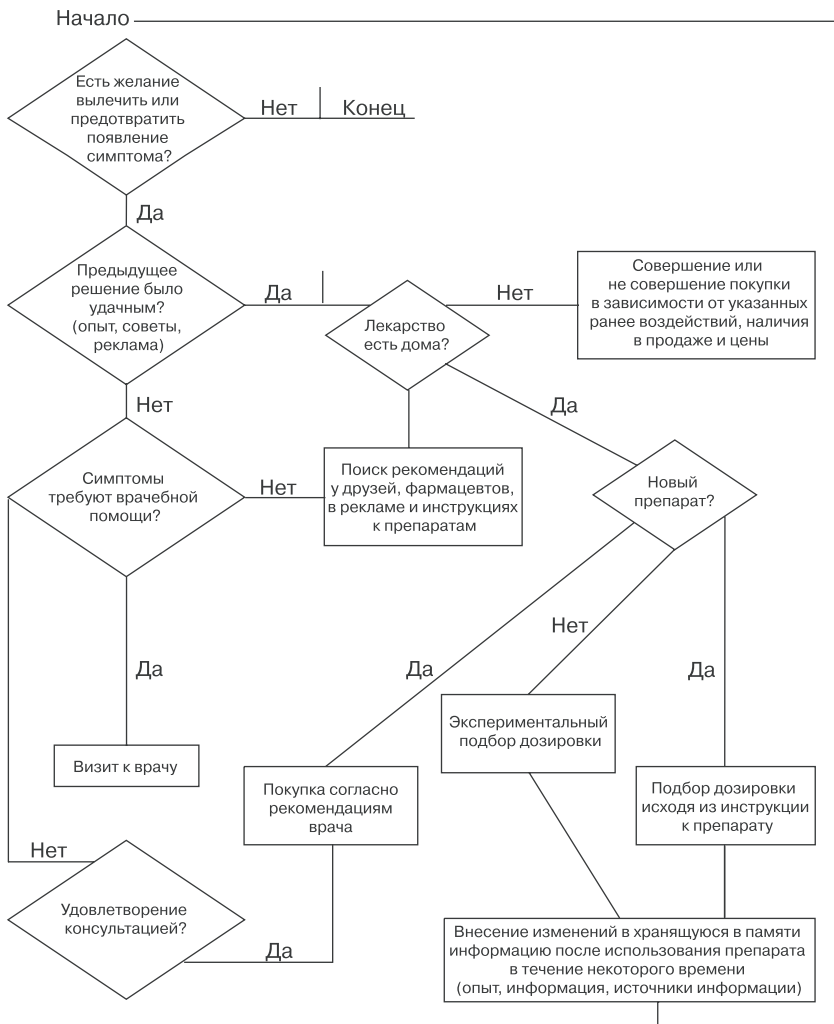


Рис. 2.4. Модель процесса самолечения

Источник:

Hustad H.P., Courtney A.E., and Heeler R.M. An emerging model for purchase and consumption of nonprescription drugs. *Journal of Consumer Affairs* 1979; 13 (1): pp. 81-85.

Приверженность пациента лечению

Приверженность пациента лечению — решающее условие для успешной терапии. Его достижение в определенной степени зависит от экономических факторов (например, стоимости лекарств). Надо учитывать, что приверженность лечению — результат не только медицинской, но и маркетинговой деятельности на всех уровнях, начиная от производства лекарств до продажи в аптеке. Более подробно на этом мы остановимся в последующих главах.

В чем эти люди нуждаются?

Разницу между запросами (желанием) и потребностью (нуждой) легко понять интуитивно. Человек может **хотеть** приобрести новую модель автомобиля «Лексус», но трудно себе представить ситуацию, когда человек **испытывает потребность** именно в новом «Лексусе». Когда речь идет о здоровье, это иногда незначительное отличие понятий может иметь гораздо более серьезные последствия, зачастую именно так и бывает. Вот два примера возможных несовпадений между желанием и потребностью в области фармацевтики:

1. Пациент по множеству причин (получение по почте рекламных материалов, рекомендации знакомых и родственников, наличие наркотической зависимости) **хочет** принимать препарат, но **не нуждается** в нем.
2. Пациент **нуждается** в лекарстве, но по множеству причин (недостаточное понимание необходимости приема, высокая цена, отсутствие диагноза или неверный диагноз) **не хочет** принимать его.

Важная социальная задача маркетинга в области фармацевтики — эффективное и рациональное приведение в соответствие желаний и потребностей.

Может показаться, что оценить потребности потенциальных покупателей лекарственных препаратов довольно легко. Первое, на что ориентируются при этом, — уровни заболеваемости и смертности. Наиболее частыми причинами смерти людей являются сердечные приступы, раковые заболевания и инсульты, поэтому очевидна потребность в лекарственных средствах, предотвращающих или отдаляющих смерть в этих случаях. Но это только начало... Вряд ли стоит сомневаться в том, что «как только с помощью прививки коревой оспы мы избавимся от черной оспы, то обнаружим... что возрастет смертность от какой-либо другой болезни»⁹.

И это естественно! Раз уж каждый из нас по той или иной причине должен умереть, то снижение частоты одной из причин может происходить только за счет роста частоты другой. Может показаться, что фармацевтическая промышленность никогда не исчерпает питающих ее источников — смертельных заболеваний, которые можно предотвратить или отложить на время с помощью лекарственных средств. На самом деле лечение, контроль над течением заболевания, предотвращение заболевания и провоцирующих его обстоятельств составляют миссию фармацевтической промышленности, как мы ее понимаем. Многие бы добавили, что с появлением уже упомянутых здесь лекарств, «влияющих на качество жизни», эта миссия была расширена и продолжает расширяться. Существующие ныне и будущие технологии, по-видимому, изменят постановку задач отрасли. На вопрос Т. Левитта: «Каким бизнесом вы занимаетесь?» — в ближайшем будущем будут звучать самые разные ответы.

Тем временем одной из наиболее трудоемких задач маркетинга является обеспечение правильного использования лекарств. Важнейшее поле деятельности в этом направлении — все, что связано с приверженностью пациента к лечению*.

Вот две коротких истории.

В первой истории господин N., испытывавший тревожные симптомы в течение нескольких дней, записался на прием к своему врачу. Он отпросился с работы, провел больше часа в очереди, ожидая приема, мучился в автомобильных пробках по пути туда и обратно и заплатил врачу за постановку диагноза \$40. Покидая кабинет врача с рецептом в руках, он уже знал, что никогда не приобретет лекарство по этому рецепту. Как можно объяснить такое абсолютно нерациональное поведение?

Во второй истории говорится о госпоже M., менеджере по продукту, потратившей \$7 млн. на различные мероприятия для того, чтобы г-н N. получил тот самый рецепт. Стратегия продвижения г-жи M. совершенна, но компания никогда не заработает ни пенни на получателе этого конкретного рецепта, о чем г-жа M. даже никогда не узнает. Разве такое поведение не столь же иррационально?

К счастью, на эти вопросы есть ответы, и они являются частью маркетинговой стратегии, направленной на обращение нужды пациента в его желание. Некоторые производители лекарств отлично понимают важность приверженности пациентов и ценность их положительной реакции.

На одной рекламной листовке компании Glaxo, появившейся весной 1992 года, изображен врач, который говорит: «Когда мои пациенты не приходят снова, я считаю, что назначенное мной лечение работает». На обратной стороне листовки один из его пациентов говорит: «Я не мог сказать врачу, что его способ лечения мигрени мне не помогает».

Текст рекламной листовки отражает тот факт, что около половины всех больных мигренью отказались от услуг врачей либо из-за отсутствия улучшений, либо из-за серьезных побочных эффектов выписанных препаратов. Возможные последствия ситуации с мигренью:

- ◆ *Заблуждения врача относительно эффективности рекомендованной им терапии. Ситуация может повториться со следующим препаратом, выписанным тому же пациенту.*
- ◆ *Утрата пациентом веры в эффективность лекарств и, возможно, в квалификацию врача.*
- ◆ *Продолжение приступов мигрени, дальнейшее ухудшение качества жизни пациента.*



* Материал, использованный в этом разделе, адаптирован из отчета «Приверженность пациентов лечению: рецептурные препараты для оптимизации продаж», написанного Микки Смитом и изданного в 1993 году «Med Strategy, Inc.», подразделением «Mattson Jack Group».



- ◆ Потеря трудоспособности пациента (в одной рекламной листовке потери в результате временной нетрудоспособности больных мигренью оцениваются в \$6–17 млрд. в год).
- ◆ Потеря средств на оплату терапии, включая безрецептурные препараты, не принесшей пациенту пользы.

Этот пример иллюстрирует важность, сложность и тонкость проблемы приверженности пациента лечению.

Уделим некоторое внимание маркетинговым последствиям отсутствия у пациента приверженности лечению. На **рис. 2.5** схематически изображен гипотетический рынок, состоящий из миллиона человек с заболеванием X (А). Общий потенциал рынка составляет 12 млн. упаковок препарата Z в год (первичный рецепт и 11 повторных на одного пациента). Предположим, что 10% больных не пойдет к врачу (В), а 12% из тех, кто пойдет на прием, не получают рецепта (С). В соответствии со статистикой, описанной ранее, можно предположить, что 6% или более не станут получать лекарство по рецепту и выписывать повторные рецепты (D). В конечном счете будем считать, что еще 20% повторных рецептов не будет отоварено из-за разного рода нестыковок. Доля потенциального рынка, утраченная по причине отсутствия приверженности пациентов лечению, составит около 39%!

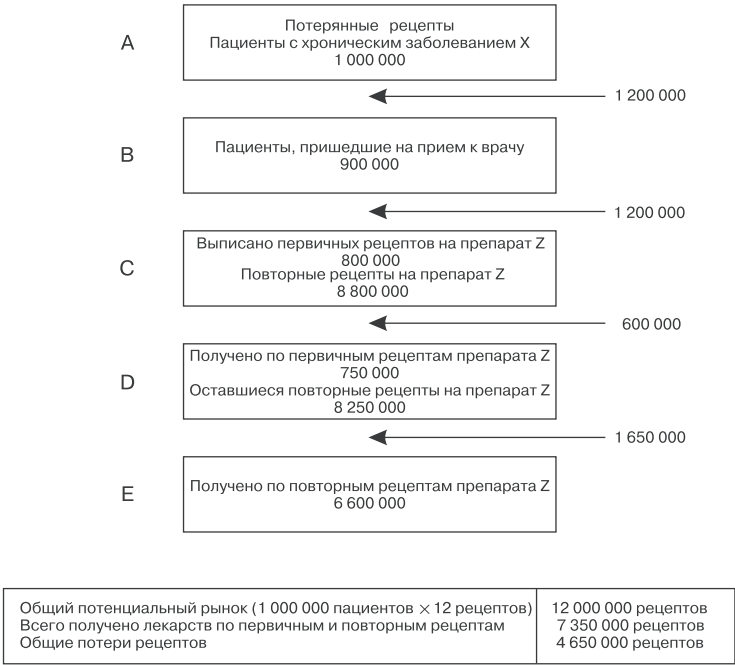


Рис. 2.5. Разделение рынка

Можно пойти дальше и посмотреть, что произойдет с прибылью, получаемой с одной упаковки препарата Z, которая составляет, скажем, \$10. Компания, занимающая 20% рынка новых рецептурных препаратов, может повысить валовую прибыль несколькими способами. Традиционный путь состоит в том, чтобы увеличить свою долю рынка с помощью умножения усилий по продвижению, изменения цены и т.д. Однако концентрация усилий на достижение приверженности пациентов дала бы значительно более заметные результаты. Данные **табл. 2.3** показывают, что произошло бы, если бы кто-то мог обеспечить полную приверженность пациентов назначенной врачом схеме лечения.

Таблица 2.3.
Эффект полной приверженности лечению

	Разделенный рынок	Полностью согласный рынок
Первичные выписанные рецепты	160 000	160 000
Отоваренные первичные рецепты	150 000	160 000
Выписанные повторные рецепты	1 920 000	1 920 000
Отоваренные повторные рецепты	1 320 000	1 920 000
Разница (первичные и повторные)	610 000	или \$6 100 000

* \$10 за 1 рецепт.

Безусловно, полная приверженность лечению останется несбыточной мечтой, но изменение к лучшему (в сторону большей приверженности) хотя бы наполовину дает в нашем примере дополнительную прибыль в \$3 млн. Это соответствует увеличению доли рынка на 4%.

Знания, представления и культура

Объяснить поведение пациента при отсутствии или приверженности лечению, помогает **модель представлений о здоровье (МПЗ)**. Первоначально она была разработана и использовалась для объяснения поведения, связанного со здоровьем, в первую очередь с его сохранением. Как маркетинговая модель, МПЗ очень полезна в обозначении специфических представлений, которые могут быть изменены с помощью маркетинговых усилий (**рис. 2.6**).

В данном случае представления практически не отличаются от верований и с разной степенью успеха поддаются воздействию, например, с помощью образовательных программ. Знания имеют одну обязательную, хотя и не единственную, особенность — владение достоверной информацией. Способом донести до человека эту



* В смысле мотивации, а не сдерживания.

Рис. 2.6. Модель, описывающая представления о здоровье для прогнозирования вероятности и объяснения приверженности лечению

информацию является образование, а набором инструментов для этого обладает маркетинг. Самые первые **образовательные программы для пациентов** имели своей целью простое информирование потенциальных пациентов о том, что врачи могут эффективно лечить их заболевания.

Знание само по себе, безусловно, не может служить гарантией рациональных действий со стороны общества. На потребительское поведение оказывают влияние прошлые и современные верования (основанные на фактах или нет), культурная среда. Важной составляющей успешного медицинского лечения являются представления. Они лежат в основе реакции плацебо, являются причиной проведения двойных слепых клинических испытаний. Не будем забывать, что Гиппократ предсказал необходимость проведения двойных слепых испытаний своей сентенцией: *«Лечит лучше тот, кому мы верим»*¹⁰.

Часто в маркетинге незаслуженно упускается из виду культура. А между тем в медицине она может сыграть решающую роль. Впрочем, возможность применения культурной составляющей в маркетинге реальна, но не очевидна. Причина — «культурное отставание».

Врач Пол Столли (Paul Stolley) определил культурное отставание как ситуацию, когда технологический прогресс опережает способность общества к адаптации и использованию достижений этого прогресса¹¹.

Естественно, первым приходит на ум пример оральных контрацептивов. Маловероятно, чтобы это открытие в области фармацевтики было сделано в 1930-е годы. Разве общество могло бы воспринять эти «пилюли» без так называемой «сексуальной революции» конца 1950-х — начала 1960-х годов? Эта революция стала культурным феноменом. (Правда, первые два символа сексуальной революции — противозачаточные «пилюли» и журнал «Плейбой» — сожгли именно в аптеке.)

*«Чтобы избежать болезни, — писал Рене Дубос (Rene Dubos), — человек чаще всего предпочитает зависеть от целителей, чем пытаться решить задачу потруднее — жить более мудро»*¹². Он описывает перемещение центра внимания от богини здоровья Гигеи к ее сестре Панахее, которая «стала всемогущей богиней лекарей за знание лекарств из растений или минералов». Если у фармацевтической промышленности есть богиня-покровительница, то это именно она. Обе эти богини служили знаменитому целителю Асклепию, которого доктор Мартин Лютер назвал *«врачевателем Тела Господня»*¹³.

Последним примером влияния культуры на использование лекарств стала так называемая «медикализация жизни». В 1971 году Ф. Льюис (F. Lewis) писал, что около двух третей его (ненаучной) выборки

врачей отметили, что их коллеги выписывают слишком много транквилизаторов. На примере рекламы валиума он пришел к выводу, что главная причина увлечения рецептами — *«медикализация человеческих проблем»* и *«если назвать повседневную жизнь болезнью, возникает очень естественное желание эту болезнь вылечить»*¹⁴.

Объяснением медикализации человеческих проблем (если не оправданием) служит то, что первым требованием к профессии врача является умение *«определить болезнь и то, с чем она может быть связана, независимо от способности врача эффективно ее лечить»*¹⁵. В самом деле, людей приводит к врачу тревога, которую они испытывают в сложных жизненных обстоятельствах. Простым обращением за медицинской консультацией пациент медикализует свои проблемы. Начав лечение пациента, врач, естественно, подтверждает правильность медикализации. Если лекарство действует (даже в течение короткого периода), то и пациент, и врач получают новый стимул. А ведь лекарства и, правда, действуют (вряд ли кому придет в голову пожаловаться на неэффективность, например, используемых в психиатрии бензодиазепинов).

Многие скажут, что лекарства не исцеляют тревогу и не убирают ее причину. Верно, но то же самое можно сказать и о лечении гипертонии, об антиаритмических препаратах и даже аспирина. Должен ли врач отказывать пациенту в облегчении душевного дискомфорта, вызываемого повседневной жизнью?

Пока общество устраивает, что врач решает личные проблемы пациентов, пока люди ищут в лекарствах избавления от личных трудностей, неразумно ожидать, что врач не станет принимать пациентов потому, что у них проблемы, с которыми он не должен иметь дела.

Получается, что именно общество медикализировало человеческие проблемы. Медицина, скорее всего, лишь следовала этой тенденции, а фармацевтическая промышленность, конечно же, обеспечила медицину средствами. Ожидать, что одна из них будет действовать иначе, было бы весьма наивно.

«Медицина, несмотря на ее независимость от общества, становится проводником общественных ценностей и начинает играть ведущую роль в формировании и совершенствовании социально значимых факторов, вытекающих из этой роли», — отметил Э. Фрейдсон (E. Freidson)¹⁶, считая, что врачи стали «духовными предпринимателями», которые видят «психоз» там, где неспециалист увидел бы «усталость» и «проблемы». Тем не менее этот самый неспециалист придет к врачу за помощью. И если врач воздержится от лечения (не назначит лекарств), то пациент может разочароваться, а врач все равно останется духовным предпринимателем, говоря, например, следующее: «Вы зря пришли ко мне. Возьмите себя в руки и приведите свою жизнь в порядок». Как бы то ни было, врачи могут испытывать очень сильную психологическую нагрузку.

Приведенную выше цитату из Ф. Льюиса за 1971 год четверть века спустя повторил крупнейший специалист по фармакоэпидемиологии Грэм Дьюкс (Graham Dukes), сопроводив ею обширный обзор по антидепрессантам в журнале, посвященном риску и безопасности в медицине¹⁷. По его мнению, медикализация жизни — это трансформация сложностей повседневной жизни «в патологические состояния, требующие постановки диагноза, применения медикаментов и лечебных процедур». Этот процесс, развиваясь в течение последних 30 лет, коснулся «беременности и менопаузы... гиперактивности детей, которые, якобы, нуждаются в лечении стимуляторами ЦНС, и... широкого спектра различных депрессивных состояний, которые отчасти представляют собой нормальную реакцию на жизненные стрессы»¹⁸.

И напоследок еще два замечания. Во-первых, внимание к лекарствам, «влияющим на стиль жизни», о чем говорилось в этой главе, может свидетельствовать о важных изменениях в культуре. Во-вторых, остается удивляться тому, что будет делать наше общество с препаратами, представленными в **табл. 2.4**, которые, как предсказывали в 1971 году, будут разработаны к 2000 году.

Таблица 2.4.
Возможные будущие изменения в образе жизни под воздействием лекарств

-
1. Продление детского и (сокращение?) юношеского периодов.
 2. Сокращение потребности в ночном отдыхе.
 3. Разработка безопасных алкогольных напитков кратковременного действия.
 4. Воздействие на сексуальную возбудимость.
 5. Контроль над состоянием аффекта и агрессивностью.
 6. Нормализация питания, метаболизма и физического роста.
 7. Повышение и снижение реактивности (стимулирование, релаксация).
 8. Продление или укорачивание памяти.
 9. Стимулирование обучения.
 10. Повышение и снижение уступчивости.
 11. Провоцирование и подавление чувства вины.
 12. Стимулирование и подавление материнских чувств.
 13. Сокращение или увеличение опыта.
 14. Создание ситуаций *j'aimais vu* (новизна) или *déjà vu* (осведомленность).
 15. Углубление понимания красоты и чувства благоговения перед ней.
-

Источник:

Kline N.S. Probable future alterations of life patterns by drugs. In: *Psychotropic Drugs in the Year 2000*, Evans W.O. and Kline N.S., Eds. Springfield, IL: Charles C. Thomas, 1971; p. 78.

Системные ограничения

Ясно, что в фармацевтической отрасли ничего не изменится, пока будущие потребители не предпримут каких-либо действий. Но быть активным непросто. Понимая, что что-то устроено неправильно и надо как-то это изменить, даже самый искушенный потенциальный потребитель должен будет для этого преодолеть множество препятствий, возведенных различными участниками системы здравоохранения. Вот сокращенный список этих препятствий и ограничений:

1. Пациент должен решить: лечить ли ему заболевание самостоятельно безрецептурными препаратами или получить рецепт у врача.
2. Если выбран рецептурный препарат, то велика вероятность того, что в соответствии с программой льгот выписать рецепт сможет только определенный врач. Таким образом, доступ к медикаментам может быть ограничен федеральным или местным законодательством, а доступ к врачу может быть ограничен программой льгот пациента.
3. Препятствия продолжают! Врач может быть ограничен программой льгот — должен выписывать дженериковый эквивалент того препарата, на который пал его выбор, или более дешевый аналог из той же фармакотерапевтической группы.
4. Могут быть ограничения на количество препарата, на повторную выписку рецепта или общее число рецептов, выписанных за определенный период времени.
5. Пациент может быть принужден получать льготные лекарства только в определенных аптеках, в которых его количество ограничивается.

Конечно, ситуация выглядит значительно проще, когда пациент не имеет льгот и должен покупать лекарства за собственные деньги. Но в этом случае вместо системных начинают действовать финансовые ограничения.

Что же касается системных ограничений, то они во многом связаны с разделением лекарств на рецептурные и безрецептурные. Такое разделение произошло не сразу. Первоначальная (может быть, не первоначальная, но первая из более или менее современных) модель лечения выглядела так: пациент приходил к лекарю/врачу и получал лечение на месте. Когда медицина развилась в более специализированную и точную науку, люди стали обращаться к знающему специалисту (фармацевту) для получения приготовленных им лекарств. После Второй мировой войны начали изобретать и разрабатывать лекарственную продукцию. Под натиском этих новых

мощных препаратов было принято решение об особом режиме их поступления к потребителю — исключительно по назначению врача.

В США была принята «легендарная» поправка Дюрэма–Хамфри к Закону о пищевых продуктах, лекарственных и косметических средствах, ограничившая доступ к определенным препаратам, которые американское лицензирующее ведомство FDA (Food and Drug Administration) определило как небезопасные для бесконтрольного массового использования. Слово «легендарный» относится к предупреждению (легенде), которое, согласно этому закону, должно быть на упаковках таких средств: «Внимание: Федеральный закон запрещает распространение без рецепта».

Так был выделен необычный, если не уникальный класс товаров, которые человек не всегда может купить, даже если у него есть деньги. Другими примерами таких товаров могут служить ядерное оружие, а также алкоголь и табак (до достижения человеком определенного возраста). С этих пор по закону в процессе приобретения рецептурных препаратов участвуют три стороны — пациент, врач и провизор. Программа льгот представляет собой еще одну промежуточную переменную в и без того сложном взаимодействии этих сторон.

*В 1950-е годы для описания еще одного, на сей раз финансового участника трехсторонних отношений, появился термин «третья сторона». Теперь **пациент** шел на прием к **врачу**, тот выписывал рецепт для **провизора**, товары и услуги которого в свою очередь оплачивал какой-либо **плательщик** (раздел 3). В принципе, плательщик является четвертой стороной, но третьей в отношениях провизора и пациента.*

В итоге, если посмотреть на рынок в целом, то трудно найти другой такой случай, когда потребитель (пациент), не принимая решения, какой товар приобрести, платит за него частично или не платит вовсе.

Влияние этой среды на пациента входит в совокупность воздействий, которую мы назовем внешним кругом.

Внешний круг: сложная среда

Связь между внутренним и внешним кругами показана на **рис. 2.2**. Кроме того, что всем нам присущи индивидуальные характеристики и поведение, каждый из нас является представителем более крупных групп — семьи, формальных и неформальных организаций и, в конечном итоге, общества как такового. Понимание параллелей

на **рис. 2.2**, где показана двойственность человеческой природы, может быть очень полезным. Как человеческий организм предпринимает действия, чтобы исправить нарушения на более низком уровне своей умственной или физической организации, так и общество должно осуществлять программы по излечению заболеваний своих отдельных членов.

Р. Дубос обнаружил в ранних трудах известного ученого-медика Р.Л.К. Вирчоу (R.L.K. Virchow) следующее объяснение важности изучения общества для здравоохранения: *«Эпидемии — серьезная угроза развитию нации. Такую угрозу не может проигнорировать даже самый беззаботный правитель»*. Исходя из этого, медицина — общественная наука. Лечение отдельных людей составляет лишь малый аспект медицины. Главное — контроль над массовыми заболеваниями, требующий принятия решений в социальной сфере и, в случае необходимости, активных политических действий¹⁹.

Как отмечает Р.Н. Уилсон (R.N. Wilson):

«Понятно, что общество, как человеческий организм, состоит из взаимозависимых систем и что процессы, происходящие в любой отдельно взятой системе, влияют на состояние других. Тем не менее надо отдавать себе отчет в том, что влияние друг на друга разных частей общества значительно менее очевидно, чем взаимозависимость систем человеческого организма. Нужно также понимать, что сравнение общества с центральной нервной системой — по принципу единства целей или единства механизмов контроля, — лишено смысла»²⁰.

Если оставить в стороне эти ограничения, то изучение общества и его целей обязательно для каждого, кто намерен действовать внутри системы здравоохранения. Несмотря на неспособность постоянно достигать единства цели, общество в некоторых случаях действует как единый организм: устанавливает приоритеты, определяет цели, выбирает методы их достижения. Когда общество является пациентом, оно решает, сколько медицинской помощи ему потребуется и кто ее предоставит.

Социальный компонент медицинской помощи включает в себя цели отдельного пациента и отдельного профессионала здравоохранения, выраженные в общественных действиях. Результатом таких действий становятся различные общественные программы в сфере здравоохранения, разработанные в ответ на запросы общества.

В целом общество принимает участие в оказании комплексной медицинской помощи для улучшения, защиты и восстановления здоровья составляющих его людей. Оно осознает, что затраты денежных средств, человеческих усилий и различных материалов на здравоохранение — это инвестиции в развитие общества, которые не могут рассматриваться только как чистые расходы. Таким образом,

в идеале общество стремится к максимальному сокращению уровней заболеваемости и смертности во всех сегментах общества, обеспечению доступности высококачественной медицинской помощи для каждого его члена, а также к сокращению или полному уничтожению серьезных социально-экономических последствий, которые может испытывать человек в результате заболевания и потери трудоспособности. Для достижения этих целей разные общества и общины могут использовать различные средства, в зависимости от сочетаний присущих им культурных ценностей, политических позиций, экономических обстоятельств и технологических возможностей.

Очевидно, что общественные цели должны становиться все более ясными и все более настойчиво выполняемыми. Стремительные изменения, происходящие в обществе, приводят к возникновению новых как психологических, так и физических возможностей. Потребности в личном здоровье быстро переросли в более многочисленные, разнообразные и сложные потребности в общественном здоровье. Возникла необходимость более активного участия сообщества в развитии разнообразных услуг, предотвращающих или обеспечивающих решение множества проблем.

Многие из этих проблем относительно новы: урбанизация, рост плотности населения, усиление загрязнения окружающей среды, автоматизация, индустриализация и деперсонализация. Успешное функционирование в изоляции становится невозможным, поскольку компоненты этого в высшей степени сложного общества по необходимости стали взаимозависимыми.

Именно общественные потребности воздействуют на взгляды и цели общества в области здравоохранения. В прежние времена людей вполне устраивала медицинская помощь лечебного или «кризисного» типа. Позже медицина подверглась решительному воздействию важнейших открытий и трансформаций (в том числе в области лекарств), что позволило перейти от диагностики и лечения к решению более обширных задач, включая профилактику заболевания и последующую реабилитацию.

Общество теперь более информировано в вопросах здоровья, и те цели, которые оно ставит перед собой, отражают возросший уровень знаний населения. Понятие свободы от болезни расширилось и включило в себя благосостояние. Общество больше не воспринимает медицину лишь как средство восстановления здоровья, теперь она считается и средством сохранения здоровья. При этом высочайшее качество медицинских услуг должно быть доступно всем людям, не важно, здоровы они или больны.

В табл. 2.5 приведены проанализированные ответы более чем 10 тыс. человек на вопрос о том, что в идеале должно происходить с отдельными пациентами и с системой здравоохранения. Хотя эти два списка и пересекаются, до полного совпадения еще далеко.

Таблица 2.5.
Что должны делать пациенты и система здравоохранения

Люди считают, что пациент должен...	Люди считают, что система здравоохранения должна...
Ответственность	
<i>Поведение, связанное с риском:</i> быть ответственным за последствия своего образа жизни <i>Персональная ответственность:</i> демонстрировать приверженность лечению <i>Финансовые проблемы:</i> платить за дополнительное лечение	<i>Гражданские проблемы:</i> обеспечивать помощь в непредвиденных обстоятельствах <i>Финансовые проблемы:</i> оплачивать счета в случае непредвиденных обстоятельств
Доступность	
<i>Удобство:</i> иметь поблизости медицинского учреждения и информацию о них	<i>Универсальная доступность:</i> услуги равного качества для всех пациентов <i>Общественные проблемы:</i> давать чувство заботы и поддержки <i>Удобство:</i> делать услуги доступными
Доступность по цене и эффективность	
<i>Соотношение цены и качества:</i> обладать информацией о стоимости и эффективности лечения <i>Благоразумие:</i> осознавать ограниченность возможностей лечения <i>Простота:</i> иметь понятную информацию	<i>Ответственность:</i> подбирать квалифицированный персонал <i>Соотношение цены и качества:</i> предоставлять льготы на все услуги <i>Благоразумие:</i> действовать разумно в интересах пациента и общества <i>Доступность по цене:</i> устанавливать доступные цены на услуги <i>Простота:</i> сделать систему более дружелюбной по отношению к пациенту
Достоинство	
<i>Гуманность:</i> иметь возможность сделать выбор между жизнью и смертью <i>Забота:</i> получать моральную поддержку от персонала <i>Сострадание:</i> ощущать понимание своих проблем и терпеливое участие <i>Честность/доверие:</i> иметь возможность личностных отношений с персоналом <i>Уважение:</i> ощущать, что персонал уважительно относится к желаниям пациента	<i>Качество жизни:</i> обеспечивать высшее качество лечения <i>Качество лечения:</i> обеспечивать наилучший уход и приятную обстановку <i>Техническое совершенство:</i> обучать персонал работе с новой техникой <i>Лечение/внимание:</i> делать систему более доступной

Продолжение ↓



Достоинство	
<p><i>Гуманность</i>: иметь возможность сделать выбор между жизнью и смертью</p> <p><i>Забота</i>: получать моральную поддержку от персонала</p> <p><i>Сострадание</i>: ощущать понимание своих проблем и терпеливое участие</p> <p><i>Честность/доверие</i>: иметь возможность личностных отношений с персоналом</p> <p><i>Уважение</i>: ощущать, что персонал уважительно относится к желаниям пациента</p>	<p><i>Гуманность</i>: облегчать боли и страдания пациентов</p> <p><i>Забота</i>: видеть свою роль скорее как «целителя», чем «врача»</p> <p><i>Сострадание</i>: понимать чувства пациента</p> <p><i>Честность/доверие</i>: давать точную и честную информацию</p>
Выбор	
<p><i>Информация</i>: иметь возможность принимать больше решений самостоятельно</p> <p><i>Контроль</i>: иметь возможность контроля над результатами лечения</p> <p><i>Информированное согласие</i>: иметь возможность наводить справки до принятия решения</p> <p><i>Персональная ответственность</i>: иметь возможность сделать выбор, например, принять лечение или отказаться от него</p>	<p><i>Информация</i>: принимать решения в сотрудничестве с пациентами</p> <p><i>Контроль</i>: передать часть контроля пациентам</p> <p><i>Информированное согласие</i>: давать пациентам полную информацию для принятия решений</p> <p><i>Личностные проблемы</i>: позволять пациентам выбирать врача</p> <p><i>Автономность</i>: позволять пациентам принимать решения</p>
Качество	
<p><i>Качество жизни</i>: поддерживать свое качество жизни</p> <p><i>Качество лечения</i>: получать лучшие персональное лечение и уход</p> <p><i>Техническое совершенство</i>: иметь доступ к лучшим и новейшим технологиям</p> <p><i>Лечение/внимание</i>: иметь понимающих и поддерживающих врачей</p>	<p><i>Качество жизни</i>: обеспечивать высшее качество лечения</p> <p><i>Качество лечения</i>: обеспечивать наилучший уход и приятную обстановку</p> <p><i>Техническое совершенство</i>: обучать персонал работе с новой техникой</p> <p><i>Лечение/внимание</i>: делать систему более доступной</p>

Источник:

Moench E. What does DM mean to patients. *Pharmaceutical Executive*, 1995; 15 (5): pp. 52-53, 56.

Наивысшим критерием оценки бизнеса или отрасли является их социальная востребованность. Безусловно, фармацевтическая промышленность востребована обществом. Востребованность конкретной компании и ее конкретных продуктов может быть определена по их положению на рынке.

В конечном итоге именно общество контролирует всякую маркетинговую деятельность. Важнейшее средство контроля — решение

покупать продукт или нет. И это наиболее важная форма регулирования. Выбирая законодателей, люди непрямым образом влияют на принятие законов. Хотя, на самом деле, контроль с помощью законов, наверно, наиболее отдален от людей.

Обычный потребитель, конечно, не может обладать достаточной информацией для того, чтобы оценить ограничения, налагаемые на маркетинг. В большинстве случаев его знаний не хватит даже, чтобы определить ценность продуктов, которую придает им маркетинг.

Экономическая среда

Национальная система страхования зародилась в Германии в 1880-х годах. Причины были прежде всего экономического характера — труд здоровых рабочих более производителен. Возраст выхода на пенсию — 65 лет — также был выбран по экономическим соображениям (ожидалось, что большинство рабочих умрет до достижения этого возраста). Социальная защита, все еще обремененная этими устаревшими и произвольными ограничениями, продолжает и поныне существовать в прежнем виде, но в совершенно иных экономических условиях.

Другой немаловажный факт из области экономики — то, что потребность в охране здоровья практически неисчерпаема, но средства на ее оплату конечны. По этой простой и по многим более сложным причинам экономические аспекты, в дополнение к гуманитарным и медицинским, будут всегда очень важны для фармацевтической промышленности.

Приведем примеры некоторых экономических тенденций и событий, влияющих на бизнес в наибольшей степени:

- ✦ депрессия, мировой экономический кризис;
- ✦ усиление в национальной экономике процессов регулирования и управления;
- ✦ переход развивающихся стран в категорию сверхдержав;
- ✦ перепроизводство продуктов питания;
- ✦ снижение или стабилизация роста мирового рынка;
- ✦ крах всемирной денежной системы;
- ✦ рост инфляции;
- ✦ всемирная свобода торговли;
- ✦ серьезные эпидемии, угрожающие населению, такие как СПИД в Африке.

Все компании, большие и малые, в ходе стратегического планирования исследуют экономическую среду. Обычно для этого собирается вся доступная опубликованная информация, которая анализируется и интерпретируется в целях планирования. В некоторых корпорациях весь процесс сбора и обработки эконо-

номической информации может быть ручным и интуитивным. Однако некоторые фармацевтические компании создали полноценные группы по изучению отраслевой экономики. Оценка и прогнозирование развития экономической среды — часть работы этих групп. Другая часть приходится на учет экономических аспектов потребления лекарств в целях маркетинга.

Р. Дубос делает особый акцент на качестве жизни в исследовании фармацевтического рынка для маркетинга:

«Если вместо того, чтобы считать только жизни, разрушенные смертью, взять и подсчитать число жизней, искалеченных болезнью, или число дней, прожитых без удовольствий и труда из-за так называемого «легкого нездоровья», или хотя бы прикинуть суммы, потраченные на лекарства, больницы и врачей, то погребальный звон, производимый патогенными микробами, покажется действительно громовым»²¹.

Этическая и культурная среда

Со второй половины XX века производители рецептурных препаратов называют себя «ethical» («этической») фармацевтической промышленностью. По-видимому, это самодовольное название связано с тем, что их деятельность в основном протекает в кругу профессионалов здравоохранения, в первую очередь врачей, которые сами были «этичными». Это самоназвание стало удобной мишенью для тех, кто находит и подвергает критике многочисленные примеры неэтичного поведения.

Фармацевтическая отрасль получила несколько больше, чем заслуживает, внимания от группы писателей, которых называют «выребателями медицинского мусора», чья задача — общественный контроль за деятельностью, связанной с медициной. Хотя это название и звучит нелестно, «мусорщики» играют почетную роль в обществе. Этот термин изобретен президентом Теодором Рузвельтом и первоначально относился к журналистам-реформаторам.

Наиболее широко известны ранние медицинские «мусорщики» Мартин Гросс (Martin Gross) («Врачи») и Мортон Минц (Morton Mintz) («Терапевтический кошмар», переизданный под названием «Только по рецепту врача»). Если последний специализировался на расследовании истории с Кефавером (Kefauver), то Гросс в основном атаковал «медицинский истеблишмент». В единственной главе, посвященной фармацевтической отрасли, он призвал к следующему:

- ✦ сократить все виды продвижения лекарств, направленные на врачей;
- ✦ пациентам отказаться от «молекулярных или других модификаций препаратов, или комбинаций двух или более лекарств,

если только секретарь Комитета по здравоохранению, образованию и благоденствию не определит, что терапевтический эффект модифицированных препаратов значительно выше»;

- ✚ каждые три года обязательно пересматривать патенты на препараты;
- ✚ пациентам настаивать на выписке рецепта на дженериковый препарат²².

Именно этическая среда в обществе формирует внешний круг. И хотя отрасль должна каким-то образом адаптироваться к переменам, они носят, скорее, эволюционный, чем революционный характер, соответственно, и ответ может быть не таким поспешным.

Определение причин смерти и границ заболевания, оценка изменений качества жизни — вот те социальные задачи, которые отрасль должна быть готова решить. Р. Дубос процитировал лауреата Нобелевской премии 1880-х Илью Мечникова для того, чтобы проиллюстрировать свою экстравагантную концепцию, которая лишь отчасти относится к фармацевтике²³. И. Мечников считал, что каждая физиологическая функция запускает «инстинкт насыщения». Удовлетворив голод, мы избавляемся от желания поест, мы нуждаемся в отдыхе только устав после какой-то деятельности. Почему в таком случае не существует инстинкта насыщения жизнью — «инстинкта смерти»?

Ссылаясь на философию И. Мечникова, Р. Дубос пишет:

«Это объясняется тем, что жизнь человека значительно короче, чем он мог бы прожить. Люди, достигшие действительно зрелого возраста, — скажем, 100 лет или более — ждут смерти без сожаления, даже если они не больны и не страдают так же, как нормальный человек ждет сна в конце долгого дня»²⁴.

Оценка изменений в качестве жизни — занятие, на первый взгляд, интересное только ученым и духовенству, — приобрело для маркетинга важность, которая подчеркивается в этой книге всюду. В этой главе мы частично используем концепцию культурной среды.

Качество жизни (КЖ) — одно из знакомых всем понятий, хотя никто не может толком определить, что это такое, но зато каждый легко приведет примеры. Это верно главным образом потому, что оценка КЖ долго была только лишь частью клинических испытаний. Изучение КЖ, особенно в экономическом контексте, как это чаще всего и делается, просто включает в себя **прямую и подробную оценку воздействия на человека болезни и лечения**. Такое фокусирование на предмете очень удобно.

Для фармацевтической отрасли связанные с КЖ вещи охватывают все, начиная от простой способности человека вдеть нитку в иглоку до таких тяжелых ситуаций, когда надо определить мощность и тип обезболивающего средства для облегчения страданий раковых больных в последней стадии заболевания.

Способность оценить КЖ и его изменения, а также показать положительный эффект, оказываемый на КЖ лекарствами, — вот вопросы величайшей коммерческой важности для маркетологов фармацевтического рынка. Но они также должны принимать во внимание и более глубокие, философские вопросы. Коммерческая важность КЖ проистекает из человеческой важности этого параметра.

«Человеческие» аспекты КЖ:

- ✎ физические проблемы;
- ✎ наличие или отсутствие физических симптомов болезни;
- ✎ токсичность терапии и побочные эффекты;
- ✎ внешний вид тела и подвижность;
- ✎ психологические, социальные и духовные аспекты;
- ✎ способность справиться с болезнью;
- ✎ качество межличностных отношений;
- ✎ счастье или ощущение благополучия;
- ✎ внутренний мир, не обязательно религиозный;
- ✎ экономические доходы и расходы;
- ✎ более широкое измерение, например, воздействие на окружающих;
- ✎ личные предпочтения, амбиции, приоритеты;
- ✎ культурные отличия;
- ✎ политические предпочтения;
- ✎ философские и этические характеристики;
- ✎ ценность и значение времени.

С помощью **показателя QALY** (quality-adjusted life years) рассчитывают количество лет качественной жизни, приобретенных в результате медицинского вмешательства. Это своего рода искусственный общий знаменатель, позволяющий сравнивать разные схемы лечения, а также оценивать качество жизни, продленной и сохраненной в результате лечения. Например, с учетом этой характеристики оценивается такой параметр, как **отношение стоимость/эффективность лечения** для двух пациентов, жизнь каждого из которых была продлена на пять лет, но один из них провел эти годы в коме, а другой — в относительно деятельном состоянии.

Анализ «затраты-полезность» CUA (cost utility analysis) учитывает не столько достижение тех или иных клинических эффектов, сколько мнение пациента о достигнутых результатах с точки зрения их полезности. Степень полезности каждого состояния здоровья указывается по шкале от 0 (смерть) до 1 (абсолютное здоровье)*. В комбинации с данными о выживаемости анализ «затраты-полезность» позволяет исследователю оценить число спасенных лет жизни, взвешенное с помощью QALY.

* Некоторые считают, что шкала должна быть от +1 (абсолютное здоровье) до -1 (смерть была бы лучше).

В США применение метода CUA на практике было очень ограничено из-за сложности определения степени полезности для различных состояний здоровья. Однако в Великобритании параметр «стоимость на QALY» широко использовался в дебатах о национальных приоритетах в области здравоохранения. Но и в Великобритании есть сомнения в правильности использования параметров QALY и CUA при распределении ресурсов здравоохранения.

Концепция QALY предполагает изменение той системы оказания медицинской помощи, которая сложилась в Великобритании со времени создания Национальной службы здравоохранения (National Health Service, NHS) в 1947 году. Первоначально NHS подразумевала высококачественную бесплатную медицинскую помощь, оплачиваемую за счет всеобщего налогообложения. Низкая стоимость или полная бесплатность медицинских услуг привели к тому, что потребность быстро превысила предложение. Равновесие пришлось восстанавливать с помощью известного принципа очередей.

Врачи были вынуждены оценивать состояние пациентов не в момент появления у них проблем со здоровьем, а по мере их продвижения в очереди. Критерий, используемый при этом большинством врачей, очень близок к тем, которые рассчитываются при оценке QALY, а именно: при наличии ограниченных ресурсов, кто из пациентов получит наибольшие преимущества на более продолжительное время?

Применение этих принципов уже сейчас заметно в больницах: число операционных и обслуживающего персонала ограничено, а потребность в таких процедурах превышает предложение, и первыми в очередь попадают те, кто получит наибольшие преимущества (не обязательно наиболее нуждающиеся в помощи). Для некоторых пациентов это ожидание оканчивается преждевременной смертью.

Наиболее драматично эта ситуация проявляется в Великобритании по отношению к пациентам, страдающим почечной недостаточностью последней стадии. Согласно расчетам, проведение почечного диализа всем нуждающимся в этой процедуре пациентам быстро приведет к банкротству системы NHS. Вместо этого решено было ограничить доступ к диализу и сконцентрировались усилия на трансплантации органов.





Циничный наблюдатель мог бы заметить, что невозможность обеспечить адекватное лечение, скорее, связано с недостатком органов для пересадки, чем с нежеланием правительства финансировать необходимое число центров диализа...

В амбулаторной практике используется несколько иная тактика. Прием у терапевта бесплатен для всех, но терапевт — всего лишь необходимое промежуточное звено для доступа к специалистам. Врачи могут выписывать любой препарат, одобренный комитетом по безопасности лекарств, но все, что они выписывают, тщательно регистрируется. На практике это означает, что если врач хочет использовать дорогостоящую терапию, то он может это сделать, но при этом он должен компенсировать расходы, выписывая другим пациентам более дешевые препараты.

Политическая среда

Политическая среда представляется очевидным, но не всегда точным отражением вышеназванных составляющих частей внешнего круга, хотя надо признать и существование обратной связи.

Оценка политической среды на международном уровне — для фармацевтической отрасли повседневная необходимость. В **табл. 2.6** представлена лишь часть связанных с политикой аспектов.

В США политика и фармацевтика имеют давнюю «приятную» историю взаимоотношений. В течение более полувека члены обеих партий использовали отрасль, ее продукты, цены и практику как объект политической деятельности. Некоторые, особенно Эстес Кефавер (Estes Kefauver), использовали расследования конгресса и связанные с ними дискуссии для соискания поста президента.

Во время выборов президента 1992 года реформа системы здравоохранения была центральным пунктом программы Демократической партии, а наиболее часто критикуемым явлением стали высокие цены на рецептурные препараты. (Интересно, что соответствующая реформа последовала непосредственно за выборами, но была инициирована в основном частными предприятиями отрасли, а не профессиональными политиками).

Таблица 2.6.

Основные составляющие анализа политической среды

Источники политического риска	Группы, генерирующие политический риск	Воздействие на международный бизнес
<p>Различия в политической философии (национализм, социализм, коммунизм)</p> <p>Социальные беспорядки и волнения</p> <p>Законные интересы местных деловых кругов</p> <p>Существующая или грядущая политическая независимость</p> <p>Вооруженные конфликты и внутренняя борьба за политическую власть</p> <p>Новые международные альянсы</p>	<p>Находящееся у власти правительство и его исполнительные органы</p> <p>Парламентские оппозиционные группы</p> <p>Непарламентские оппозиционные группы (например, воинствующие образования внутри или вне страны)</p> <p>Неорганизованные общественные группы: студенты, рабочие, крестьяне, сексуальные меньшинства и пр.</p> <p>Иностранные правительства или межправительственные организации</p> <p>Иностранные правительства, намеренные вступить в вооруженный конфликт или поддержать внутреннее восстание</p>	<p>Конфискация: утрата собственности без компенсации</p> <p>Экспроприация с компенсацией: утрата возможности заниматься бизнесом</p> <p>Ограничение деятельности: ограничение доли рынка, характеристик продукта, контроль над политикой найма работников, степенью участия в капитале и пр.</p> <p>Утрата свободы перемещения финансовых средств, связанного с дивидендами, долями в акционерном капитале, товарами, персоналом, правами собственности и пр.</p> <p>Пропуски в договорах или заключение договоров только на одном языке</p> <p>Дискриминация, например, в области налогообложения, или обязательные субконтракты</p> <p>Урон, нанесенный собственности или персоналу в результате восстаний, мятежей, революций и войн</p>

Источник:

Robock S.Y. and Simmonds K. International Business and Multinational Enterprises. Fourth Edition. Homewood, IL: Irwin, 1989; p. 383.

Доступность здравоохранения для пожилых людей была и, очевидно, всегда будет предметом публичной политики, и ее недостижимой целью по-прежнему останется льготный доступ к медицинским препаратам для всех пациентов.

Правовая среда

Государство должно быть ответственно за здоровье людей, как писал в трактате «*Mediznische Polizei*» Йоганн Петер Франк (Johann Peter

Frank)²⁵. Эта концепция используется сегодня в разных случаях — от обеспечения медицинской помощи до защиты населения от различных угроз. Деятельность государства в этой области в основном приобретает форму законов и предписаний.

Никакой бизнес не может существовать без учета огромного множества государственных ограничений и предписаний. Себестоимость и прибыль в такой же степени зависят от предписаний, разработанных правительственными чиновниками, как от управленческих решений менеджеров компаний и переменчивых предпочтений потребителей. Типы управленческих решений, ставшие предметом правительственного регулирования, наблюдения или контроля, являются основополагающими для бизнеса в целом:

- ✚ Какие направления развития бизнеса будут приняты?
- ✚ Какие продукты могут быть произведены?
- ✚ Какие инвестиции будут сделаны?
- ✚ При каких условиях будут производиться товары?
- ✚ Где могут производиться товары?
- ✚ Как будут продвигаться товары?
- ✚ Какая цена на них будет установлена?
- ✚ Как будут храниться товары?

Практически каждый из основных отделов любой фармацевтической корпорации имеет связи в федеральном или местном органе власти, контролирующем или оказывающем серьезное влияние на принятие внутрикорпоративных решений. Многие считают, что фармацевтическая отрасль, от производителя до фармацевта, — самая регулируемая из всех. Такое утверждение имеет под собой определенные основания, и в этом нет ничего удивительного.

Ниже приведена примерная модель процесса разработки регулирующих законов в фармацевтической отрасли:

Отдельные потребители выражают личные требования
и пожелания



Потребители, как члены общества, выражают коллективные
требования и пожелания путем выдвижения «политиков»,



которые воспринимают коллективные требования и пожелания

и разрабатывают законы для их исполнения,



полагаясь на предписания, которые обычно вырабатывают
неизбираемые чиновники государственных и местных органов.

Эта система чревата ошибками в понимании как частных нужд, так и коллективных потребностей на стадии их удовлетворения, даже в случае правильного их понимания. Тем не менее именно так работает эта система, и возможность изменений на каждом этапе — уже хорошая новость.

Регулирующее воздействие государственных органов на фармацевтику наиболее сильно ощущается в практике маркетинга, поскольку в фармацевтической отрасли эти органы на уровне розницы (включая больницы) действуют, по сути, монополистически.

В США число лиц, имеющих право получить лицензию фармацевта или управляющего аптекой, ограничено законодательно и возможно лишь при соблюдении определенных условий. Это обстоятельство имеет интересный аспект.

Все государственные фармацевтические учреждения теперь требуют, чтобы их специалисты периодически проходили переподготовку для подтверждения своих лицензий. Количество часов, отводимых на повышение профессионального уровня, для разных случаев может варьироваться, а программы, как правило, имеют вполне определенное содержание. Многие производители и оптовики разработали специальные программы для обучения фармацевтов или выступают спонсорами образовательных программ, используя их для продвижения своей продукции.

Состояние здоровья общества

Очевидно, что зависимость фармацевтической отрасли от уровня здоровья и частоты заболеваемости населения в конечном счете значительно сильнее, чем от любых других факторов окружающей среды, показанных на **рис. 2.1**. Со временем все мы должны умереть, но каждая смерть — следствие одного или нескольких патологических состояний. Значит, отрасль будет востребована населением, поскольку существует предсказуемая потребность в ее продуктах, которые успешно эту потребность удовлетворяют.

Большинство материалов данной книги имеет отношение к среде обитания индустриально развитых обществ. В этом контексте сравнительно легко объяснить основные тенденции и изменения показателей заболеваемости и смертности в XX веке:

- ✦ Люди живут дольше, потому что не умирают в юном возрасте от детских болезней (дифтерии, черной оспы и т.д.), типичных для предшествующего времени. Это действительно хорошая новость. Еще один фактор, влияющий на увеличение продолжительности жизни, — снижение младенческой смертности. (Хотя здесь не место для обсуждения подобных факторов, но сохранение жизни одного годовалого ребенка до достижения им старости добавляет один год к продолжительности жизни более чем 60 человек 70-летнего возраста.)
- ✦ Плохая новость состоит в том, что население, одна шестая или одна пятая часть которого — пожилые люди, в той же пропорции состоит из старых больных людей.

- ✦ Увеличение продолжительности жизни позволяет людям жить достаточно долго для того, чтобы испытывать все виды заболеваний. Многие из них, если не большинство, лечатся лекарствами. Некоторые излечиваются.

Прошедший век кроме этих очевидных перемен принес и новые проблемы. Наиболее яркий пример — СПИД. Эпидемия этой болезни совершенно неожиданно стала напоминанием человечеству о том, что у природы есть средства заставить его придерживаться правил. Не исключено, что СПИД — это лишь начало.

В своей книге «Грядущая чума» Лори Гарретт (Laurie Garrett) описывает «месть микробов» как постоянный эволюционный процесс сопротивления усилиям ученых искоренить или контролировать эти микроорганизмы²⁶. Скорее всего это контролируемое высшей силой сражение между наукой и природой продолжится с неослабевающей энергией с обеих сторон. Успехи и неудачи в битве со СПИДом, различными видами рака и другими опасными болезнями тесно связаны с усилиям фармацевтики понизить заболеваемость, повлиять на смертность и получить прибыль.

Р. Дубос напоминает, что битвы эти не новы: *«Палеонтологические исследования не оставляют сомнений: большинство заболеваний животных и людей органического и инфекционного происхождения существует с древних времен»*²⁷. Распространенность, частота и последствия болезней, безусловно, со временем менялись.

Технологическая среда

Последней составной частью внешнего круга является технологическая среда. Речь идет о технических разработках не только внутри фармацевтической отрасли, но и тех, что появились вне ее и были предназначены для других целей, но успешно адаптированы для нужд здравоохранения умными, не лишенными воображения людьми. Вот лишь два примера:

1. Микроскоп, изначально применявшийся не для фармацевтических нужд, сегодня абсолютно незаменим в антибактериальных исследованиях.
2. Техника микроинкапсуляции, позволяющая отказаться от использования копировальной бумаги, была разработана для Национальной компании учета наличности. Со временем она была адаптирована для изготовления препаратов пролонгированного действия.

Согласно «микробной теории» происхождения болезней, у каждого заболевания есть совершенно определенные причины и лечение должно быть направлено на тот вид микроорганизмов, который вызвал заболевание, или хотя бы на пораженный орган. Это радикально изменило подходы, используемые в медицине. (Примечательно, что этот прорыв в терапии практически наверняка затормозил развитие других теорий.) Казалось бы, поиски «микроба», вызывающего

сердечные приступы, артриты, язвы желудка и т.п., обречены на провал. Но благодаря развитию техники микроисследований выяснилось, что, похоже, микробы действительно могут играть важную роль в образовании язвы желудка. Яркий пример того, как развитие технологии в области медицины может влиять на эту отрасль, причем часто весьма противоречиво!

После того как Кох обнаружил специфический бактериальный фактор, вызывающий заболевание (что стало возможно благодаря микроскопу — спасибо Антони Ван Левенгуку!), надежда на особые лекарства в форме «волшебных ядер» уже не казалась беспочвенной. Было изобретено и продолжает изобретаться множество таких «волшебных ядер». Как писал Пол Эрлих (Paul Erlich), *«вещества с антибактериальной активностью являются, так сказать, заколдованными ядрами, попадающими только в те цели, для разрушения которых они и были разработаны»*²⁸.

Технологические изменения вне отрасли могут оказывать и часто действительно оказывают важное влияние на практику фармацевтического рынка. Примером может служить действующая в Соединенных Штатах программа MediCare по обеспечению пациентов лекарствами, реализовать которую было бы совершенно невозможно без компьютерных технологий, позволяющих мгновенно определять право человека на участие в программе, учитывать уже полученные им препараты и пр.

Успех кабельного телевидения позволил использовать этот новый инструмент в процессе продаж, для организации образовательных программ — стоит лишь установить специальные фармацевтические программы в офисе врача или у него дома (а также в домах потребителей).

Иногда отрасль делает свой вклад в процесс развития технологий, иногда нет, но технологии меняются и как минимум корректируют, а иногда и радикально ломают характер отрасли. Совершенно ясно, что фармацевтическая промышленность базируется на технологиях, и было бы безрассудно пытаться планировать будущее без тщательного изучения среды с учетом технологического развития.

СРЕДНИЙ КРУГ

«Четыре Р»

В этот круг входят классические «четыре Р»: product (продукт), price (цена), place (место), promotion (продвижение). Все они получают отдельную и подробную оценку в последующих главах, поэтому здесь не рассматриваются.

Конкурентная среда*

Чтобы превзойти конкурентов и развиваться вопреки их усилиям, компания должна понимать природу успеха конкурентов, а также то, почему компании борются друг с другом и как они отвечают на взаимные атаки. Оценить перспективы конкурентов можно путем анализа двух типов: отраслевого и конкурентного. Отраслевой анализ оценивает привлекательность рынка, основываясь на его экономической структуре. Конкурентный анализ показывает, насколько успешно каждая компания на конкретном рынке использует сложившуюся структуру отрасли.

Каждая отрасль имеет несколько специфических характеристик, связанных с временем и, следовательно, изменяемых. Они отражают динамику развития отрасли. Неважно, какие усилия предпринимает компания, но если они не совпадают с динамикой отрасли, успех в конечном итоге труднодостижим. Для формирования маркетинговой стратегии компания должна определить наличие каждого из факторов конкуренции в отрасли и свои позиции относительно конкурентов. Нужно попытаться высветить динамику развития компании на фоне отрасли.

Существует несколько подходов к анализу отрасли. Один из них — использование «пяти факторов конкуренции» Майкла Портера²⁹. Хотя эту модель трудно адаптировать для нужд фармацевтической отрасли, все же это удобная основа для обсуждения некоторых характеристик и атрибутов фармацевтической отрасли.

Как следует из этой модели (рис. 2.7), уровень конкуренции между различными компаниями определяется пятью внешними факторами:

- ✦ угрозы со стороны новичков рынка;
- ✦ рыночная сила поставщиков компании;
- ✦ рыночная сила клиентов компании (покупателей);
- ✦ угрозы со стороны продуктов-заменителей;
- ✦ интенсивность соперничества между конкурирующими компаниями.

Интенсивность соперничества между конкурирующими компаниями в решающей мере определяется численностью конкурентов и ростом отрасли. В отраслях, чья продукция пользуется постоянным спросом (а фармацевтика относится к таким отраслям), часто наблюдается более высокий уровень конкуренции. Соперничество принуждает компании снижать цены для того, чтобы они могли загружать свои мощности. Дифференциация конкурентного предложения, как реальная, так и кажущаяся, снижает соперничество. Наконец, трудность ухода из отрасли также повышает уровень конкуренции.

*Адаптировано по Минцберг Г., Альстренд Б., Лэмпл Дж. *Школы стратегий. Стратегические сафари: экскурсия по дебрям менеджмента*. СПб.: Питер, 2001.— Прим. ред.

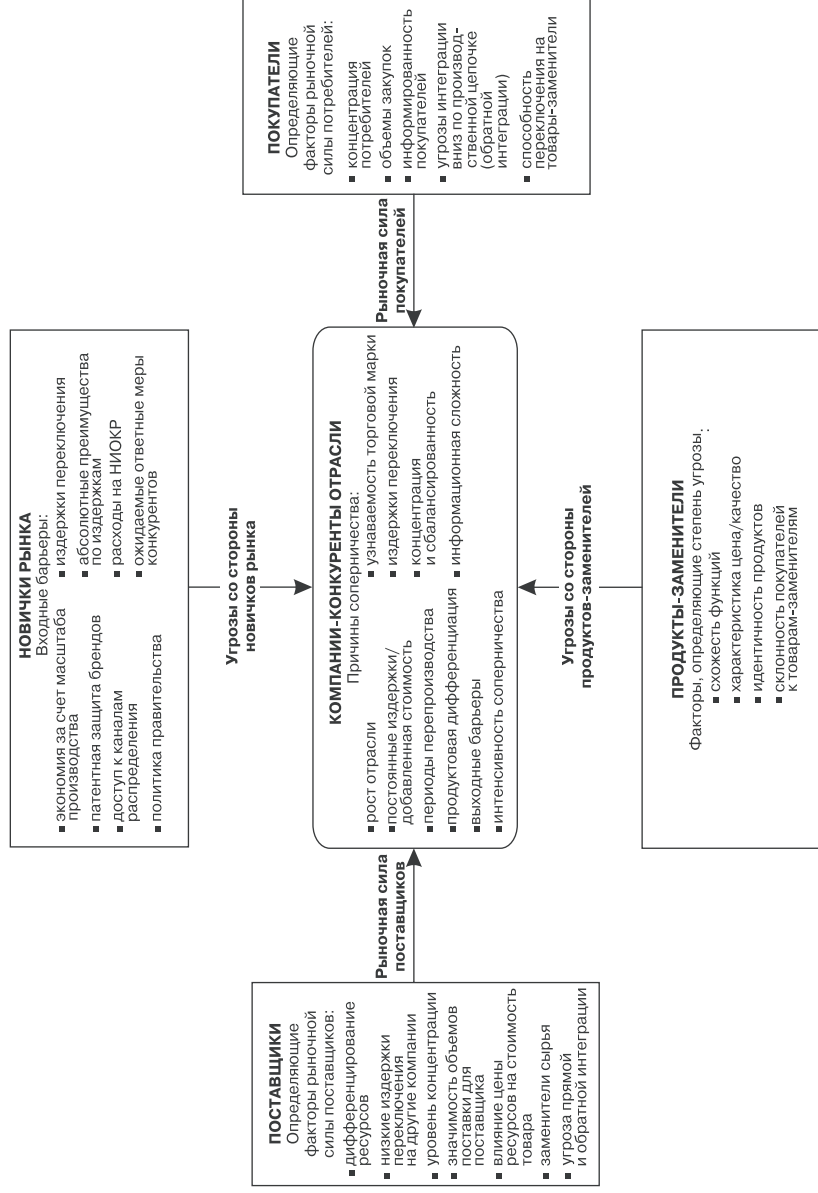


Рис. 2.7. Модель сил конкуренции М. Портера

Угроза появления новых участников рынка (новичков рынка) часто повышает уровень конкуренции в отрасли. Снижению этого уровня способствует наличие барьеров. Существует три входных барьера, связанных со стоимостью: масштаб производства, наличие ценовых преимуществ, расходы на НИОКР. Требования к масштабу производства вынуждают потенциальных участников рынка либо обеспечить высокий уровень производительности, либо согласиться с низким уровнем прибыли. Ценовое преимущество присуще компаниям, имеющим запатентованную технологию и/или доступ к сырью, а также компаниям, накопившим большой опыт. Входными барьерами могут служить также необходимость крупных капиталовложений, ограничение доступа к каналам распределения и действия правительства.

Наличие **продуктов-заменителей** накладывает ограничение на цены, устанавливаемые компанией, и ограничивает возможности рынка. Сила этого фактора зависит от характеристик конкретного продукта и изменения его цены во времени.

Рыночная сила потребителей характеризует их способность оказывать давление на отрасль с целью снижения цен или изменения свойств товаров, сокращая таким образом прибыль. Потребители приобретают силу, когда они имеют выбор, когда их нужды могут быть удовлетворены продуктами-заменителями или тем же продуктом, предложенным другим поставщиком. Кроме того, силу потребителей повышают их высокая концентрация, разукрупнение бизнеса и низкая стоимость переключения на товары конкурентов.

Рыночная сила поставщиков отражает их способность принуждать отрасль принимать более высокие цены на сырье, соглашаться со снижением уровня сервиса и тем самым влиять на прибыль. На силу поставщиков влияют те же факторы, что и на силу потребителей. Только в этом случае представители отрасли выступают как покупатели.

Эти пять факторов конкуренции взаимодействуют между собой, определяя характеристики и привлекательность рынка. Сильнейший из них становится основным фактором, определяющим прибыльность, и именно на нем фокусируется стратегия компании.

В первую очередь компании следует оценить факторы, определяющие конкуренцию в отрасли, а также их скрытые причины, затем определить собственные сильные и слабые стороны относительно отрасли. Наконец, нужно выработать стратегию наступления или защиты, чтобы создать положение, когда пять факторов конкуренции не будут представлять угрозы. Согласно М. Портеру, это означает следующее:

- ✦ позиционирование компании таким образом, чтобы ее сильные стороны наилучшим образом противостояли угрозам со стороны конкурентов;
- ✦ изменение баланса сил путем смены стратегии и, соответственно, относительного положения компании;
- ✦ предупреждение изменений тех факторов, которые определяют основные силы конкуренции;
- ✦ готовность ответить на эти перемены с учетом новой расстановки факторов конкуренции еще до того, как перемены будут замечены соперниками.

Внутренняя среда

В определенном смысле это один из самых сложных элементов среды. Даже если кто-то оказался достаточно умным, чтобы выявить и использовать все прочие вышеназванные элементы среды, вполне возможно – и еще как возможно! – что разработанные самым тщательным образом планы, стратегии и тактики будут начисто разрушены факторами внутренней среды компании. Для этого есть масса возможностей. Рассказы о действиях руководителей корпораций отражают множество корпоративных философий. Еще более впечатляющим может быть соответствующее разнообразие и на среднем уровне управления.

Известный теоретик маркетинга Рой Элдерсон (Wroe Alderson) определил промышленность как *«все компании, производящие товары, которые потребитель воспринимает как идентичные, или все компании, производящие товары, которые каждая из этих компаний настойчиво стремится отличить от других»*³⁰.

Как компании добиваются этих отличий и почему? Бывший секретарь Торговой палаты США Джон Т. Коннер (John T. Conner) много лет назад так описал ответственность фармацевтической отрасли перед рынком:

«...Основные цели таких революционных отраслей, как фармацевтика или информационные технологии, — широкое распространение и грамотное использование новых продуктов так быстро, насколько это возможно. В нашем случае это означает, что скорость, с которой представители медицины и общества могут и хотят воспринять инновацию, должна равняться скорости, с которой новые продукты покидают стены лабораторий. Общество не нуждается в бесполезных открытиях».

Коннер привел случай с хлортиазидом, на разработку которого ушло 12 лет лабораторных исследований в рамках специальной почечной программы и еще целый год тестов на животных и более года клинических испытаний до его вывода на рынок. Затем в течение трех месяцев хлортиазид выводили на рынок, чтобы в итоге врачи выписывали его половине пациентов, нуждающихся в лечении диуретиками³¹.

Однако не каждая фармацевтическая компания ясно видит свои цели. Завоевывая свою нишу на рынке, нужно использовать ресурсы компании так, чтобы создать «индивидуальность», которая придаст компании экономическую силу для успешной конкуренции и которую соперникам не так-то легко будет скопировать. При этом многое зависит от способности руководителей фармацевтических компаний ставить и реализовывать задачи. Для создания «индивидуальности»

требуются инженерные способности, талант исследователей, эффективное производство и грамотный маркетинг.

Выбор средств для обеспечения конкурентного преимущества зависит от задач компании. Хотя получение максимальной прибыли чаще всего называется в качестве конечной цели, альтернативной целью является **существование на рынке**, а важность прибыли, как конечной цели фирмы, часто вызывает сомнения.

На практике цели компаний (и отдельных ее сотрудников) обычно выражаются в виде достижения наилучших показателей. Обычно человек хочет не просто машину, а лучшую из возможных машин. Если желанной целью является прибыль, то в большинстве случаев естественно предположить, что компания стремится получать не просто прибыль, а максимальную прибыль. То же верно и для объема продаж, и для сокращения производственных затрат.

Разные коммерческие организации имеют разные цели. Компания, способная сохранить текущее положение на рынке, наверняка будет стремиться его улучшить. Если целью является **достижение максимального роста продаж**, то прибыль, как цель, при всей ее важности может отойти на второе место.

Проблема создания **корпоративного имиджа** дала работу доселе невостребованным психологам, социологам и специалистам по рекламе. Конечно, создание благоприятного имиджа никак не может быть основной целью компании, однако в долгосрочной перспективе нельзя игнорировать силу воздействия имиджа на прибыль. Создание благоприятного имиджа стоит денег, которые берутся из прибыли.

Еще одна важная цель, оказывающая ощутимое воздействие на показатели прибыли, — **корпоративная сила**. Наиболее эффективным мерилom разнообразных проявлений корпоративной силы является размер компании. Сила может стать причиной прибыли, но прибыль также может быть источником силы.

Конечная внутренняя **цель финансового плана** может быть определена так: любые финансовые потребности компании, которые могут возникнуть при разных сценариях развития ситуации, должны быть удовлетворены. Это особенно верно в условиях, когда компании жизненно важно сохранить ликвидность.

Стремление к достижению дополнительных целей почти наверняка повлияет на «конкурентную индивидуальность», которая в свою очередь радикально воздействует на эффективность погони фармацевтической компании за этими целями.

Наверное, наиболее сложные аспекты «индивидуальности» — развитие и оценка тех свойств, которые в самом прямом смысле слова являются индивидуальными. Речь идет об имидже компании и качестве управления.

Директор по связям с общественностью крупной фармацевтической фирмы перечислил шесть вопросов, на которые, как он считает,

должны ответить управляющие корпорацией, прежде чем приступить к формированию ее благоприятного имиджа:

1. Согласны ли вы с тем имиджем, который планируется сформировать?
2. Есть ли у вашей программы ближайшие цели, кроме тех долгосрочных общих целей, которых вы хотите достичь?
3. Производите ли вы исследования и достаточно ли знаете о том, что различные общественные группы думают о вашей компании?
4. Изучаете ли вы истории компаний других отраслей для того, чтобы найти в них идеи, которые стоит позаимствовать и приспособить для своих нужд?
5. Получаете ли вы в обязательном порядке периодические отчеты о ходе вашей программы для того, чтобы оценить, что удалось, а что нет?
6. Идентифицируете ли вы себя с теми, на кого нацелен ваш имидж?

Маркетинговая среда содержит как возможности, так и угрозы для фармацевтической отрасли. Для использования благоприятных рыночных возможностей могут быть серьезные препятствия. Маркетинг — дисциплина, выросшая из попыток оценить позитивные и негативные факторы деловой среды.

Каждое смотрящее вперед коммерческое предприятие тратит значительные усилия и время на планирование, реализацию планов и контроль. Без адекватной системы контроля вся деятельность по планированию и осуществлению планов может пропасть даром. Контроль бизнеса по своим целям и уровню сложности мало отличается от того контроля, который ведется в кабине реактивного самолета. Задолго до того, как реактивные аэробусы выходят на взлетную полосу, пилоты, штурманы и диспетчеры тщательно наносят маршрут, по которому полетит самолет, чтобы достичь заранее определенной цели (это сходно с функцией планирования). В ходе планирования полета определяются количество топлива, численность пассажиров, потребности экипажа и даже состав меню. После планирования включаются системы самолета, чтобы начать полет (осуществление). Все было тщательно спланировано и осуществлено. Функция контроля служит для того, чтобы полет (бизнес) осуществлялся точно по курсу независимо от неожиданных или непредсказуемых событий.

Ведение бизнеса «по курсу» требует, чтобы предприятие не только работало ожидаемым образом при неизменных обстоятельствах, но и могло адаптироваться к их изменениям. Используя аналогию с самолетом, можно сказать, что маркетинговый контроль должен включать в себя как нечто сходное с комплексным «автопилотом» для использования в нормальных рыночных условиях, так и несколько сенсорных устройств — некие маркетинговые радар, высотомер, спидометр, если хотите, — готовых отразить любые изменения в среде.

К сожалению, проблемы тех, в чьи обязанности входит контроль над выполнением маркетинговых функций, гораздо сложнее проблем, связанных с контролем над ситуацией на борту самолета. Среда, внутри которой действует система, постоянно меняется, поэтому требуется постоянная корректировка системы. В реальности у компании может быть множество целей, достигаемых отдельными подразделениями системы. Кроме того, цели этих подразделений могут хотя бы частично конфликтовать между собой. (Например, производство заинтересовано в однообразии продукции, в то время как маркетинг – наоборот, в разнообразии.) Перечень показателей, с которыми имеет дело система контроля самолета, конечен (температура, давление, погодные условия и пр.). Изменения в маркетинговой среде настолько разнообразны и динамичны, что отслеживающие их «сенсорные устройства» могут оказаться недостаточно эффективными, чтобы предупредить все типы изменений.

Проблема установления и осуществления маркетингового контроля является в равной степени решающей и сложной. Как по определению, так и фактически она двухфазна. Согласно словарю, слово «контролировать» означает ограничивать, управлять, регулировать. И действительно, это составные части функции контроля. Французское слово, от которого произошел английский термин, означает «проверять через сравнение», что тоже является составной частью процесса контроля. Таким образом, контроль – это комбинация наблюдения, тщательного регулирования, а также внутреннего и внешнего сравнения, если оно необходимо.

Фармацевтические компании формируют свое коллективное будущее. Как заметил Т. Левитт, *«хорошая работа для достижения неверных целей более разрушительна, чем плохая работа для достижения верных целей»*. В области бизнеса «маркетинговое мышление – основной инструмент для принятия решения о том, какие цели будут определены»³².

Литература

1. Levitt T. *The marketing imagination*. New York: Free Press: 1986; p. 139.
2. Maslow A. *A theory of human motivation*. *Psychological Review*; 1943; 43(7), pp. 70-78.
3. *New era of lifestyle drugs*. *Business Week* 1998 May 11: pp. 54-57.
4. Twaddle A.C. and Hester R.M. *A sociology of health*. St. Louis, MO: Mosby, 1977.
5. Mechanic D. *Medical sociology*. New York: The Free Press, 1968.
6. Stimson D. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1979.
7. Rappoport H. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1976.
8. Smith M.C. *Pharmaceutical marketing: Strategy and cases*. Binghamton, NY: The Haworth Press, 1991; p. 103.
9. Dubos R. *Mirage of health*. Piscataway, NJ: Rutgers University Press, 1987; p. 196.

10. *Ibid.*, pp. 142-143.
11. Stolley P. *Cultural lag in healthcare*, *Inquiry*, 1971; VIII(3): p. 223.
12. Dubos R. *Mirage of health*. Piscataway, NJ: Rutgers University Press, 1987; pp. 130-131.
13. *Ibid.*, p. 134.
14. Lewis F. *Tufts Medical Alumni Bulletin*, 1971; 30(1): pp. 5-8.
15. Freidson E. *Profession of medicine*. New York: Dodd Mead, 1970; p. 224.
16. *Ibid.*, p. 235.
17. Dukes G. Editorial, *International Journal of Risk and Safety in Medicine*, 1997; 10: p. 62.
18. *Ibid.*
19. Dubos R. *Mirage of health*. Piscataway, NJ: Rutgers University Press, 1987; p. 126.
20. Wilson R.N. *Sociology of health*. New York: Random House, 1970; p. 116.
21. Dubos R. *Mirage of health*. Piscataway, NJ: Rutgers University Press, 1987; p. 161.
22. Gross. M. 1966. *The doctors*. New York: Random House; p. 27.
23. Dubos. R. *Mirage of health*, p. 166.
24. *Ibid.*, p. 123.
25. *Ibid.*, p. 144.
26. Garrett. L. *The coming plaque*. New York: Penguin Books, 1994.
27. Dubos. R. *Mirage of health*, p. 172.
28. *Ibid.*, p. 156.
29. Porter. M.E. *Competitive strategy*. New York: The Free Press, 1980.
30. Alderson W. *Dynamic marketing behavior*. Burr Ridge, IL: Irwin, 1965; p. 207.
31. Connor J.T. *Drugs in our society*. New York: Free Press, 1964; p. 122.
32. Levitt T. *The marketing imagination*, p. 140.

Глава 3.

Практика

фармацевтического маркетинга

Введение

В предыдущей главе мы обсудили широкий спектр факторов внешней среды, влияющих на фармацевтический рынок. В этой главе мы исследуем практические действия маркетологов фармацевтического рынка, предпринимаемые в ответ на текущие и ожидаемые изменения в окружающей среде.

Выше были затронуты многие аспекты внешней среды, хотя, безусловно, не все. К тому же среда меняется, часто без малейшего предупреждения для неосведомленных. Готовность к изменениям внешней среды, способность тщательно оценить текущую ситуацию — вот основные требования к профессионалам маркетинга.

С.К. Джейн (S.C. Jain) описал подход «от среды» как одно из философских направлений, с позиций которых оцениваются маркетинговые планы и состояние рынка. Этот подход «изображает принимающее маркетинговое решение лицо в центре бесчисленного числа внешних сред, внутри которых компания работает и которые влияют на успешность ее маркетинговых программ»¹. Конечно, есть и другие подходы, но, поскольку мы выбрали этот, давайте посмотрим, что он позволяет делать.

Анализ среды, используемый для наших целей, может иметь две основные формы:

- ✦ общий анализ всей среды;
- ✦ специальный анализ, обычно называемый исследованием рынка.

Общий подход может включать шаги, описанные С.К. Джейном².

1. **Наблюдение за общими тенденциями среды.** Например, в таких сферах, как самообслуживание, профилактика, внедрение информационных технологий.

2. **Оценка «уместности» каждой тенденции**, т.е. ее отношение к отрасли. Так, использование персональных компьютеров, расширившее возможности бизнеса, совершенно уместно. Трудно, хотя и возможно, обнаружить тенденцию, не имеющую никакого отношения к фармацевтике.
3. **Оценка воздействия тенденции на ваш рынок или даже на отдельный продукт.** Ради шутки проиллюстрируем этот шаг тенденцией моды на лысину. Даже если такая тенденция кратковременна, она может существенно повлиять на тех, кто системно отращивает волосы.
4. **Прогнозирование направления и длительности тенденции.** Мода на отсутствие волос на голове в потенциале может, конечно, по-разному влиять на восприятие человеческого тела. Насколько это реально и как долго будет длиться? (Это особенно важно для людей, проживающих в местностях с холодным климатом.)
5. **Оценка характера тенденции** — это постепенное, но серьезное изменение, или это быстрое изменение с большой вероятностью его затухания?
6. **Несет ли тенденция новые возможности?** В случае с лысиной будет ли иметь смысл системная повсеместная депиляция (особенно если тенденция обратима)?
7. **Что это значит для корпоративной стратегии?** Должна ли компания бороться с тенденцией или следовать ей?³

Каждый из этих шагов вызовет еще больше новых стратегических вопросов. Чуть позже мы уделим серьезное внимание исследованиям рынка как одному из важнейших действий фармацевтической отрасли в процессе «сканирования» окружающей среды, но прежде бегло взглянем на другие техники оценки среды. С. Джейн предлагает следующие техники общего анализа:

- ❖ **Техника экстраполяции.** Подразумевается использование сделанных ранее прогнозов для оценки ситуации в будущем. Эта техника зачастую богата сюрпризами, но если тенденция стабильна, то такая вещь, как регрессионный анализ, может быть полезной.
- ❖ **Историческая аналогия.** Изучение того, что произошло в прошлом после наступления определенных событий. Примером может служить сокращение торгового персонала в ответ на изменение внешних условий. Хотя аналогичные процессы всегда сопровождалось увеличением количества персонала.
- ❖ **Интуитивные умозаключения.** Что может предложить интуиция, «не ограниченная предыдущим опытом и личными пристрастиями»? Это как раз то, что дает заработок консультантам.
- ❖ **Построение сценариев.** Системные построения типа «что если» или «если это, тогда то». Оценка возможностей — важная часть процесса.

- ✚ **Матрицы взаимного влияния.** Эта техника позволяет анализировать два противоречивых варианта развития событий.
- ✚ **Морфологический анализ.** Анализируются все возможные пути достижения цели для выработки оптимального решения.
- ✚ **Сетевые методы.** Построение дерева непредвиденных ситуаций и дерева относительной важности задач. В первом случае с помощью логических рассуждений графически отображаются тенденции развития среды с альтернативными последствиями. Дерево относительной важности задач отображает степень важности различных ветвей.
- ✚ **Построение моделей.** Широко применяется, особенно консалтинговыми компаниями. Эта техника использует дедуктивные и индуктивные методы для определения возможных разнообразных последствий принятия стратегических решений.
- ✚ **Метод Дельфи.** Как и предыдущий метод, он применяется в фармацевтике, но наиболее часто его используют для «предсказания» будущего. В общем виде метод требует отбора группы «экспертов» для оценки возможности наступления определенных событий. Часто, но не всегда эксперты сообщают также о степени компетентности (о том, насколько они имеют право называться «экспертами»), с которой они могут делать прогнозы. Для выведения общего результата прогнозы экспертов делаются повторно и оцениваются другими экспертами из той же группы (по кругу)⁴.
- ✚ **Контент-анализ** (не из списка Джейна). Используется системный анализ печатных материалов для обнаружения тенденций. Именно с помощью этой техники создан бестселлер Megatrends*. Основное положение контент-анализа: печатная продукция (т.е. газеты, журналы) отражает будущие события или влияет на них.

Маркетинговые исследования и исследования рынка как вид «сканирования» среды

Для фармацевтической отрасли «сканирование» окружающей среды может простираться от макроанализа (например, анализ формирования тенденции к самолечению, политических течений) до микроанализа (оценка тенденций и ситуации на конкретном рынке). Именно на микроуровне отрасль богата информацией. Трудно назвать другую отрасль, дающую и потребляющую такое огромное количество

* Джон Н. Мегатренды. М., АСТ, 2003.

информации о составляющих ее рынках (внутренний круг на **рис. 2.1, глава 2**), как фармацевтическая*.

Что бы в каждой конкретной ситуации ни означал термин «рынок», знание его размера и показателей роста — основные требования бизнеса. Управленческому персоналу необходимо знать характеристики рынка, где компания уже присутствует или на который намерена выйти.

Этот подход в приложении к конкретному рынку стал наиважнейшим требованием к бизнесу. По этой же причине «исследование рынка» предшествует более широко понимаемому «маркетинговому исследованию». После того как рынки уже определены и оценены в результате исследования, непременно возникает потребность в маркетинговых исследованиях. Хотя оба термина часто употребляются как взаимозаменяемые, полезно отделить **исследования рынка** (определение и оценку качественных и количественных характеристик рынка) от **маркетинговых исследований** (анализа эффективности воздействия на рынок различных маркетинговых усилий компании и ее конкурентов).

Другое полезное разграничение — **отличие между первичными и вторичными исследованиями и источниками информации**. Это разграничение проиллюстрировано на **рис. 3.1**.

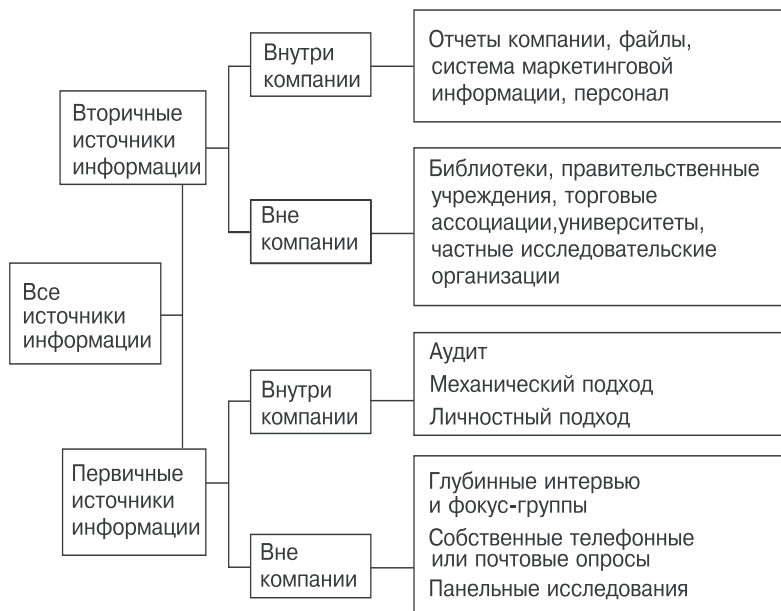


Рис. 3.1. Типы источников маркетинговой информации

* Этот раздел содержит свободные заимствования из книг: *Principles of Pharmaceutical Marketing, Third Edition Chapell S.C. and Smith M., Eds. Binghampton, NY: The Haworth Press 1988; pp. 115-138; Smith M.C., Pharmaceutical Marketing: Strategy and Cases. Binghampton, NY: The Haworth Press 1991; pp. 110-150.*

Учитывая рынок, который обслуживает фармацевтическая отрасль, ее можно назвать, пожалуй, самой богатой в информационном отношении по сравнению с другими отраслями. Как следствие, фармацевтика — один из искуснейших, если не самый искусный пользователь информации, полученной в ходе исследования рынка и маркетинговых исследований. Это богатство данных о состоянии фармацевтического рынка в большой степени стало следствием уникальности процессов фармацевтического маркетинга, описанного в **главе 1**.

Мы помним, что фармацевтические компании производят и продвигают два типа продуктов: рецептурные препараты, которые потребители могут получить только после представления рецепта, выданного дипломированным врачом; безрецептурные препараты, которые можно приобрести без рецепта. Главная целевая аудитория для маркетинговых усилий по продвижению рецептурных препаратов — не конечные потребители, а сообщество врачей по всей стране. Другой целевой группой в этом случае является сообщество работников аптек по всей стране, и эта группа приобретает все большую важность из-за ее возрастающей роли в процессе принятия решения, особенно для предложения пациенту конкретной марки препарата. Однако и здесь внимание сконцентрировано на посреднике, а не на конечном потребителе, хотя ситуация в этом плане меняется, о чем будет сказано ниже.

Работа с рецептурными препаратами, выдаваемыми населению, имеет особенности. Для их хранения и продажи требуется специальная лицензия, поэтому продажа рецептурных препаратов населению сосредоточена в руках относительно небольшого круга аптек по всей стране, особенно по сравнению со значительно большим числом розничных торговцев и их каналов, которые существовали бы в случае с каким-либо другим потребительским товаром.

Уникальность ситуации и в том, что, как было сказано ранее, приобретение этих продуктов потребителем требует наличия разрешения врача в форме письменного рецепта, т.е. ведется запись каждой сделки, включая продажу рецептурных препаратов или распределение их среди пациентов, и эти записи содержат детальную информацию о пациенте, враче, аптеке и продукте. В результате решение о выборе лекарства и физическом перемещении продукта на рынке рецептурных препаратов фактически находится в руках горстки людей.

Численность дипломированных врачей в Соединенных Штатах составляет примерно 500 тыс. человек, а зарегистрированных фармацевтов — примерно 150 тыс. человек. В стране действует около 55 тыс. розничных аптек и немногим более 7 тыс. больниц. Сравните эти цифры, например, с потенциальным рынком потребительских товаров, состоящим из порядка 100 млн. человек, принимающих



→ *решение, а также со многими сотнями и тысячами каналов, через которые эти товары могут реализовываться, учитывая скромное количество записей, касающихся принятия решений и продаж.*

Эти примеры, а также прочие уникальные аспекты маркетинга рецептурных препаратов очень важны при сборе информации о рынке. Практически не составляет труда найти врачей, фармацевтов, аптеки или больницы — из-за требования пройти профессиональное обучение все они в развитых странах вносятся в постоянно обновляющиеся списки того или иного рода. Более того, число участников той или иной группы известно с очень небольшим отклонением от истины. Человек, желающий узнать численность врачей в стране, не нуждается в том, чтобы проводить исследование на эту тему. А теперь сравним эту ситуацию с той, в которой оказывается исследователь, имеющий намерение узнать численность потребителей кофе и с этой целью проводящий исследование потребителей кофе.

Доступна и информация о типе, размере и расположении аптек. Больницы идентифицируются по типу, числу коек, связям с исследовательскими учреждениями и наличию определенных видов оборудования. На потребительском рынке предварительная характеристика объектов исследования обычно недоступна.

Облегчает исследование фармацевтического рынка и относительная однородность разных групп участников рынка. Так, все врачи и фармацевты получают примерно одно и то же базовое образование. Между отдельными врачами нет разительных социально-экономических различий, как это часто бывает на потребительских рынках. Большинство субъектов сферы здравоохранения являются профессионалами, которые стремятся общаться со своими коллегами на внутри- и межгрупповом уровне более эффективно, чем средний потребитель. Обычно сходство способа мышления и деятельности членов группы облегчает ее изучение.

Кроме того, вести исследование рынка рецептурных препаратов несколько проще, чем изучать потребительский рынок, поскольку большинство принимаемых основными его участниками решений основано на знаниях, а не на эмоциях.

Наконец, на разных этапах исследования фармацевтического рынка исследователь не должен искать или создавать записи, касающиеся отдельного решения или действия. Как показано выше, такие записи — необходимое условие для проведения любой сделки, будь то продажа или выписка препарата потребителю.

Короче говоря, многочисленные уникальные характеристики маркетинга рецептурного препарата так или иначе приводят к сокращению или снижению многих затрат и усилий, которые обычно связаны с исследованием рынка. И основная причина — доступность огромного массива информации о ситуации на рынке рецептурных препаратов.

Конечно, не должно создаться впечатление, что исследование фармацевтического рынка — простейшее предприятие. Некоторые

преимущества по сравнению с другими отраслями все же не исключают многочисленные специфические аспекты фармацевтического маркетинга, создающие трудности для исследователя. Например, при создании аптечной выборки нужно учитывать различие между аптеками, торгующими по разным схемам. Некоторые из них имеют в ассортименте лишь несколько рецептурных препаратов, однако демонстрируют исключительно высокие объемы продаж. Другие же делают совсем небольшие продажи в дополнение к реализации препаратов по рецептам, выдаваемым несколькими сотнями врачей. Случайная статистическая выборка аптек не обязательно может послужить репрезентативной выборкой, необходимой для исследования рынка рецептурных препаратов.

Эти и другие трудности привели к образованию множества компаний, специализирующихся на анализе фармацевтического рынка, его маркетинговых исследованиях или посвящающих этому как минимум часть своего более широкого бизнеса. Большая часть информации о рынке лекарств собрана именно такими компаниями. Интерпретация этих данных в сочетании с анализом корпоративных данных фирм, действующих на этом рынке, составляет основную часть затрат времени и усилий маркетологов. Это не означает, что они никогда не заказывают и не осуществляют собственные проекты по сбору информации, но все же основная задача стратегов маркетинга — это сведение воедино внутренних данных компании, информации из открытых источников и результатов исследований на заказ.

Вторичная информация коммерческих поставщиков

Множество услуг по анализу фармацевтического рынка, маркетинговым исследованиям предлагают независимые исследовательские компании (агентства, поставщики аналитических услуг). В России такие компании появились в 90-е годы прошлого века, а на Западе многие из этих компаний действуют с 1950-х годов.

Услуги, предоставляемые независимыми исследовательскими компаниями, обычно делятся на две большие категории: готовые (мультиклиентные) и сделанные на заказ (индивидуальные). В первом случае услуги оказываются большому числу подписчиков, все они получают одинаковую информацию. Исследования на заказ проводятся для одного клиента, для его специфических нужд. Результаты исследования получает только заказчик услуги (проекта).

Периодические и продолжающиеся исследования

Можно выделить семь основных типов продолжающихся, или постоянных, исследований (аудитов) фармацевтического рынка:

1. исследование закупок розничных аптек;
2. исследование закупок больничных аптек;

3. исследование складских отгрузок;
4. исследование выдачи лекарств по рецептам в розничных аптеках;
5. панельные исследования врачей;
6. анализ рекламы;
7. исследование розничной торговли.

Как правило, эти исследования охватывают всю территорию страны, каждое исследование затрагивает один аспект фармацевтического рынка и проводится на регулярной, периодической основе (раз в месяц, раз квартал и т.д.). За некоторым исключением, о котором мы скажем позднее, эти исследования представляют собой измерение деятельности в единицах (денежных суммах, количествах рецептов и визитов врачей и пр.). Это позволяет оценить данные выборки, сделанной так, чтобы получить достоверное отражение изучаемого населения или групп (врачей, больниц, аптек). Обычно данные представляются на уровне продукта. Затем они группируются по терапевтическим категориям или по производителям и, наконец, преобразуются в общие цифры, касающиеся всего рынка. Информация об объеме рынка обычно дополняется оценкой его доли и прогнозами.

Исследования закупок розничных аптек

Оценка закупок фармацевтических препаратов розничными аптеками представляет собой исследование входящих потоков — поступлений продуктов напрямую от производителя или дистрибьютора в аптеку. В противовес ему, исследование исходящих потоков — лекарств, выдаваемых по рецептам в розничных аптеках, — охватывает перемещение продуктов из аптеки в руки потребителя. Теоретически разницу между входящим и исходящим потоками на определенный момент времени составляют складские запасы аптеки. Исследование закупок лекарств розничными аптеками охватывает не только рецептурные, но и безрецептурные препараты.

Исследования закупок больничных аптек

По методике, стилю и форме этот аудит аналогичен исследованию розничных аптек. Разница лишь в том, что предметом исследования являются закупки лекарственных средств больницами.

Исследования складских отгрузок

Эта услуга предполагает анализ деятельности оптовых торговцев фармацевтическими препаратами, а также работы сетевых аптечных складов. При этом измеряются исходящие потоки или отгрузки со складов, т.е. фактически то же, что при исследовании входящих

потоках в аптеке или больнице. Услуга практически аналогична вышеописанным исследованиям, что может вызвать вопрос о целесообразности проведения обоих типов исследований. Однако некоторые различия действительно все же есть. Исследование закупок касается всех закупок аптеки или больницы, сделаны ли они напрямую у производителя или у оптовика. Исследование же складских отгрузок сосредоточено только на оптовом звене, прямые закупки от производителя не учитываются.

Кроме того, исследование аптечных закупок базируется на выборке больниц и аптек, а изучение складских отгрузок касается складской деятельности на фармацевтическом рынке. Объем данных, получаемых в ходе таких исследований, огромен, особенно по сравнению с информацией, приобретаемой в результате исследования аптечных закупок. Такая масса данных позволяет выделить и проанализировать небольшие сегменты рынка, например, отдельные регионы продаж. Это особенно важно при определении потенциальных объемов продаж на конкретной территории и выборе средств для изменения положения компании на этой территории, а также при оценке эффективности разных схем продаж.

Исследования выдачи лекарств по рецептам в розничных аптеках

Исследование проводится для измерения потока рецептурных препаратов, выдаваемых аптекой на руки потребителям. Информация о выдаче рецептурных препаратов является наиболее чувствительным индикатором положения рецептурного препарата на рынке. Рецепт — это всего лишь запись, он не выражает мнения, отношения или спекуляции со стороны врача. Обычно врачи коллективно меняют свое мнение об отдельном препарате или группе препаратов, и эти изменения автоматически регистрируются в файлах для хранения рецептов в аптеках. Рецепты также отражают то, что можно назвать «потребностью». Сведения об аптечных закупках могут отражать, например, объем закупок антибиотиков в августе, в преддверии «сезона антибиотиков», простудных заболеваний. Однако эти сведения, конечно, не отражают реальной текущей потребности врачей в антибиотиках.

Для большинства маркетологов данные о выдаче рецептурных препаратов являются и лучшим индикатором эффективности маркетинговой и рекламной деятельности, направленной на привлечение новых потребителей. Если посмотреть на данные о закупках некоего антигипертензивного препарата, то совершенно невозможно отделить деньги, уплаченные за него новыми потребителями, от тех средств, что заплатили больные, уже принимавшие этот препарат. Однако данные о выдаче этого лекарства по первичному рецепту весьма точно отражают ситуацию с привлечением новых потребителей препарата.

Существует две основные методики сбора данных для продолжающихся групповых исследований выдачи рецептурных препаратов. Одна методика основана на выборке розничных аптек, персонал которых ведет записи о рецептах, полученных аптекой. Другая методика использует преимущества аптечной системы записи рецептов и выделяет необходимую информацию из общего объема, хранящегося в компьютере. Каждая методика имеет достоинства и недостатки.

Данные аптечной системы записи рецептов обширны, их легко получать и обрабатывать. Однако они содержат информацию только том, что выдано аптекой.

Методика, основанная на записях персонала аптеки дает меньший объем информации и требует значительно больших усилий по сбору и обработке, но содержит информацию и о том, что выписал врач, и о том, что выдал фармацевт. Данные о рецептах доступны как на национальном, так и на местном уровне, что позволяет производить анализ более детально с точки зрения географии.

Панельные исследования врачей

Хотя большая часть описанных до сих пор услуг в основном ориентирована тем или иным образом на описание передвижения товара, врачебная панель как бы идет дальше в отображении использования лекарственных средств с учетом множества переменных.

Делается статистическая выборка врачей. Каждого врача из выборки просят предоставить специфическую информацию о каждом пациенте, осмотренном за определенный отчетный период. Необходимая информация включает диагноз, характеристики пациента, место визита, лекарства, если таковые использовались для лечения пациента, а также ожидаемое действие этих лекарств. Полученные в результате такого исследования данные помимо простых оценок масштаба и тенденций в использовании препаратов позволяют определить: состояния, при которых используется препарат; специальности врачей, назначающих данное лекарство; частоту назначения; тип пациента и пр.

Другой тип врачебной панели проводится для сбора ежедневных выписок новых рецептов у отдельных врачей. Собираемые в течение длительного времени данные отражают изменения в привычках выписывания рецептов врачами или группами врачей, основанными на специальности, возрасте, типе практики и объеме выписываемых препаратов. Эти данные часто используются для отслеживания новых препаратов, поскольку врачи оцениваются в них по определенным характеристикам и ведется запись того, выписывают ли они препарат, и когда начали это делать, в каких объемах, на какой курс лечения, и каким образом замещают им прежние аналоги, если они имели место.

Есть еще один вид врачебной панели, охватывающий меньший спектр информации об использовании лекарств или диагнозах, но зато

предоставляющий более детальную информацию по остальным параметрам.

Анализ рекламы

Имеется в виду мониторинг трех видов деятельности по продвижению продукта: визитов медицинских представителей, рекламы в журналах и прямой рассылки рекламных материалов.

Информация о работе медицинских представителей, направленной на практикующих врачей, а также о прямой рассылке рекламных материалов этой группе врачей собирается из отчетов, представляемых врачами из выборки и содержащих информацию о соответствующих видах продвижения лекарств.

Существует также исследование посещений медицинскими представителями фармацевтов.

Объем средств, потраченных фармацевтическими компаниями на размещение рекламы в профессиональных журналах, отслеживается для всей отрасли. Оценка делается на основании расценок всех изданий, которые размещают рекламу рецептурных лекарственных средств. Этот вид исследования используется все реже.

Исследования розничной торговли

Исторически сложилось так, что в первую очередь этот вид исследований проводился для безрецептурных препаратов. Одна из формул оценки розничной торговли может быть описана как «запасы на начало периода плюс закупки минус запасы на конец периода». В отличие от большинства описанных выше исследований, охватывающих «все продукты, все категории», данный аудит в целях оптимизации затрат времени и средств проводится для отдельных препаратов, интересующих заказчика этой услуги.

Мы описали основные типы продолжающихся (постоянных) исследований, обычно представляющих интерес для маркетолога, который работает на фармацевтическом рынке. Хотя каждое из исследований имеет свою цель и назначение, вы уже понимаете, что полученная в результате информация помогает решить главную задачу. Например, аудит аптечных закупок дает сведения об объемах закупок в упаковках и долларах на уровне аптеки, что позволяет проводить анализ ценообразования. Основная задача исследования выдачи рецептурных препаратов — подсчет рецептов, выписанных на каждый конкретный препарат, однако в результате можно получить также информацию о ежедневной дозировке препарата, его розничной цене, а также о количестве упаковок, приобретенных пациентом.

За последние годы сделан большой шаг вперед в технологии сбора информации, получаемой в ходе отдельных исследований, что

позволяет составлять общую базу данных, которая дает практически неограниченные возможности для исследования взаимосвязей.

Другие коммерческие информационные услуги

Маркетологам, работающим на фармацевтическом рынке, предлагается широкий спектр услуг в области мультиклиентных или индивидуальных исследований. В США основным посредником при оказании таких услуг является Объединение по исследованиям фармацевтического рынка (Pharmaceutical Marketing Research Group) — союз профессиональных исследователей, работающих для фармацевтических компаний.

Разнообразие исследовательских услуг огромно. Нуждающиеся в таких услугах компании имеют чрезвычайно обширный (возможно, даже сбивающий с толку) выбор предложений. Вот их неполный список:

- ✦ анализ дистрибуции;
- ✦ аудит срока годности;
- ✦ оценка имиджа рынка;
- ✦ узнаваемость марки;
- ✦ измерение отношения;
- ✦ исследование выдачи лекарств по рецептам;
- ✦ исследование готовности к выписке;
- ✦ исследование корпоративного имиджа;
- ✦ исследование привычек;
- ✦ исследование СМИ;
- ✦ исследование упаковки;
- ✦ исследование эффективности рекламной компании;
- ✦ исследование эффективности работы торгового персонала;
- ✦ анализ историй болезни;
- ✦ личные опросы;
- ✦ магазинные опросы;
- ✦ многомерная статистика;
- ✦ оценка имиджа марки;
- ✦ отслеживание перемещения препаратов;
- ✦ оценка выборки;
- ✦ панельные исследования;
- ✦ анализ позиционирования продукта;
- ✦ почтовые исследования;
- ✦ сегментация рынка;
- ✦ составление анкеты;
- ✦ телефонные опросы;
- ✦ тестирование концепции;

- ✎ тестирование копии;
- ✎ тестирование названия;
- ✎ тестирование рекламного плана;
- ✎ фокус-группы.

Кроме результатов исследования рынка маркетологам и аналитикам доступен огромный объем дополнительной информации — о лекарствах, о населении и пр. Вот некоторые издания, публикующие общую или специальную информацию, а также справочники:

Зарубежные источники	Российские источники
Новости и обзоры рынка	
<i>The Pink Sheet; Scrip; MedAd News; Medical Marketing and Media; Pharmaceutical Executive</i>	<i>Фармацевтический вестник; Ремедиум</i>
Общая информация о заболеваниях и лекарствах	
<i>Merck Manual; Merck Index; AMA Drug Evaluations; Facts and Comparisons; Remington's Practice of Pharmacy</i>	Государственный реестр лекарственных средств; Справочник Машковского; Регистр лекарственных средств; Справочник Видаль
Демографические данные, медицинская статистика	
<i>The Journal of the American Hospital Association: Annual Guide; United States Census Data; The Statistical Abstract of the United States</i>	Российский статистический ежегодник; Ежегодные статистические отчеты Минздрава России

Результаты оригинальных первичных исследований публикуют такие научные издания, как *The Journal of Pharmaceutical Marketing and Management*, *The Journal of Research in Pharmaceutical Economics* и *Pharmacoeconomist*.

Кабинетные маркетинговые исследования рынка

Изобилие предложений по анализу рынка и маркетинговым исследованиям может создать впечатление, что у компаний нет нужд, которые не были бы охвачены этими предложениями, и что функции аналитических отделов компаний сводится лишь к анализу полученных на стороне данных. Это не так. Множество исследований иницируется и осуществляется персоналом компании. Иногда это делается для сохранения конфиденциальности, в других случаях персонал компании может обладать в определенной области большими знаниями, чем сторонние исследователи. Бывает потребность в корреляции результатов исследования с другими данными компании, а это обычно легче делать своими силами. Наконец, использование

собственного персонала может быть более выгодно с финансовой точки зрения. Анализ внутренних данных компании, таких как поставки с завода, затраты на продвижение и отметки о визитах медицинских представителей, также часто входят в зону ответственности аналитического отдела. Еще одно важное направление деятельности такого отдела — анализ данных, предоставленных независимыми исследовательскими компаниями в рамках специальных проектов.

Использование результатов исследований

Описанные выше услуги были названы нами анализом рынка, маркетинговыми исследованиями, маркетинговыми услугами, а полученные в результате данные — информацией. Хотя эти данные, призванные отражать и оценивать рыночную ситуацию с тех или иных позиций, наверняка имеют особую важность для маркетолога, широта их использования целиком зависит от отдела маркетинговых исследований. Надо отметить, что в этих данных нуждается практически каждое подразделение фармацевтической компании.

Например, один из важнейших стратегических вопросов, с которыми сталкиваются компании, — планирование научно-исследовательских разработок. Какое заболевание или продукт оправдывают долгосрочные инвестиции в научно-технические разработки? Какова вероятность быстрого вывода продукта на рынок? Маркетинговые данные могут использоваться в процессе такого планирования для оценки объема рынка и его потенциальных возможностей роста, для определения того, насколько доступно лечение, в каких случаях оно эффективно, но не используется, и что следует делать для совершенствования терапии. Возможность быстрого вывода продукта на рынок подтверждается анализом данных, помогающих определять ниши, перспективные для компании. Например, рынок обезболивающих препаратов очень емкий. Однако некоторые компании приняли верное решение сконцентрировать свои исследовательские усилия на отдельном сегменте этого рынка, например, на средствах для купирования приступов мигрени. Аналогично компании достигали успеха, заняв на рынке средств для лечения респираторных заболеваний нишу специальных препаратов для лечения синуситов. Анализ данных помогает также определить сегменты рынка, где применение более удобной формы выпуска или дозировки может дать дополнительные выгоды как потребителям, так и компаниям.

Эти данные могут быть полезны для совершения успешных открытий в ходе научно-технических разработок. Должна ли компания, обнаружившая новое химическое соединение, эффективное при лечении определенного заболевания, продолжать его изучать? Принять решение помогает информация о частоте этого заболевания, потенциальном объеме рынка, а также перечень уже существующих

препаратов той же направленности. Надо отметить, что объем рынка, его потенциал — основные и обязательные критерии для принятия решения о продолжении исследований продукта как для запланированных, так и для случайных результатов исследований. При этом существуют компании, которые продвигают препараты для лечения небольших групп пациентов.

Также необходимо отметить, что реальный потенциал рынка подвержен воздействию нескольких переменных. На **рис. 3.2** показано, насколько теоретический потенциал рынка может отличаться от того объема, который в конечном итоге сложится в реальности.

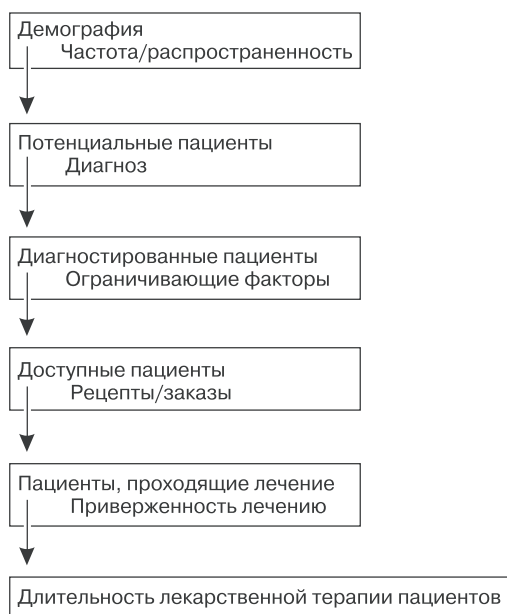


Рис. 3.2. Движение от теоретического к реальному потенциалу рынка

Маркетинговая информация используется и при планировании клинических испытаний. Если препарат эффективен при более чем одном заболевании, то данные относительно важности разных заболеваний помогут определить, для каких еще заболеваний будут проводиться клинические испытания. Компании смогут определить комбинацию сведений (регион, время года, специальность врача), которые соответствуют наибольшему числу пациентов с конкретным заболеванием.

Учитывая, что препарат предстоит вывести на рынок или он уже там присутствует, производственному подразделению компании нужна информация о том, сколько препарата должно быть произведено. Для этого также могут быть использованы данные о состоянии рынка. Например, потребность в образцах для врачей, влияющую на общее количество упаковок, часто определяют на

основании анализа действий конкурентов по предоставлению образцов, их рекламной деятельности.

Отделы корпоративного развития опираются на аналитические данные в оценке потенциала компании, возможностей приобретения или лицензирования продукта. Финансовое и юридическое подразделение тоже не пренебрегают рыночной информацией для использования ее в своих целях.

И все же чаще всего эти данные используют маркетинговые подразделения компаний. Одна из важнейших сфер применения аналитической информации — подготовка к запуску препарата на рынок. В основном используются сведения о рынке, на который предстоит вывести препарат. Для успешного маркетинга продукта нужно обладать огромным объемом разнообразной информации:

- ✦ врачи каких специальностей занимаются лечением заболеваний данной категории?
- ✦ являются ли больницы важным сегментом рынка?
- ✦ каковы характеристики пациентов?
- ✦ каково текущее состояние рынка с точки зрения конкуренции?
- ✦ каким образом конкуренты продвигают свою продукцию?
- ✦ есть ли на данный момент незаполненные сегменты рынка?
- ✦ как врачи оценивают предлагаемый продукт, а также преимущества и недостатки уже имеющихся на рынке лекарств.

Рекламный отдел изучает разные источники информации, чтобы определить, каких пациентов врачи считают типичными для заболевания, при котором будет использоваться данный препарат.

Если продукт уже выведен на рынок, использование аналитической информации сводится в основном к отслеживанию его положения по всем рыночным показателям. Например, для оценки положения препарата самого по себе, а также по отношению к рынку непрерывно анализируются: объемы продаж препарата, информация о выписке рецептов, как препарат используется в зависимости от специальности врача, диагнозы заболеваний, при которых назначается препарат, географические факторы и пр. Естественно, что такой мониторинг требует дополнительных исследований, и изучение рынка делает новый виток.

Чрезвычайно динамичная природа фармацевтического рынка в соединении с все возрастающей способностью аналитиков собирать факты приведут в будущем к тому, что вклад исследований рынка в фармацевтическую отрасль будет все более и более значительным. Хотя фармацевтическая отрасль на самом деле богата информацией, большая часть которой используется и сейчас, есть множество потребностей, которые будут осознаны позже.

Кто мы такие? Кто нас окружает?

В этом разделе мы рассмотрим отдельные аспекты внутренней среды и конкурентной среды отраслевого рынка (**рис. 2.1**).

Кто мы такие?

У нас нет недостатка информации о том, каким образом фармацевтические компании (или, по крайней мере, их руководители) отвечают на этот вопрос. В течение нескольких лет в *Pharmaceutical Executive* публиковались статьи, в которых лидеры отрасли описывали корпоративную философию и планы в пространных, но иногда очень специфических выражениях. Основываясь на этом и других источниках, таких как корпоративные годовые отчеты, можно проникнуть в суть процесса анализа внутренней среды.

Анализ внутренней среды компании может простирается от легкомысленных комментариев управляющих, опубликованных в журнальных статьях, до анализа инвестиций или более формального изучения, такого как **SWOT-анализ или портфельный анализ**.

Аббревиатура SWOT означает систематический обзор сильных (strengths) и слабых (weaknesses) сторон компании, а также возможностей (opportunities) и угроз (threats) среды. Этот анализ может и должен проводиться регулярно персоналом компании, однако чаще его делают сторонние, по-видимому, более объективно настроенные организации.

O.T.C. Update, издаваемый Nicholas Hall & Company, регулярно публиковал результаты SWOT-анализов компаний, производящих безрецептурные препараты. Пример такого анализа приведен в **табл. 3.1**. По мнению аналитиков, компания Procter & Gamble в 1997 году обладала не только безусловно сильными сторонами и возможностями, но и некоторыми слабыми сторонами, а также у нее имелись угрозы. Подобный SWOT-анализ может быть сделан для выявления областей, требующих немедленного вмешательства, но его главная ценность состоит в том, компания получает основу для планирования своей деятельности.

Таблица 3.1.
SWOT-анализ компании Procter & Gamble

Сильные стороны	Наличие мощных мировых брендов Достижение критической массы в США, Германии и Великобритании Проникновение на развивающиеся рынки Компетентность в области потребительского маркетинга Стремление стать участником рынка продуктов для здравоохранения
Слабые стороны	Недостаточное количество препаратов на стадии разработки Несогласованность действий при переключении с рецептурных препаратов на безрецептурные Отсутствие линии анальгетиков или пищевых добавок Перегруженность рынка, близость к насыщению рынков США и Европы

Продолжение ↓



Возможности	Лицензирование или приобретение в США новых безрецептурных или рецептурных препаратов с хорошим рыночным потенциалом Выход на развивающиеся рынки Ускорение научно-исследовательских разработок Пересмотр портфеля безрецептурных препаратов для концентрации усилий на основных брендах
Угрозы	Возможность неудачи в поисках партнера для переключения разработок с рецептурных препаратов на безрецептурные Парные марки отнимают силы в пользу конкурентов Перемещение центра внимания на рецептурные препараты в ущерб инвестициям в безрецептурные продукты

Аналогом SWOT-анализа является «портфельный анализ». Наиболее известная методика такого анализа была разработана The Boston Consulting Group (BCG) и основывается на матрице. Первоначально эта матрица состояла из четырех категорий продуктов, связанных с динамикой продаж и той долей рынка, которую они занимают.

- ✦ **Звезды** — лидеры быстрорастущего рынка. Большие прибыли часто нивелируются большими reinvestициями. Тем не менее звезды обладают реальной возможностью генерировать прибыль.
- ✦ **Дойные (денежные) коровы** генерируют денежные потоки, поскольку занимают большую долю рынка и сами испытывают ограниченную потребность в инвестициях. Низкий уровень роста рынка для них не проблема. Они являются базой, от которой зависит все остальное (как Биг Мак в МакДоналдс)⁵. Их необходимо защищать. Типичный пример дойной коровы — Premarin (Премарин).
- ✦ **Трудные (проблемные) дети, или Вопросительные знаки**, занимают небольшую долю на растущих сегментах рынка. Стратегия для них очевидна: увеличивать долю рынка. Но как это сделать, сколько усилий и средств на это потратить? Эта категория — настоящее испытание для стратегов маркетинга.
- ✦ **Собаки** обладают малой долей на слабо растущих рынках. Что делать? Убить их? Продать тому, кто сможет изменить их статус? Эта категория также предоставляет маркетологам возможность испытать свои профессиональные способности, однако, без лишнего энтузиазма.

Новый подход к использованию матрицы BCG и детальное описание того, как применять «портфельный анализ» при выработке маркетинговой стратегии можно найти в текстах по общему маркетингу.

Другие — кто они?

Это конкуренты! Они угрожают нашим продажам и прибылям, иногда не имея об этом понятия, но чаще потому, что четко определили нашу компанию как своего конкурента.

В условиях свободной рыночной экономики каждая компания стремится превзойти конкурентов по всем параметрам. Конкурент похож на врага. Чтобы выявить конкурентов, компания должна верно оценивать свое положение с точки зрения «вооружения и амуниции» — навыков маневрирования, готовности реагировать на угрозы и т.д. Для получения адекватной информацией о конкурентах компании нужна хорошо налаженная разведывательная сеть.

Кто бы и когда бы ни говорил что-либо о конкуренции, внимание обычно акцентируется на ценах, качестве продукции, дистрибуции и других маркетинговых переменных. Однако для выработки правильной стратегии нам необходимо отказаться от тактических маркетинговых приемов, оставив их для конкурентов. Простое знание о том, например, что конкурент снижает цены, ничего не дает. Мы должны знать значительно больше: как далеко конкурент готов пойти по пути снижения цен. Для этого, безусловно, нам нужно знать структуру затрат конкурента.

Оценить степень конкуренции помогает отделение естественной конкуренции от стратегической.

Естественная конкуренция — эволюционный процесс, в результате которого выживает компания, оказавшаяся сильнейшей в данных условиях рынка, а самый слабый соперник погибает. В бизнесе это означает, что две компании, одинаково ведущие один и тот же бизнес, не могут вечно сосуществовать на равных на одном рынке. Чтобы выжить, каждая компания должна определить, в чем заключается уникальность, отличающая ее от конкурентов.

Стратегическая конкуренция, напротив, ничего не оставляет на волю случая. Брюс Хендерсон (Bruce Henderson) из BCG определил ее как «обдуманное развертывание ресурсов, основанное на высоком уровне понимания системных причинно-следственных связей в системе бизнеса»⁶. Для успеха в стратегической конкуренции требуется следующее:

- ✦ адекватный объем информации об окружающей среде;
- ✦ создание структуры для анализа динамической интерактивной системы;
- ✦ наличие капитала для инвестиций (отказ от немедленного распределения прибыли);
- ✦ стремление использовать основные ресурсы для достижения необратимых результатов;
- ✦ способность предсказать последствия своих действий даже при недостатке исходной информации.

Уровень конкуренции на рынке зависит от действий и противодействий компаний. Обычно конкуренция начинается с усиления

активности одной компании, которая пытается занять на рынке лучшие позиции, используя соответствующие стратегии. Это может таить в себе угрозу для конкурентов, и для защиты своих интересов они вынуждены применять контрстратегии.

Важное звено в формировании маркетинговой стратегии — **сбор информации о конкурентах**. Генерал не станет отдавать никаких приказов без полного знания положения и намерений врага. Таким же образом, прежде чем предпринимать какие-либо действия, компания должна знать перспективы своих конкурентов. На фармацевтическом рынке есть множество источников информации о конкурентах. Степень активности в продвижении того или иного продукта можно оценить с помощью анализа рекламной деятельности. Легко отслеживается и практика ценообразования. Даже о препаратах, находящихся в стадии разработки, легко узнать задолго до их появления на рынке. В этом заключается и благословение, и проклятие отрасли, имеющей такую высокую степень регулирования.

Отраслевой экономист Ти Дао (Thi Dao) описал эволюцию конкуренции на фармацевтическом рынке как движение от всеобщей сосредоточенности на дифференциации продуктов к широкому спектру современных приемов выхода в лидеры, от чисто ценовых сражений до соперничества в области инноваций. Очевидно, что конкуренция приобретает серьезную экономическую основу. Ти Дао пишет:

«Чтобы эффективно использовать в будущем пространство рынка, фармацевтическим компаниям нужны не просто новые препараты, им нужны новинки, приносящие больше прибыли. Продуктовая конкуренция, основанная на рентабельности, окажет значительное воздействие на способы ведения бизнеса, а также на общий и индивидуальный имидж компаний в глазах общественности. Такой подход избавит отрасль от необходимости любого контроля над ценами со стороны государства. Как механизм, с помощью которого лекарства могут быть дифференцированы (по терапевтическим свойствам и/или по экономическим показателям), прибыль в конечном итоге является формой экономического регулирования.

Благодаря использованию этого механизма продуктовая конкуренция может принимать одну из следующих форм:

- 1 сначала, если новый препарат окажется более рентабельным, чем продукты конкурентов, маркетолог может установить на него более высокую цену;
- 2 затем препарат может занять лидирующее положение на рынке, поскольку его рентабельность позволит ему получить статус «препарата выбора»;
- 3 наконец, если показатели эффективности и безопасности препарата не позволяют считать его более привлекательным, чем препараты конкурентов, то производитель будет вынужден снизить на него цену»⁷.

Анализ конкуренции должен идти по тем же направлениям, по каким велся самоанализ, и на уровне сравнения продуктов. Когда это будет сделано, появится более четкое понимание того, где и как конкурировать, какую использовать стратегию, т.е. возникнет представление о том, что нужно изменить в маркетинге, чтобы учесть все сильные и слабые стороны компании и ее конкурентов.

Что нам делать с ними?

В ежегодных выпусках *MedAd News* печатаются обзоры по 50 ведущим компаниям, основанные на оценке их прошлых, текущих и прогнозируемых действий. Дается характеристика стратегии каждой компании, которую она использовала в прошедшем году. Эти примеры заслуживают тщательного изучения.

Похоже, в отрасли идет консолидация по всем направлениям. На основе этого предположения редактор *Pharmaceutical Executive* Уэйн Коберштейн (Wayne Koberstein) предложил следующую классификацию фармацевтических компаний⁸:

Тип	Характеристика	Пример (1998 г.)
Монстры	<i>Склонность к поглощению других компаний</i> Постоянно идущая глобальная интеграция Большая доля рынка Вертикальная стратегия, разносторонний маркетинг Доминирование по размерам и ресурсам Слияние с другими альянсами	Glaxo Wellcome, Novartis
Игроки	<i>Нерасположенность к слияниям</i> Высокая организованность, централизация Традиционный подход к продажам и маркетингу Внутренняя защита, например, предписания по лечению заболеваний Региональные подразделения, глобализация Внешняя защита, например, исследовательские/маркетинговые альянсы	Pfizer, Lilly
Соперники	<i>Фокусирование</i> Сопротивление слияниям Выпуск пользующихся спросом ценных бумаг, быстрота реакции Совместный маркетинг и продвижение Сосредоточенность на терапии, поиск благоприятных возможностей Передача некоторых функций другим организациям	Warner Lambert, Searle
Претенденты	<i>Стратегия занятия ниши</i> Интенсивная исследовательская деятельность Активная передача некоторых функций другим организациям, например виртуальным компаниям Отсутствие прибыли (низкая прибыль) Стремление лицензировать продукт или войти в «сеть»	Amgen, Genzyme

Итак, кто же такие «они»?

Вполне вероятно, что это... вы! Вот типичный пример. Astra — происходящая из Швеции компания с мировым будущим. После некоторого периода существования в виде совместного предприятия (50 на 50) компании Astra и Merck решили в 1998 году произвести реструктуризацию, в результате которой возникла новая Astra. Доходы Merck от существующих и находящихся в разработке препаратов должны были снизиться. В конце 1998 года Astra и Zeneca объединились в новую компанию — AstraZeneca, которая стала на равных играть с такими участниками рынка, как Merck, Glaxo Wellcome, Pfizer и Novartis (каждая из этих фирм в свою очередь тоже испытала перемены).

Если процесс пойдет дальше таким же образом, есть достаточно высокая вероятность того, что, как сказал представитель PriceWaterhouse Coopers, «к 2000 году может остаться всего 13 фармацевтических гигантов». Что это означает для управляющего по маркетингу? Нужно видеть в конкурентах не только соперников, но и потенциальных партнеров. Введение в маркетинговые планы продуктов недавно присоединенных партнеров становится очередным испытанием для компании.

Каким бизнесом мы занимаемся?

Куда это нас приведет?

Определение миссии бизнеса сходно с оценкой рынка, на котором компания действует. С одной стороны, она должна быть определена с учетом размера рынка. С другой стороны, размер рынка обусловлен миссией компании. Миссия — широкое понятие, включающее в себя перспективы и задачи компании. Обычно миссию корпорации определяет ее продуктовая линия, что отражено в девизах типа «Наш бизнес — изготовление текстиля», «Мы производим камеры» и т.д.

Однако миссия компании — это не заявление о направленности бизнеса и не случайное расширение существующих направлений. Она обозначает границы и природу не только того бизнеса, который есть сейчас, но и того, каким он мог бы стать в будущем. Миссия играет важную роль в обозначении возможностей диверсификации бизнеса с помощью собственных или приобретенных научных разработок. Чтобы стать значимой, миссия должна базироваться на всестороннем анализе технологии бизнеса, оценке его с точки зрения потребителей. Примером компаний с технологической основой бизнеса являются компьютерные и аэрокосмические предприятия. Миссия компании с точки зрения потребителей — удовлетворение их конкретных потребностей, например, в полноценном питании, здравоохранении и развлечениях.

Адекватная оценка бизнеса требует тщательного учета 3С:

- ✦ потребителя (Customer) — исследование покупательского поведения;
- ✦ конкуренции (Competition) — оценка бизнеса конкурентов;
- ✦ компании (Company) — анализ затрат фирмы (эффективность и экономия), ее навыков и других ресурсов (например, у компании хорошие финансовые возможности, слаженная команда талантливых менеджеров, современное оборудование и т.п.), а также проистекающих из сегментации рынка отличий в маркетинге, производстве, научных исследованиях и т.п.

Чтобы определить свою миссию, нужно ответить на следующие вопросы: каким бизнесом мы хотим заниматься в будущем? чем мы хотим стать? В какой-то момент времени большая часть ресурсов бизнеса как бы замирает и каналы предоставления услуг или сбыта продуктов ограничиваются в основном текущими возможностями. Со временем изменения в окружающей среде ставят компанию перед необходимостью обновить ресурсы. Руководство компании обычно предпочло бы выбрать среду для бизнеса или приобрести новые ресурсы вместо того, чтобы привести старые в соответствие с требованиями времени. Этим объясняется важность определения миссии компании. Миссия должна иметь прямое отношение к сильным и слабым сторонам компании. Некоторые из них отражает описанная ниже корпоративная миссия Eli Lilly and Company:

«Миссия Eli Lilly and Company базируется на научно-технических разработках. Эта компания разрабатывает, производит и выводит на рынок лекарства для людей, диагностические препараты, медицинские инструменты, продукты для сельского хозяйства и косметiku.

Выполняя эти задачи, компания следует определенным базовым принципам, которые мы считаем лучшими в отношении долговременных интересов наших акционеров. Эти принципы заключаются в следующем:

1. *Компания занимается разработкой и маркетингом инновационных продуктов высочайшего качества, приносящих облегчение всем потребителям (всех рынков, на которых она присутствует).*
2. *Компания придерживается высоких норм этики, честности и мастерства в исследованиях, производстве, маркетинге и других этапах своей деятельности.*
3. *Руководство компании осознает особую ответственность перед своим персоналом, играющим главную роль в достижении корпоративных целей. Цель компании — привлечение и удержание перспективных работников на всех уровнях и во всех подразделениях организации.*

Eli Lilly честно и беспристрастно относится ко всем сотрудникам, реализует программы, дающие работникам возможность заслуженного и значительного карьерного роста.

4. Компания чувствует обязательство быть достойным корпоративным «представителем отрасли».

Маркетинговые цели и задачи

Цели и задачи компании определяются корпоративной миссией и должны быть с ней согласованы. По поводу определения целей и задач существуют разные мнения. Задачи обычно считаются долгосрочными (от 5 до 15 лет). Цели более краткосрочны и должны быть измеримыми. Понятия «цель» и «задача» на практике обычно взаимозаменяемы, однако внутри компании желательно иметь общее понимание сути обоих.

Цели — это специфическое выражение намерений, помогающее компании избежать неопределенности в политике или при оценке конечного результата тех или иных ее усилий. Если цели выбраны верно, то они приводят к прогрессу. Без оценки степени прогресса сложно определить, достаточно ли ресурсов было задействовано и насколько эффективно они были использованы. Наконец, цели облегчают связи между подразделениями компании, особенно в диверсифицированных корпорациях, в которых корпоративная цель может слагаться из целей отдельных подразделений.

Поставить задачи компании, определить, когда будущее становится настоящим, — это важная, хотя и нелегкая работа. Это непрерывный и длительный процесс. На практике многие компании действуют без определенных целей и задач либо они настолько противоречивы, что сводят на нет их значение для работы.

Установление целей и задач

Первым шагом в установлении целей и задач, по-видимому, должен стать пересмотр существующих целей. Например, руководство компании может заявить, каковы текущие задачи компании и какой видится ему компания в будущем. Разные руководители понимают текущие цели по-разному, поэтому, естественно, у них будет не одинаковое видение будущего. Генеральному менеджеру потребуется провести несколько встреч «на высшем уровне» и приложить огромные усилия для того, чтобы установить окончательные цели компании.

Возможно, каждому руководителю будет предложено изложить свое представление о целях и задачах на будущее. Можно попросить их оценить важность каждой цели с точки зрения возможности ее реализации, наличия соответствующих внешних условий и конечных результатов. Не исключено, что топ-менеджеры компании станут

описывать разные цели или одни и те же цели, но в разных терминах, отчего и цели будут казаться разными. Но у всех постепенно должно развиваться стремление прийти к единому знаменателю. Иногда несогласованность целей вызвана разницей в оценках ресурсов, которые есть у компании, а также возможностей корпоративной стратегии. Поэтому, прежде чем ставить цели, полезно довести до сведения руководства информацию о потенциале ресурсов и корпоративной стратегии.

Окончательно утверждать цели следует лишь после того, как все руководители придут к консенсусу, т.е. каждый топ-менеджер должен верить в жизнеспособность поставленных целей и испытывать желание работать для их осуществления. Нужно найти способ убедить несогласного руководителя в необходимости сотрудничества. Ведь при работе с коллегами, ориентированными на стабильность, амбициозный руководитель, не имея возможности проявить свои творческие способности, может не справляться даже с рутинными задачами, становясь, таким образом, помехой для организации.

Большие задачи должны соответствовать более узким целям. Добиться этого непросто. Надо решить, стоит ли устанавливать цели на таком уровне, чтобы их смог достичь только выдающийся менеджер, или же это должно быть доступно менеджеру среднего уровня? Как возможные неудачи снизят результаты других, более продуманных действий менеджера? Достаточен ли для достижения поставленных целей бюджет?

Можно начать с установления целей трех уровней: 1) легко достижимые цели, 2) наиболее желательные и 3) оптимистические. Затем, в зависимости от ресурсов организации и взглядов руководства, можно выбрать положение где-то между наиболее желательными и оптимистическими целями. Однако ни при каких обстоятельствах уровень не должен быть ниже легко достижимых целей, даже если все идет из рук вон плохо.

Концепция стратегического планирования

Стратегия компании сводится к следующему:

- ✚ следование основным целям в решении основных задач бизнеса, обусловленных тем, на каком рынке и с каким продуктом работает компания;
- ✚ распределение ресурсов по основным направлениям деятельности;
- ✚ отстаивание основных положений своей политики в отношении конкурентов.

Каждая сфера (например, маркетинг) делает свой уникальный вклад в формирование общей стратегии. Во многих компаниях с внешней средой осуществляют контакты именно маркетинговые подразделения. В таких компаниях маркетинг играет центральную роль в стратегическом

планировании. (В рекламе Searle говорится: «Маркетинг — движущая сила нашего бизнеса».)

Стратегическая роль маркетинга состоит в установлении связи между компанией и окружающей ее средой для решения вопроса: как в окружении конкурентов добиться успеха в бизнесе, выполняя намеченные задачи по качеству продукта, его цене, продвижению и распределению. Маркетинг формирует основу для дальнейших отношений между компанией и ее окружением. Он предоставляет информацию для выработки целей и помогает строить планы по их осуществлению. Стратегия указывает направление. Она влияет на поведение конкурентов, на развитие рынка таким образом, чтобы возникла возможность реализовать преимущества компании. Стратегия нацелена на изменение конкурентной среды, установление нового конкурентного равновесия, а также налаживание причинно-следственных связей, которые приведут к такому равновесию, и обеспечивает логическую поддержку необходимых для этого мероприятий.

Планирование четко определяет средства для реализации стратегии. Стратегический план определяет последовательность и временные рамки мероприятий, направленных на изменение ситуации.

Маркетинговая стратегия определяет средства, с помощью которых компания приобретет отличие от конкурентов, при этом упор делается на главных фирменных преимуществах, позволяющих увеличить прибыль. Хорошая маркетинговая стратегия предполагает:

- ✦ точный анализ рынка;
- ✦ четкую связь между сильными сторонами компании и потребностями рынка;
- ✦ более эффективное, по сравнению с конкурентами, использование основных отраслевых факторов успеха.

Такая стратегия подразумевает разработку эффективного комплекса маркетинга — «четырёх Р», который рассматривается в разделах II—V этой книги. Точное соответствие **потребностей рынка сильным сторонам компании** возможно лишь при доскональном знании того и другого. Мы рассмотрели, как исследования рынка могут помочь обрести первое. Второе может обеспечить только объективный, честный самоанализ.

Внутренний анализ — взгляд на корпорацию изнутри

В компаниях, производящих рецептурные препараты, значение исследовательских разработок стремится перевесить важность маркетинговых соображений и стратегии. Здесь многое зависит от работы исследовательских подразделений компании. Конечно, хорошо бы получить в итоге этаким «блокбастер», но компания не может

просто ждать, пока ее ученые «вытащат кролика из лабораторной шляпы».

Компания может приобрести известность не только благодаря успехам в исследовании, скажем, сердечно-сосудистых заболеваний. Не меньшую известность может обеспечить ей и сильная маркетинговая политика. Важный фактор формирования правильной стратегии — регулярный, систематический анализ сильных и слабых сторон маркетинга. Вот далеко не исчерпывающий **список сильных сторон**:

- ✦ наличие налаженной клиентской службы/отношений с дистрибьюторами;
- ✦ благоприятный корпоративный имидж;
- ✦ доступность инвестиций;
- ✦ высокая квалификация торгового персонала;
- ✦ эффективная реклама в средствах массовой информации;
- ✦ грамотное ценообразование;
- ✦ налаженная дистрибуция продукта;
- ✦ исключительное положение на рынке, даже в его отдельных секторах;
- ✦ занятие значительной доли рынка;
- ✦ боевой дух и целеустремленность маркетингового персонала;
- ✦ компетентность в проведении маркетинговых исследований.

К **потенциально слабым сторонам** маркетинга можно отнести следующее:

- ✦ слабая согласованность действий отделов продаж и маркетинга;
- ✦ отсутствие четкого понимания корпоративной маркетинговой стратегии у тех, кто должен ее осуществлять;
- ✦ неодинаковое отношение различных подразделений компании к ее маркетинговой политике;
- ✦ небрежность в отношении правил информационной безопасности, особенно в период поглощений или слияний с другими компаниями.

Для правильной эксплуатации сильных сторон и коррекции слабых очень важно регулярно **мониторировать внутреннюю среду**. Делать это трудно по двум как минимум причинам:

- ✦ оценивая собственные характеристики, легко утратить объективность;
- ✦ сбор информации сопряжен с риском посеять панику среди сотрудников.

Впрочем, эти трудности — не повод для отказа от регулярных исследований внутренней среды. В **табл. 3.2** перечислены шаги, которые могут быть предприняты в ходе исследования, а в **табл. 3.3** даны

некоторые возникающие при этом проблемы и примеры их решения. Способность решать проблемы и использовать все возможности — свойства, присущие успешному менеджеру по маркетингу.

Таблица 3.2.
Этапы оценки сильных и слабых сторон маркетинговой стратегии

Сферы (показатели), которые могут быть исследованы	Виды оценок, которые может дать менеджер	Критерии, используемые для причисления к сильным или слабым сторонам	Источник получения информации для оценки
<ul style="list-style-type: none"> • Организационная структура • Основные направления политики • Навыки топ-менеджеров • Информационные системы • Система планирования • Мотивация сотрудников • Технические навыки • Исследовательские навыки • Новая линия продуктов • Демографические характеристики персонала • Взаимодействие каналов сбыта • Навыки торгового персонала • Ассортимент продукции • Котировка акций на бирже • Знание нужд потребителей • Положение на рынке 	<ul style="list-style-type: none"> • Наличие показателя (сферы) • Оценка КПД показателя • Оценка эффективности показателя 	<ul style="list-style-type: none"> • Исторический опыт компании • Сравнение с другими компаниями • Сравнение с прямыми конкурентами • Мнение консультантов • Нормативные положения, выработанные руководством компании на основе соответствующей литературы • Мнение персонала • Наличие специфических целей, таких как квоты продаж • Текучесть кадров 	<ul style="list-style-type: none"> • Личные наблюдения • Контакты с покупателями • Опыт работы • Интервью на выходе • Документы системы контроля • Собrania • Документы системы планирования • Персонал • Менеджеры низшего звена • Менеджеры среднего звена • Опубликованные документы • Информация о конкурентах • Консультанты • Опубликованные документы • Профессиональные конференции

Источник:

Stevenson H.H. *Defining corporate strengths and weaknesses*, Sloan Management Review, 1976; 17 (spring): p. 54.

Таблица 3.3.

Проблемы и возможности комплекса маркетинга в фармацевтической отрасли (в сравнении с другими отраслями)

Продукт	Цена	Продвижение	Распределение
<ul style="list-style-type: none"> • Меньше отличий от аналогов • Большой риск исследовательских разработок • Короткий жизненный цикл продуктов Наличие дженериков • Сконцентрированность на результатах • Переход производителей брендов на рынок дженериков • Необходимость оправдания установленной цены 	<ul style="list-style-type: none"> • Недостаточная гибкость ценовой политики • Установление цены на патентованные препараты с учетом рыночных показателей • Гармонизация мировых цен • Снижение прибыли • Более серьезный, чем в других отраслях, контроль над ценами • Влияние экономических аспектов на процесс принятия решения о покупке • Более низкие цены, более высокие объемы производства • Слабое представление об уровне цен среди врачей 	<ul style="list-style-type: none"> • Более высокий уровень рекламного «шума» со стороны конкурентов • Новые направления продвижения учитывают экономические аспекты • Более подробное описание продукта • Требования большей эффективности социальных опросов • Необходимость учета изменений общественных ценностей • Более интенсивное регулирование • Более частое продвижение совместно с «заказчиками» для увеличения доли рынка • Растущее влияние пациента 	<ul style="list-style-type: none"> • Множество клиентов • Демографические изменения состава населения • Растущая централизация при решении вопросов закупки лекарств и терапии • Усиление склонности к самолечению • Потребность в больших усилиях по обеспечению эффективности затрат • Снижение темпов роста рынка • Попытки проведения реформы системы здравоохранения • Растущее влияние государства

Литература

1. Jain S.C. *Marketing planning and strategy. Fourth edition. Dallas, TX: Southwestern Publishing, 1993; p. 2.*
2. Levitt T. *The marketing imagination. New York: Free Press, 1986.*
3. Jain S.C. *Marketing planning and strategy. Fourth edition. Dallas, TX: Southwestern Publishing, 1993; pp. 156-157.*
4. *Ibid.*, pp. 167-168.
5. *Ibid.*, p. 246.
6. Henderson B. *Boston consulting group, personal communication, 1981.*
7. Dao T. *Personal communication, 1992.*
8. Koberstein W. *Pharma mergers – Point/counterpoint: A conversation with Frederic Frank of Lehman Brothers. Pharmaceutical Executive 1998; 18 (16): pp. 76-86.*

Опыт ЦВ «Протек»

Маркетинговые исследования и исследования рынка как вид «сканирования» среды

Как национальный дистрибьютор ЦВ «Протек» пользуется данными многих аналитических агентств, работающих на российском рынке: «Фармэксперт», КОМКОН-фарма, DSM, RMBC, IMS и другими. Основным критерий выбора источника информации – его достоверность. На сегодняшний день качество российской аналитической информации нас не вполне удовлетворяет. Тем не менее мы аккумулируем эти данные в департаменте маркетинга и на их основе проводим собственный анализ. После анализа имеющейся информации эти данные используются для оперативных управленческих решений, а также для долгосрочного планирования и выработки стратегии компании.

У большинства российских аналитических агентств статистическая выборка для анализа розничных продаж не достигает даже 200 аптек, которые чаще всего расположены в московском регионе, другие же регионы представлены значительно скромнее. Именно поэтому компании необходим собственный тщательный анализ.

Маркетинговые исследования и анализ рынка играют важную роль в деятельности ЦВ «Протек» на всех этапах работы. Все они проводятся в департаменте маркетинга.



Кроме собственных исследований, как полевых, так и кабинетных, департаментом маркетинга широко используются результаты отраслевых исследований: регулярные продукты компаний и специально заказанные исследования. Например, емкость рынка и ее динамика являются важнейшим показателем внешней среды для формирования планов компании. Для итоговой оценки используются данные нескольких источников.

Разработка стратегии является улицей с двусторонним движением, т.е. из головной компании филиалам доводятся:

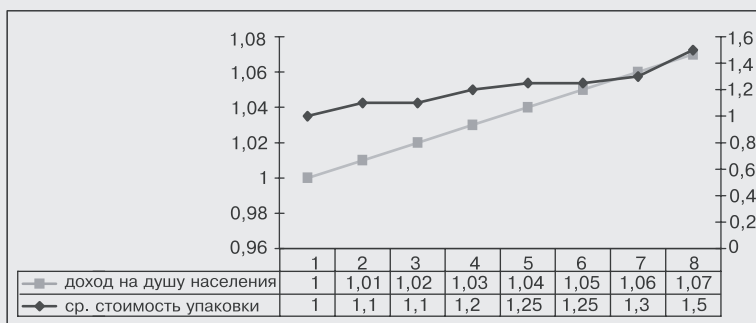
- ◆ целевые показатели верхнего уровня;

- ◆ прогнозы развития макроэкономической ситуации;
- ◆ информация о годовой емкости и итоговой целевой доле рынка в каждом субъекте федерации, входящем в зону ответственности филиала;
- ◆ данные об ожидаемом характере сезонного распределения емкости;
- ◆ ожидаемая средняя динамика сегментов фармацевтического рынка;
- ◆ другая информация, пользуясь которой филиал может адекватно оценить динамику своего развития на будущий год, оценить реалистичность поставленных целей, наметить пути их достижения.

Филиалы проводят стратегический анализ по следующей схеме:

1. S.T.E.P. – анализ.

- Анализ социально-демографического положения в стране. Так, рост среднего уровня дохода населения влияет на изменение спроса в пользу ЛС более высоких ценовых категорий, средств профилактики заболеваний, парафармацевтики и косметики. Потребитель отдает предпочтение более дорогим и эффективным лекарственным препаратам.



- Технологические факторы. Исследование ЦВ «Протек» выявило, что расширение ассортимента и масштабов деятельности аптечных предприятий неизменно влекут за собой повышение уровня требований к автоматизации процессов внутри аптеки.
- Политико-экономические показатели. Анализ общей экономической ситуации в стране, политические факторы в стране позволяют эффективно выстраивать политику компании, минимизируя возможные риски.

2. Анализ внешней среды по схеме Портера.

Анализ конкурентных сил по схеме Портера позволяет описать виды и степень воздействия на компанию основных движущих сил рынка. Анализ является базой для разработки мер противодействия негативным факторам и проводится с точки зрения стратегической цели ЦВ «Протек».

3. S.W.O.T. – анализ.

Проводится по традиционной схеме на основании анализа открытых источников информации, а также исследований позиционирования ЦВ «Протек» на фармацевтическом рынке.

4. Анализ внутренней среды.

- Анализ динамики финансово-экономических показателей.
- Результаты внутреннего управленческого обследования.

В поле зрения компании попадают все важнейшие аспекты рынка – от исследований сбытовых сегментов и деятельности прямых конкурентов до анализа макроэкономических показателей и политической конъюнктуры. Исследования выступают базовым этапом для последующего формирования стратегии развития компании на рынке, а также для принятия оперативных управленческих решений.

Опыт ЦВ «Протек»

Стратегическое планирование

Этапы стратегического планирования в ЦВ «Протек» согласовываются с целями и задачами, которые определяют стейкхолдеры компании — акционеры. Именно это является отправной точкой для формирования бизнеса. В ежегодном письме акционеров содержатся задачи по наращиванию объемов бизнеса, показатели его эффективности.

Следующая отправная точка — это миссия компании:

Мы создаем, развиваем и предлагаем для организаций здравоохранения и населения товары, услуги и инновационные решения для улучшения качества жизни людей в сфере красоты и здоровья. Мы стремимся стать самыми ценными для наших потребителей, партнеров, коллег и инвесторов.

Далее начинает работать комитет стратегического планирования. Он разрабатывает общий план мероприятий, определяет основные показатели: доля, которую компания планирует занимать на рынке на данный период времени, планы по объемам отгрузок, показателям эффективности, т.е. показателям планируемой прибыли. В процессе этой работы комитет проводит ряд «мозговых штурмов»: анализируется внешняя среда, определяются сегменты, на которых должна сосредоточить свою работу компания.

В 2003 г. произошло пересегментирование, были выделены новые приоритетные направления. Это позволило начать работу над формированием дифференцированного продукта под потребности новых сегментов. Разрабатываются нормативы сервиса для отдельных регионов, для определенных сегментов фармрынка.

Следующий этап — разработка плана мероприятий, которые позволят выполнить поставленные задачи. В нем определяется объем прироста продаж, который должен обеспечить этот блок мероприятий. В течение года идет обязательный мониторинг выполнения плана, действий персонала, в том числе и топ-менеджеров.

Раздел II. Продукт

Глава 4.

Принципы исследования и разработки продукта

Людям не нужны дрели, им нужны отверстия в стене. Аналогично, пациенты не хотят покупать лекарство, они хотят избавиться от боли, увеличить продолжительность своей жизни или повысить ее качество. Того же хотят и выписывающие эти лекарства или распределяющие их среди пациентов, не забывая при этом об удовлетворении своих профессиональных потребностей.

Именно продуктовая стратегия обычно доминирует над всем объемом маркетинговой стратегии компании. В этой главе мы обсудим следующие аспекты продуктовой стратегии:

- ✦ Стратегия формирования «продуктового портфеля».
- ✦ Стратегия вывода новых продуктов.
- ✦ Стратегия позиционирования продукта.
- ✦ Стратегия репозиционирования продукта.
- ✦ Стратегия исключения продукта.
- ✦ Стратегия диверсификации.

Стратегия формирования «продуктового портфеля»

Стратегия формирования «продуктового портфеля» (т.е. количества продуктовых линий и продуктов в каждой линии, которые компания может предложить) имеет отношение к формированию общей маркетинговой политики компании. Стратегия «продуктового портфеля» определяется с учетом миссии компании. Обычно в миссии заложено, каким бизнесом намерена заниматься компания, и это помогает отбирать продукты и услуги, которые становятся частью маркетинговой политики.

Поскольку стратегия формирования «продуктового портфеля» подразумевает принятие долговременных обязательств, то она может вырабатываться лишь после тщательного изучения всех аспектов бизнеса. Эту стратегию следует время от времени пересматривать, чтобы учесть возможные изменения окружающей среды. Стратегия «продуктового портфеля» тесно связана с определением масштаба рынка. Стратегические альтернативы вкратце таковы:

- ✦ Единственный рынок.
- ✦ Единственный продукт.
- ✦ Несколько рынков.
- ✦ Несколько продуктов.
- ✦ Весь рынок.
- ✦ Система продуктов.

Единственный рынок

Причин, по которым компания может сконцентрировать свои усилия на единственном сегменте рынка, множество. Например, небольшая компания во избежание конфронтации с крупными конкурентами может найти уникальную нишу на рынке и все свои усилия направить на ее обслуживание.

Стратегия единственного рынка (ниши) часто бывает вынужденной. Испытывая недостаток ресурсов для того, чтобы выдержать сражение с более крупными, укрепившимися на рынке конкурентами, компании обычно ищут такие ниши, которые слишком малы, чтобы удовлетворить аппетиты гигантов, или же ниши, где они могут наилучшим образом удовлетворить нужды потребителей и тем самым эффективно защитить свой бизнес.

Единственный продукт

У компании может быть только один продукт, и она может попытаться жить за счет успеха этого продукта. У такой стратегии есть несколько преимуществ:

- ✦ во-первых, концентрация усилий на единственном продукте ведет к специализации, которая обеспечивает большую производительность и управляемость;
- ✦ во-вторых, когда в фокусе находится всего один продукт, управление деятельностью компании оказывается гораздо более эффективным;
- ✦ в-третьих, работая с единственным продуктом, компания станет настолько специализированной в своей сфере деятельности, что сможет противостоять практически любой конкуренции.

Имитация инновации дает возможность не только занять место на процветающем рынке, но и долго продержаться на нем, избегая упадка. Например, Ortho-McNeil Pharmaceuticals могла бы продолжать заниматься производством диафрагм для контрацепции. Вместо этого она определила свой рынок как рынок средств для контроля над рождаемостью и в самом начале его формирования подготовила свой вариант орального контрацептива. После этого она, конечно, продолжила диверсификацию.

Несмотря на очевидные преимущества, ситуация с единственным продуктом имеет один серьезный недостаток: изменения на рынке могут привести к тому, что продукт устареет и компания окажется в большом затруднении.

Другой недостаток стратегии единственного продукта заключается в том, что использующая ее компания имеет мало возможностей для наращивания доли рынка. Ее главное преимущество — прибыльность. Если компания с единственным продуктом не способна увеличивать прибыль, ей лучше изменить стратегию.

Несколько рынков

Вместо того чтобы ограничивать бизнес одним сегментом и таким образом «класть все яйца в одну корзину», компания может обслуживать несколько сегментов рынка. Для успешной реализации этой стратегии нужно отобрать такие сегменты, на которых компания чувствует себя наиболее комфортно и может избежать конфронтации с фирмами, обслуживающими весь рынок. Эта стратегия подразумевает возможность диверсификации бизнеса между рынками рецептурных и безрецептурных препаратов, аптечных и больничных, брендированных и дженериков и т.д. В соответствии с этим формулируется и стратегия.

Несколько продуктов

Стратегию работы с двумя или более продуктами выбирают по разным причинам. Когда продукт один, компании некуда деваться, если с ним возникают сложности, если же продуктов несколько, то слабое положение одного из них можно исправить с помощью другого (других). Кроме того, предложение разнообразных продуктов расширяет возможности роста компании.

Поскольку не все продукты можно быстро и легко вывести на рынок, они должны дополнять друг друга в портфеле компании. Стратегия нескольких продуктов направлена на увеличение продаж, доли рынка и прибыли.

Однако не всегда удастся процветать, просто предлагая несколько продуктов, ведь рост продаж, доли рынка и прибыли зависит от множества переменных, включая предложение нескольких продуктов.

Большинство фармацевтических компаний-лидеров реализуют ту или иную разновидность стратегии нескольких продуктов.

Весь рынок

Эта стратегия подразумевает обслуживание всего рынка, предложение продуктов, удовлетворяющих потребности всех сегментов рынка. Такой подход требует многолетнего опыта существования на рынке. Ведущие компании, по мере роста рынка и образования новых сегментов, могут делать попытки завоевать все сегменты, например, используя комбинации различных стратегий продукта, цен, способов продвижения и распределения. Они могут также попытаться выйти на новые рынки.

Стратегия всего рынка сопряжена с риском. Поэтому лишь немногие компании в отрасли могут ее использовать. Она требует целеустремленных и согласованных действий руководства компании, а также достаточного количества ресурсов. Только компании с очень сильным финансовым положением на рынке могут найти эту стратегию привлекательной. В последние годы некоторые фармацевтические компании позволяют себе «поиграть» с этой стратегией, но, как правило, лишь в ходе слияний и поглощений.

Система продуктов

Слово «система» в применении к продуктам — послевоенный феномен. Этот феномен обязан своим возникновением двум взаимосвязанным явлениям:

- 1 популярности маркетинговой концепции о том, что бизнес означает не продажу товаров, а удовлетворение нужд потребителей;
- 2 усложнению продукта как такового, что породило потребность в дополнительных продуктах и послепродажных услугах.

Предложение системы продуктов вместо одного относится к наиболее жизнеспособным стратегиям по нескольким причинам. Прежде всего, это делает потребителя полностью зависимым от компании, которая в результате получает монопольный контроль над рынком. Стратегия системы продуктов закрывает конкурентам пути для выхода на рынок. При наличии таких преимуществ такая стратегия чрезвычайно полезна для увеличения объема продаж, доли рынка и прибыльности.

Стратегия системы продуктов требует от компании четкого понимания потребностей клиентов. Нужно представлять действия, которые должен осуществить потребитель при использовании продукта, и процессы, которые при этом будут происходить.

Успешная реализация этой стратегии расширяет как концепцию компании, так и ее рыночные возможности, помогает достичь роста продаж, прибыли и доли рынка.

Осуществление системной стратегии на нашем рынке вряд ли возможно, разве что в случае еще больших слияний. Однако такой подход часто используется дистрибуторами (**см. раздел IV**).

Стратегия новых продуктов

Новые продукты остаются объектом исследовательской активности фармацевтической отрасли. Они могут быть новыми в смысле содержания новых химических соединений, новыми для продуктовой линии конкретной компании, или новой торговой маркой существующего (чаще всего ОТС) продукта. Однако какими бы они ни были, новые продукты жизненно необходимы для сохранения прибыльности и роста компании.

Руководство компании может повлиять на принятие стратегии новых продуктов:

- ✦ во-первых, определив политику и направление стратегии в отношении интересных для компании новых продуктов;
- ✦ во-вторых, создавая условия для стимулирования инновационных тенденций в организации;
- ✦ в третьих, устанавливая процедуры мониторинга и контроля для того, чтобы менеджеры были вовлечены в процесс принятия решений и знали, когда выполнение плана работ наиболее соответствует широким стратегическим задачам.

Стратегия новых продуктов может строиться на имитации существующих препаратов, их модификациях и улучшениях или на действительно инновационных продуктах. Последнему мы уделим наибольшее внимание, хотя фармацевтической промышленностью широко используются все эти подходы.

Имитация продукта

Имитация продукта — это, конечно, производство дженериков. Регулирующие органы требуют, чтобы имитация была абсолютно идентичной, хотя бы с точки зрения биоэквивалентности. Нечто вроде квази-имитации представляет собой производство новых патентованных лекарственных средств — молекулярных аналогов существующих продуктов, которые имеют небольшие терапевтические преимущества или вообще их не имеют.

Эта стратегия особенно подходит фирмам с ограниченными ресурсами. Многие компании приобретают такие навыки в этом деле, что могут имитировать практически любые продукты, независимо от их сложности. Имея ограниченные ресурсы для научно-исследовательских работ и, как следствие, низкие затраты на разработку, имитатор получает ценовые преимущества перед лидерами рынка.

Стратегия имитации может быть принята и в целях обороны. Будучи уверенной в высоких качествах своих продуктов, компания может вначале игнорировать новые тенденции. Но может случиться так, что новые разработки приживутся на рынке и проникнут на территорию продуктов компании. В такой ситуации она будет вынуждена имитировать новые разработки, чтобы выжить.

Надо отметить, что действительно инновационная имитация помогает улучшать свойства оригинального препарата и, следовательно, способствует совершенствованию лекарственных средств. А прибыль, получаемая в результате такой конкурентной деятельности, может перевесить проблемы, возникающие из-за огромного количества препаратов-аналогов.

У любого первопроходца есть большие проблемы, связанные с необходимостью покрывать расходы на научно-технические разработки и получать определенную прибыль за короткий период. Любая реклама, независимо от степени активности продвижения в ней торговой марки, все же вносит определенный вклад в продвижение типа продукта и таким образом оказывает поддержку конкурентам. Кроме того, будучи первой, компания должна обозначить позицию в отношении нового продукта и политики его продвижения. Последователи могут затем отклоняться от этой позиции и, если эти отклонения будут удачными с маркетинговой точки зрения, получать от этого прибыль.

Усовершенствование продукта

Продукт компании может достичь такого этапа, когда приходится что-то делать для сохранения его жизнеспособности. Он может оказаться в стадии упадка, прекратить обеспечивать адекватную прибыль из-за перемен в окружающей среде. Может случиться и так, что благодаря новым продуктам, а также успешным действиям конкурентов в области ценообразования, распределения и продвижения ваш продукт перейдет в категорию «подражателей». Есть две возможности исправить положение:

- ✦ снять продукт с рынка;
- ✦ оживить его с помощью усовершенствований или модификаций.

Усовершенствования (модификации) осуществляются путем переконструирования, перемоделирования или переформулирования с тем, чтобы продукт стал более полно удовлетворять нужды потребителя. Цель этой стратегии, обычно называемой **управлением жизненным циклом**, — не только восстановление «здоровья» продукта, иногда она помогает дифференцировать его от продуктов конкурентов.

Причин для «манипулирования молекулами» внутри продуктовой линии компании несколько. Иногда истекающий срок патентной защиты принуждает компанию к поиску незначительной, но патентуемой

модификации продукта, пользующегося спросом на рынке. Иногда, как уже было отмечено выше, благодаря незначительным модификациям возникают совершенно новые возможности использования вещества. Нередко компании разрабатывают целый спектр аналогов, пригодных для лечения различных заболеваний, или, по крайней мере, достаточно различных для того, чтобы их можно было продвигать как средства для лечения разных заболеваний. Таким образом часто используются серии транквилизаторов. Более того, было доказано, что выведение на рынок нового продукта компанией, имеющей опыт успешной «раскрутки» старого продукта, обычно в большей степени способствует росту продаж, чем сокращению доли рынка существующего продукта. Наконец, в понятном стремлении быть первыми многие компании могут продвигать на рынок любой более или менее подходящий продукт с осознанной целью заменить его через некоторое время другим.

Конечно, структурные модификации — не единственный способ изменения характеристик существующих продуктов. Другим способом является поиск новых областей их применения¹.

Фармацевтические исследования и инновации

Абсолютное большинство клинически значимых препаратов, разработанных за последние 50 лет, стало результатом эволюции, включающей многочисленные незаметные поступательные изменения внутри фармацевтической отрасли. Улучшения, возникающие на каждом новом витке развития, — основной инновационный механизм, действующий и во многих других отраслях

Великие успехи в фармакологии и терапии стали результатом очень незначительных изменений в химии активных молекул². Фактически вся история фармакологии — это история постепенных изменений в безопасности, эффективности, избирательности и полезности препаратов в рамках данного класса. В итоге многие фармакологические классы теперь представлены огромным множеством веществ. Хотя на молекулярном уровне эти вещества сходны между собой, их терапевтические качества часто заметно отличаются. Польза для общества состоит в том, что у врачей появляется возможность выбирать лекарство с учетом индивидуальных потребностей пациентов.

Незначительные изменения в химической структуре препарата могут обусловить радикальное отличие его биологической активности, как это видно на следующих примерах:

- ◆ В 1989 году FDA утвердила новый препарат — клозапин. Эта модификация класса трициклических дибензодиазепинов облегчила жизнь тысячам шизофреников, не поддававшихся лечению прежними антипсихотическими препаратами.





- ◆ Усилия по улучшению свойств антибиотика сульфаниламида неожиданно привели к разработке нового диуретика, а также улучшенного антибактериального средства и первого орального антидиабетического препарата.
- ◆ Добавлением двух атомов углерода к морфину получен налорфин — антагонист морфина, используемый при лечении последствий от передозировки наркотиков. Небольшое изменение налорфина дало налтрексон — наркотический антидот, обладающий длительным сроком действия, что позволяет использовать его в оральной форме при лечении наркотической зависимости.
- ◆ Небольшие изменения дигидрокортикостерона, практически неактивного вещества, дали кортизон, который обладает широким спектром биологической активности. В других модификациях стероидных препаратов их противовоспалительная активность отделена от глюкокортикоидной и минералокортикоидной активности.
- ◆ Небольшие изменения цефалоридина, цефалоспоринового антибиотика, эффективного только в инъекционной форме, дали цефалоглицин и цефалексин, преимущество которых состоит в том, что они эффективны и в оральной форме.
- ◆ Винкристин и винбластин — практически идентичные вещества, используемые в борьбе с различными формами рака. Однако винкристин эффективен против острой лейкемии, а винбластин — нет.

Эти примеры говорят о том, что наиболее часто разработка препаратов основана на последовательных незначительных улучшениях³. Однако появление в последнее время «биотехнологических» препаратов, таких как рекомбинантные белки и моноклональные антитела, заметно меняет эту традиционную картину⁴.

Класс препаратов — основная единица терапии

Прорывы в терапии, такие как разработка бета-блокатора пропранолола или противоязвенного препарата циметидина, привлекают общественное внимание. Однако зачастую именно незаметные, поступательные изменения увеличивают надежды большинства пациентов на выздоровление. Широкое распространение нового класса препаратов обязательно проявит их недостатки. Фармацевтические компании используют этот факт для разработки новых, хотя и связанных с прежними, веществ, которые будут действовать более эффективно и избирательно, а также окажутся менее токсичными. В хорошо развитом классе почти никогда не бывают ведущими препараты, выведенные на рынок первыми.



→ Первоначальный препарат, сделавший прорыв в отрасли и ставший новым объектом терапии, может послужить основой для постепенного формирования нового класса веществ. Со временем появятся другие вещества с аналогичными свойствами, и новый класс препаратов постепенно превратится в базовую терапевтическую единицу. Эффективность, стабильность и полезность класса — результат действия многих составляющих.

Лекарственные классы имеют важные свойства, которыми не обладают отдельные вещества. Вот черты, проявляющиеся только на уровне класса:

- ◆ разнообразие фармакологических свойств, соответствующих нуждам отдельных пациентов;
- ◆ суммарные улучшения, касающиеся эффективности и селективности действия, снижения токсичности;
- ◆ всесторонний учет данных о широте и ограничениях фармакологического воздействия, почерпнутых из исследований и опыта использования множества химически связанных препаратов;
- ◆ доступность «набора инструментов» для дальнейшего исследования основных механизмов возникновения заболеваний.

Все эти терапевтические качества и коллективные преимущества класса как целого могут быть более важны, чем преимущества первоначального вещества.

Разработка новых продуктов*

В фармацевтике, как, наверное, ни в одной другой отрасли, важно тесное и эффективное сотрудничество разработчиков новых продуктов и специалистов по маркетингу. Взаимосвязь между базовыми исследованиями, от которых ожидают прорыва в области химических соединений, и маркетингом, ответственным за успешный план продвижения, ценообразование и распределение, — важная составляющая процесса разработки препарата, в ходе которого химическое соединение трансформируется в лекарственное средство.

Регулирующие и ценовые ограничения, затрудняя достижение успеха в конкуренции, непрямым образом воздействуют и на исследовательский процесс. Поэтому успех компании в научно-

* Большая часть материала этого раздела взята из главы 7, написанной Faust R.E. (*Principles of Pharmaceutical Marketing, Third Edition. Smith M., Ed. Binghampton, NY: The Haworth Press 1988; pp. 141-171*).

технической сфере зависит от слаженности действий основных подразделений и от успехов каждого из них:

- ✦ исследовательского отдела — в разработке;
- ✦ производственного — в выпуске продукции;
- ✦ маркетингового — в продаже новых и усовершенствованных старых продуктов.

Содержание работы по «планированию исследований» в тех или иных компаниях различно, но в целом она сосредоточена на распределении исследовательских ресурсов, выборе проектов и их мониторинге. Планирование может охватывать такие виды деятельности, как формирование бюджета НИОКР и прогнозирование результатов, управление персоналом и организационное развитие.

Функциональные или оперативные планы исследований часто разрабатываются для отслеживания текущего состояния научно-исследовательской деятельности и мероприятий, а также для контроля за использованием ресурсов и прогнозирования ближайших и отдаленных результатов. Цель большинства исследовательских планов — поддержание баланса между программами, нацеленными на быстрое (от одного до пяти лет) достижение результата, и теми, которые могут дать плоды гораздо позднее (через пять—десять лет). Более того, ведущие фармацевтические компании, ориентированные на НИОКР, скорее финансируют программы, которые можно назвать «поиском новых горизонтов», отдача от которых может наступить не раньше чем через 15–20 лет.

Содержание типичного стратегического или функционального плана исследований может выглядеть следующим образом:

1. **Введение:** основные направления плана, его связь с предыдущими работами, информация о проектах, находящихся в разработке.
2. **Цели:** заявление о целях и задачах исследования и их связи с целями корпорации и бизнеса вообще.
3. **Исследовательская среда:** обзор исследований в данной области и того, как влияют на них тенденции НИОКР конкурентов, различные политические, юридические, научные, технологические и социально-экономические факторы; описание стратегии, отвечающей этим изменяющимся элементам среды.
4. **Анализ исследовательских ресурсов:** оценка потребностей в научно-исследовательском персонале, оборудовании с учетом возможных изменений, а также средств, включая затраты на текущие нужды.
5. **Анализ проектов по разработке препаратов:**
 - ✦ проекты, рассчитанные на срок от одного до пяти лет;
 - ✦ проекты длительностью от пяти до десяти лет (разработка тех препаратов, которые планируется включить в бизнес компании в одностраничном формате,) включая указание целей проектов, прогнозирование объема продаж, патентную

проверку, график разработки, а также информацию о конкурирующих продуктах.

6. Исследовательская деятельность:

- ✚ обзор исследовательских работ: перспективы различных исследований, а также возникающие под их влиянием тенденции и изменения в данной области. Все это сопровождается комментариями, отражающими воздействие исследований на глобальные явления в организме, например, на процесс старения;
- ✚ обзор существующих и возникающих важнейших сфер применения результатов исследовательских работ и интегрированных программ, нацеленных на получение новых продуктов, способных занять лидирующие позиции среди продуктов, обозначенных в текущем проектном плане.

7. Поддержка маркетинга продуктов: краткое описание исследовательских усилий, направленных на разработку новых продуктов, рекомендации по их применению, а также приведение данных о специальных клинических и других испытаниях для поддержания линии продуктов.

8. Оперативные действия по усовершенствованию исследований: выработка стратегий, планов и мероприятий, нацеленных на совершенствование научных экспериментов и повышение вероятности успеха в достижении запланированных целей; оценка общих тенденций, процессов и условий исследования в целях оценки возможных результатов и их вклада в корпоративный успех.

9. Требования к условиям и ресурсам исследования: данные о потребности в персонале и оборудовании, а также в объеме финансирования в течение следующих пяти лет, включая потребности для достижения альтернативных результатов, которые могут быть получены путем увеличения бюджета и численности персонала.

10. Выводы и обобщения: обзор и обобщение целей планирования, оперативных стратегий и кратко-, средне- и долгосрочных прогнозов.

Стратегический бизнес-план дает толчок деловой активности. Обычно он содержит анализ окружающей среды и других факторов, влияющих на успех компании и, косвенно, на НИОКР. **Содержание типичного стратегического бизнес-плана** может быть следующим:

1. **Описание бизнеса и его целей.** Обозначение базовой стратегии развития бизнеса и целей маркетинга — картина бизнеса и его основных целей и планов на отчетный период (обычно от пяти до десяти лет).
2. **Анализ окружающей среды.** Обзор внешних, влияющих на бизнес, сил, таких как тенденция к замещению одних лекарств другими, более активное использование дженериков, снижение затрат на здравоохранение, инфляция, истечение сроков патентов,

рост конкуренции и различные аспекты государственного регулирования.

3. Критические факторы успеха. Описание важных моментов, от которых зависит успешность бизнеса в планируемый период. Эти моменты различны для разных компаний, но в целом к ним можно отнести следующее:

- ✦ наличие ограничений, устанавливаемых различными специальными правилами;
- ✦ патентный статус продаваемых препаратов;
- ✦ необходимость перераспределения ресурсов с учетом потребностей текущих исследовательских программ;
- ✦ выработка механизмов для оценки исследовательских программ с точки зрения их способности обеспечить достижение целей и решение задач бизнеса.

4. Стратегии и программы. В стратегических планах обычно дается описание того, как компания будет решать проблемы, связанные с критическими факторами успеха и обеспечивать рост продаж и прибыли. Наиболее часто используемые стратегии направлены на повышение продуктивности исследовательских работ и укрепление взаимодействия между научно-исследовательскими и маркетинговыми подразделениями. Для повышения «продуктивности исследований» обычно предпринимаются следующие меры:

- ✦ выработка критериев для отбора продуктов-кандидатов на участие в исследовании, оценка соответствия этих критериев конечным задачам НИОКР на всем протяжении этих работ;
- ✦ установление приоритетов для программ исследования и разработки препаратов;
- ✦ оценка действующих исследовательских программ для оптимального распределения ресурсов;
- ✦ установление механизмов для контроля над исследовательскими программами и подтверждения их соответствия целям и задачам бизнеса.

5. Ресурсы. Дается детальный анализ прогнозируемых результатов разработки, включая объемы продаж существующих и новых продуктов и форм выпуска. Необходимые для этого ресурсы (например, оборудование, финансы и персонал) на отчетный период также планируются. Часто для прогноза применяется метод учета вероятности, в некоторых случаях — метод составления «оптимистических», «пессимистических» и «наиболее вероятных» сценариев, которые также тесно связаны с продуктивностью работы исследовательских подразделений.

Очевидно, что влияние маркетинга на НИОКР на разных этапах разработки нового продукта неодинаково (**табл. 4.1**).

Таблица 4.1.

Разработка нового продукта: параллели и отличия между фундаментальными научными и маркетинговыми исследованиями

Этап	Фундаментальная наука	Маркетинговые исследования
Генерирование идей	Синтез соединений Разработка новых лекарственных форм Разработка новых систем доставки лекарств	Выработка новых идей в отношении продуктов/услуг
Отбор	Проведение исследований на животных по фармакологической и терапевтической активности и токсичности	Оценка потенциала препарата и сильных сторон компании Анализ рынка с точки зрения заболеваемости, эпидемиологических тенденций и конкуренции Изучение стратегий конкурентов Прогнозирование жизненного цикла продукта
Медицинский и бизнес-анализ	Проведение дополнительных исследований на животных и I, II и III фаз клинических испытаний на людях	Оценка лицами, принимающими решение, концепции продукта и предложений по его разработке Определение рыночного потенциала продукта, выработка маркетинговой стратегии Позиционирование на рынке, оценка необходимых вложений в продвижение продукта Подбор и обучение торгового персонала Изучение субъективных оценок и предпочтений пациентов
Разработка	Завершение клинических испытаний Разработка форм выпуска и употребления	Определение названия препарата Разработка упаковки Проведение тактических маркетинговых мероприятий – разработка рекламных материалов, формирование цены

Продолжение ↓



Этап	Фундаментальная наука	Маркетинговые исследования
Пробные продажи		Экспериментальная оценка характеристик продукта, а также принятой маркетинговой стратегии и тактики
Перевод на коммерческую основу	Проведение IV фазы клинических испытаний	Оценка используемой маркетинговой тактики, уточнение объемов продаж, моделей продвижения Окончательная оценка жизненного цикла продукта Разработка плана действий на дальнейших этапах жизненного цикла продукта, а также стратегии борьбы с конкурентами

Источник:

Zelnio R.N. and Zimmerman J.G. *Parallel courses in new product development, Pharmaceutical Executive* 1984; July 4 (7): pp. 25-27. Перепечатано с разрешения из *Pharmaceutical Executive*, 1984; July, pp. 25-27.

По мере нашего продвижения к границам сферы ответственности НИОКР, к моменту, когда будут выявлены продукты-лидеры и принято решение о подаче заявки на регистрацию, цели проекта становятся все более определенными, а роль маркетинга возрастает. Неадекватная маркетинговая информация, попытки установить чрезмерный контроль над исследовательским процессом могут создать колоссальные проблемы на любом этапе работы. Трудности могут возникнуть и в случае, если исследовательские программы плохо проработаны, не соответствуют маркетинговой стратегии и ожиданиям в плане роста доходов и прибыли. С момента формального начала реализации проекта перед маркетингом встают задачи отслеживания процесса и понимания следующих важных моментов:

1. Содержание предстоящих клинических исследований и ожидаемые характеристики продукта.
2. Лекарственные формы (дозировки), которые предстоит разработать, и их характеристики.
3. Временные рамки для подачи заявки на регистрацию.

Маркетинг должен оказывать определенное влияние на исследовательскую деятельность, поддерживая существующие продукты путем расширения показаний к применению, предложения новых форм выпуска и т.п. Большое значение должны иметь проекты, нацеленные на продление жизненного цикла существующих на рынке продуктов. Даже в крупных компаниях, ориентированных на инновации, 20–25% бюджета НИОКР могут быть направлены на такие защитные мероприятия.

В некоторых компаниях формально выражать корпоративные рыночные интересы и оценивать возможности различных терапевтических классов предоставляется специалистам по маркетингу. На основе этой информации исследовательские подразделения определяют направления разработок, принимают решения по выбору программ и проектов НИОКР. Маркетинговый обзор обычно включает оценку состояния рынка и его потенциала, сведения о распространенности заболеваний, о текущих и прогнозируемых продажах, информацию о продуктах, занимающих лидирующее положение на рынке, о действующих инструкциях по выписке лекарств, о тенденциях в конкурентной среде. Иногда перед специалистами по маркетингу ставят задачу спрогнозировать объем продажи тех продуктов, которые еще только предстоит разработать.

Выбор проектов часто обусловлен несколькими важными соображениями помимо размера бюджета исследований. Рассмотрим, например, какими соображениями руководствуется компания, у которой есть несколько вполне перспективных продуктов, но которая стремится занять видное положение и на абсолютно новом для нее рынке антибиотиков:

1. Есть ли у нас специфические цели на рынке антибиотиков, чтобы к заданному моменту времени занять на нем определенную позицию? Сможем ли мы получить необходимые ресурсы (людей, средства, оборудование) для достижения этих целей? Должны ли наши планы быть кратковременными (от одного до пяти лет) или долговременными (от пяти до десяти лет)?
2. Какие риски и «подводные камни» нам могут угрожать? Каково финансовое выражение этих рисков?
3. Каковы характеристики возможных продуктов-конкурентов, какие усилия предпринимают соперники по разработке? Каковы их сильные и слабые стороны?
4. О каких других антибиотиках известно, что они сейчас активно разрабатываются? Каковы их потенциальные рыночные преимущества и недостатки?
5. Каковы конкурентные преимущества тех препаратов, которые мы намерены разрабатывать? Какой их ожидаемый жизненный цикл? Могут ли у них быть продукты-продолжатели?
6. Какова структура цены и ситуация с прибылью на рынке антибиотиков?
7. Кто их основные потребители (например: врачи, страховые компании, правительство) и что самое важное для каждого из них? Как разница в их представлениях о ценностях может повлиять на наше позиционирование на рынке и возможности?
8. Будем ли мы продвигать антибиотик более успешно с помощью особого подразделения торговых представителей или можно использовать тех, что у нас есть сейчас? Нужны ли будут специальные усилия по продвижению?

9. Кто будет производить препарат — мы или кто-то другой? Какой объем инвестиций потребуется? Достаточно ли у нас опыта для организации нового производства? Каковы требования к новому сырью? Нужно ли специальное оборудование?
10. Каково отношение пациентов к каждому из наших новых препаратов? Нет ли причин для судебных разбирательств в будущем?
11. Какова стоимость реализации наших планов со стороны НИОКР? Есть ли у нас технический и научный опыт для осуществления подобных разработок? Как перенос акцента на изучение антибиотиков повлияет на другие исследовательские программы и проекты?
12. Если мы достигнем своих целей, каких ответных действий можно ожидать от конкурентов? Как, в свою очередь, мы ответим им, и как это скажется на нашей доле рынка и уровне прибыли?

Кроме тесных взаимоотношений между маркетинговым и исследовательским подразделениями, проявляющихся в ходе разработки новых препаратов на уровне управления проектом, многие компании считают необходимым иметь в отделе маркетинга менеджеров по новым продуктам. Для этих специалистов, занятых развитием уже существующих препаратов, важный объект деятельности — новые разработки, приближающиеся к подаче заявки на регистрацию. После утверждения эти препараты переходят на стадию продуктового планирования, и менеджеры по новым продуктам стремятся заняться ими еще на поздних этапах разработки.

Основная функция менеджера по продуктам — управление развитием существующих и новых фармацевтических препаратов как отдельным направлением бизнеса с учетом потребностей и возможностей рынка. Он разрабатывает маркетинговую стратегию и несет ответственность за ее реализацию, распределяет маркетинговые ресурсы оптимальным образом, в соответствии с целями компании. Этот руководитель отвечает за деятельность, связанную с продуктом или проектом, каждого члена маркетингового подразделения, состав которого может быть следующим:

- ✦ менеджер по рекламе;
- ✦ менеджер по продажам;
- ✦ менеджер по планированию продаж;
- ✦ врач, входящий в сервисную службу;
- ✦ писатель, входящий в сервисную службу;
- ✦ менеджер, входящий в сервисную службу;
- ✦ врач, входящий в медицинский отдел;
- ✦ корректор;
- ✦ специалист по исследованию рынка;
- ✦ копирайтер;
- ✦ менеджер по персоналу;
- ✦ другие члены команды.

Основные обязанности менеджера по продукту:

- ✦ разрабатывать ежегодные, промежуточные и долгосрочные маркетинговые стратегии и бизнес-планы;
- ✦ руководить работой маркетингового подразделения, разрабатывать рекомендации по ценообразованию, дистрибуции, маркировке, упаковке и прочим закрепленным за ним продуктом;
- ✦ прогнозировать продажи в денежном и натуральном выражении, исходя из изменяющихся потребностей рынка, для достижения необходимого уровня прибыли;
- ✦ рекомендовать и разрабатывать планы выпуска новых лекарственных форм, направленные на максимальное использование потенциала рынка;
- ✦ проводить собрания, стимулировать общение между членами команды и различными подразделениями компании, своевременно распространять соответствующие служебные документы;
- ✦ работать с отделом продаж для выполнения национальных и региональных стратегий и планов продаж;
- ✦ руководить отдельными проектами, которые окажут влияние на развитие продуктовой линии и политику компании в будущем;
- ✦ использовать свои лидерские качества и возможности руководителя для того, чтобы планирование, разработка, реализация и мониторинг маркетинговых программ соответствовали плану по продукту;
- ✦ инициировать и поддерживать связи между продуктовой и проектной командами, а также другими подразделениями компании, занятыми разработкой и исследованием продуктов, регистрацией новых лекарств, финансированием и юридической поддержкой работ, закупкой сырья, упаковкой, производством, дистрибуцией, планированием ресурсов, налаживанием связей с общественностью, развитием бизнеса и стратегическим планированием;
- ✦ лично общаться, активно взаимодействовать с руководством исследовательских и проектных подразделений, чтобы обеспечить соответствие планов по НИОКР выработанным стратегиям в области управления продуктом или терапевтическим классом;
- ✦ стремиться к достижению консенсуса в любых уже имеющихся или возможных конфликтных ситуациях, связанных с противоречиями между положениями маркетинговой стратегии/программы по продукту и нормами местных или государственных законов и правил;
- ✦ отслеживать социальные, политические, экономические, юридические и правовые тенденции во внешней среде,

влияющие на фармацевтическую отрасль и, соответственно, рынок, вырабатывать рекомендации по адекватному реагированию на эти тенденции;

- ✚ проводить консультации с внешними организациями, осуществляющими поддержку бизнеса, с целью непрерывной выработки инновационных творческих идей для продвижения продукта и успешного выполнения проекта;
- ✚ разрабатывать бюджеты, отслеживать расходы на завоевание различных специфических медийных и целевых аудиторий;
- ✚ предвидеть и оценивать изменения на рынке, инициировать пересмотр маркетингового плана на основании изучения динамики развития рынка;
- ✚ утверждать принятые командой решения по работе, связанной с соответствующим продуктом;
- ✚ помогать членам команды в процессе неформального обучения в ходе групповых мероприятий;
- ✚ взаимодействовать с различными регулирующими структурами;
- ✚ действовать по отношению к продуктам на основании требований регулирующих структур, других правил, законов и пр.;
- ✚ обеспечивать информацией руководство проектов для выявления всех потенциальных возможностей рынка;
- ✚ оценивать и анализировать программы повышения уровня продаж;
- ✚ давать рекомендации по оптимальному на текущий период распределению усилий между отделом продаж и маркетинговым подразделением;
- ✚ запускать на рынок новые продукты.

Стратегия позиционирования продукта

Термин «**позиционирование**» означает такое положение торговой марки на рынке, которое наиболее выгодно для нее в сравнении с позициями продуктов-конкурентов. Следовательно, продукт, как объект стратегии, должен соответствовать тому сегменту рынка, где ему с наибольшей степенью вероятности гарантирован успех. Продукт нужно позиционировать так, чтобы он отличался от конкурирующих марок. Позиционирование — это отражение того, что представляет собой продукт и как потребители должны его оценивать.

Позиционирование позволяет отличить (дифференцировать) продукт от продукции конкурентов. Позиционирование осущест-

вляется с помощью различных составляющих маркетинга, особенно с помощью дизайна и коммуникаций. Хотя дифференциация путем позиционирования более заметна на безрецептурных препаратах, она в равной степени полезна и для рецептурных препаратов. Для некоторых продуктов дифференциация подразумевает функциональные отличия (например, отличия в качестве), но чаще для позиционирования и дифференцирования используются неосознаваемые отличия.

Позиционирование продукта может осуществляться с помощью следующих процедур:

1. Анализ характеристик продукта, наиболее заметных потребителю.
2. Исследование распределения этих характеристик по различным сегментам рынка.
3. Определение оптимальной для данного продукта позиции с учетом каждой характеристики, а также позиций других марок.
4. Выбор окончательной позиции для продукта (на основании характеристик продукта и оценки их восприятия различными слоями населения, а также с учетом положения существующих марок).

Существует несколько подходов к позиционированию, в число которых входят:

- ✚ позиционирование по характеристикам;
- ✚ по соотношению цена/качество;
- ✚ по показателю польза/применение;
- ✚ по потребителю;
- ✚ по классу продукта;
- ✚ конкурентное позиционирование.

Стратегия перепозиционирования продукта

Нередко возникает необходимость **перепозиционирования** — изменения позиции продукта на рынке. Это может случиться, если:

- ✚ новый конкурент позиционировал свой продукт в непосредственной близости от марки и отнял у нее часть доли рынка;
- ✚ изменились потребительские предпочтения;
- ✚ возникли новые сочетания предпочтений, открывающие более благоприятные возможности;
- ✚ при первоначальном позиционировании была допущена ошибка.

Стоимость перепозиционирования и связанный с ним риск неудачи очень высоки. Значительно снизить эти риски можно используя технику создания карт восприятия, позволяющую исследовать

положение продукта относительно продуктов-конкурентов. Карты восприятия помогают:

- ✦ понять, как разные группы потребителей воспринимают сильные и слабые стороны конкурирующих продуктов или услуг;
- ✦ оценить сходства и различия между конкурирующими продуктами и услугами;
- ✦ перепозиционировать существующие продукты в восприятии лиц, принимающих решение;
- ✦ позиционировать новый продукт или услугу на сложившемся рынке;
- ✦ отслеживать эффективность действий кампании по продвижению и маркетингу, ее восприятие представителями целевых сегментов.

Стратегия снятия продукта

Долгое время маркетинологи считали, что неудачные продукты следует убирать с рынка. И только в последние годы это убеждение стало предметом выработки стратегии. Считается, что различные продукты входят в своего рода бизнес-портфель, и что от каждого из входящих в этот портфель продуктов зависит его существование и «жизнеспособность». Со временем роль какого-то продукта может ослабевать или он перестает соответствовать остальным составляющим портфеля.

Если продукт достигает уровня, при котором не имеет смысла продолжать его поддержку, потому что его положение на рынке ослабляется быстрее, чем ожидалось, то желательно снять такой продукт с рынка. Плохое положение характеризуется следующими признаками:

- ✦ низкая прибыль;
- ✦ стабильные или падающие объемы продаж, трудность сохранения доли рынка;
- ✦ риск морального (технологического) устаревания;
- ✦ переход жизненного цикла продукта в стадию зрелости или упадка;
- ✦ несовпадение параметров продукта с сильными сторонами бизнес-подразделения или с заявленной миссией компании.

Продукты, более не способные держаться на плаву, должны быть сняты с рынка. Они становятся источником истощения финансовых и управленческих ресурсов компании, которые могли бы быть использованы для других целей с большей пользой. Три альтернативными стратегиями снятия продукта являются:

1. Снятие урожая.
2. Сокращение продуктовой линии.
3. Полное снятие продуктовой линии.

Снятие урожая

Снятие урожая означает получение от продукта максимальной пользы, пока он еще есть на рынке. Это контролируемое снятие продукта, когда бизнес-подразделение стремится получить максимально возможную отдачу от своего бизнеса. Стратегия снятия урожая обычно применяется к продуктам, чья доля на рынке и объемы продаж медленно сокращаются. При этом сокращаются затраты, чтобы поддержать положительные денежные потоки. В другом случае повышаются цены без одновременного повышения затрат. Снятие урожая ведет к медленному снижению продаж. Когда продукт перестает давать положительные денежные потоки, он снимается.

В идеальном случае стратегия снятия урожая должна применяться при наличии следующих условий:

1. Продукт находится на стабильном или сокращающемся рынке.
2. Доля рынка, занимаемая продуктом, небольшая, и ее наращивание потребовало бы огромных затрат; или же доля рынка большая, но затраты на ее защиту и поддержание становятся слишком высокими.
3. Продукт не дает заметной прибыли или даже приносит убытки.
4. В случае сокращения инвестиций продажи начинают медленно снижаться.
5. У компании есть лучшее применение для высвобождающихся ресурсов.
6. Продукт не является главным элементом портфеля компании.
7. Продукт не приносит в портфель компании желаемых качеств, таких как стабильность продаж или престижность марки.

Сокращение продуктовой линии

Стратегия сокращения продуктовой линии означает «прореживание» продуктовой линии, сокращение ее до управляемых размеров путем изъятия некоторых товаров/услуг. Это защитная стратегия применяется для того, чтобы приостановить падение прибылей. При этом обычно надеются, что усилия по сокращению помогут восстановить процветание продуктовой линии. Эта стратегия становится особенно полезной в период роста затрат и недостатка ресурсов.

Реализация стратегии сокращения продуктовой линии может привести к различным благоприятным последствиям: потенциальному сокращению затрат из-за более длинных рабочих прогонов, снижение затрат на учет, а также возможность более серьезной концентрации на маркетинговых, исследовательских и других усилиях, направленных на меньшее число продуктов.

Несмотря на многочисленные преимущества, усилия по сокращению продуктовой линии могут иногда саботироваться. Те, кто занимался продвижением продуктовой линии, могут считать, что она восстановится после определенных изменений в комплексе маркетинга или же что продажи и прибыли вновь вырастут, как только исчезнут временные неблагоприятные условия на рынке.

Полное снятие продуктовой линии

Полное снятие продуктовой линии может быть связано с изменением маркетинговой стратегии. Но с учетом того, что решение принимается на основании оценки перспектив продукта (например, компания избавляется от продукта, который имеет плохое положение даже на растущем рынке), полное снятие входит в продуктовую стратегию. Как правило, компании сопротивляются снятию продуктовой линии по причинам, в основе которых лежат экономические и психологические факторы:

1. Снятие означает падение продаж и активов, что противоречит стремлению бизнеса к расширению.
2. Снятие означает поражение.
3. Такое решение требует изменений в отношении персонала, что может быть болезненно им воспринято и оказать негативное воздействие на всю организацию.
4. Кандидат на снятие может принимать на себя накладные расходы, производимые другими бизнес-подразделениями компании, или он продолжает обеспечивать какие-то финансовые поступления.

С наступлением эпохи стратегического планирования полный отказ от продуктовой линии стал чаще применяться для обеспечения быстрого роста. Все больше компаний стремится продать бизнес, если от этого он выиграет в стратегическом плане. Эти компании считают, что снятие продуктовой линии не только освободит компанию от неприбыльных подразделений или планов, но может быть выгодно даже в случае прибыльного и растущего бизнеса.

Причин отказа от бизнеса, более не соответствующего корпоративному стратегическому плану, может быть несколько, например:

Больше нет стратегической связи между основным бизнесом компании и той его частью, от которой планируют отказаться. «Merck заявил, что рост продаж за год (1998) стал результатом образования в третьем квартале 1997 года совместного предприятия с Merial и закрытия бизнеса по производству средств для защиты урожая»⁵.

В результате постоянного спада высвобождаются мощности, которые невозможно с прибылью использовать для других целей.



→ «Продажи в Соединенных Штатах [для компании 3М] в связи с закрытием в третьем квартале 1997 года направления, связанного с наружной рекламой, выросли примерно на 2%. За этим последовал 12-процентный рост прибыли в первом квартале прошлого года»⁶.

Для поддержания естественного роста и развития бизнеса требуются неадекватные вложения.

«Компания Monsanto преобразует с 1 сентября (1997) свое химическое подразделение в независимую структуру. Monsanto будет продолжать работать в области биологических наук, но сформирует новую компанию — Solutia, Inc., в которую войдет и химическое подразделение. Акции Solutia будут размещены на Нью-Йоркской бирже»⁷.

В имущественном плане владельцам компании может быть заявлено, что бизнес больше не должен полностью принадлежать семье.

«В первом квартале 1997 года глобальный лидер среди компаний, специализирующихся на биологических исследованиях, Novartis, достиг уровня продаж в 8,2 млрд. швейцарских франков. Рост, равный 8% в национальной валюте, достиг 22% в швейцарских франках благодаря сильному позитивному влиянию валютных курсов. Рост особенно заметен в фармацевтике, благодаря хорошему началу деятельности на ключевом рынке США... Закрытие несущественного бизнеса было завершено успешным отделением Ciba Specialty Chemicals»⁸.

Продажа части бизнеса может высвободить средства для использования их на других направлениях, где есть больше возможностей для роста.

«В фармацевтическом сегменте в первом квартале (1997) продажи во всем мире выросли на 4% и достигли \$686 млн. По отношению к постоянным курсам обмена валюты и после продажи дженерикового бизнес-подразделения компании Warner Chilcott продажи выросли на 10%. В США доля продаж выросла на 13% и составила \$ 367 млн. Если исключить воздействие закрытия Warner Chilcott, то продажи в США выросли на 19%»⁹.

Закрытие бизнеса может повысить возврат инвестиций и темпы роста благодаря избавлению компании от подразделений, растущих медленнее, чем основной бизнес, а также вложению средств в бизнес, растущий быстрее и с более высокими оборотами.

«Закрытие подразделения медицинских приборов и диагностических средств Eli Lilly добавило к ее поступлениям \$910 млн., что на 5% выше, чем в прошлом году»¹⁰.

Стратегия диверсификации

Диверсификация свидетельствует о стремлении компании обеспечить рост с помощью новых продуктов или путем занятия новых рынков (ниш) или того и другого одновременно. Обычно компании удается успешно заниматься определенными продуктами, диверсификация же — это принципиально другой процесс, она требует от специалистов иных знаний, типа мышления, навыков. Таким образом, диверсификация — довольно рискованный путь, и компания должна вставать на него только в случае, если для обеспечения роста бизнеса возможности существующих продуктов или рынка уже исчерпаны.

Понятие «диверсификация» следует отделять от понятий «интеграция» и «слияние». Интеграция означает присоединение дополнительного бизнеса путем участия во многих этапах производства, начиная от закупки сырья и кончая выходом продукта к потребителю, или с помощью интенсивного освоения одного этапа. Слияние предполагает объединение входящих в корпорацию компаний, что может проявляться или не проявляться в интеграции. Диверсификация — это стратегическая альтернатива, предполагающая получение прибыли от разных продуктов и рынков.

Стратегия диверсификации может быть реализована следующим образом:

- ✦ разработкой компанией новых продуктов или освоением ею новых рынков (включая выход на международный рынок с прежними продуктами);
- ✦ приобретением соответствующей компании (компаний);
- ✦ созданием совместного со вспомогательной организацией предприятия;
- ✦ лицензированием новых продуктовых технологий;
- ✦ импортированием или дистрибуцией продуктов, производимых другой компанией.

В большинстве случаев выбранная стратегия представляет собой комбинацию вышеназванных альтернатив, которая складывается на основе имеющихся возможностей, включая возможность доступа к ресурсам, и необходимости соответствовать целям компании.

Существуют разные модели диверсификации. Мы рассмотрим концентрическую модель и используем ее для обсуждения вопроса о перемене статуса продуктов (с рецептурного на безрецептурный).

Концентрическая диверсификация подразумевает тесные синергические связи как с маркетинговым, так и технологическим направлениями деятельности компании. Так, разрабатываемые продукты имеют общие черты с уже существующими продуктами — с точки зрения маркетинга либо производства. Обычно продукты разрабатываются для новых групп потребителей.

Хотя любая диверсификация сама по себе рискованна, концентрическая диверсификация не приводит компанию в совершенно новый

мир, поскольку по крайней мере в одной из двух основных сфер (технология и маркетинг) компания будет действовать на знакомой территории. Выходя на новый для себя рынок ОТС, компания должна быть хорошо знакома с технологией, поскольку потребительская маркетинговая стратегия ей неизвестна.

На **рис. 4.1** показаны основные этапы разработки маркетинг-плана для запуска нового ОТС-препарата.

Детальное рассмотрение маркетинга препаратов ОТС находится за пределами задач этой книги. Однако из-за продолжающегося интереса к изменению статуса значительного числа продуктов с рецептурного на безрецептурный, мы вкратце рассмотрим этот феномен с точки зрения стратегических перспектив компании.

Рецептурное подразделение компании на такие перемены обычно реагирует негативно. Оно теряет препарат, и это может привести к потере работающих с ним врачей, которые, как считают в подразделении, скорее всего, будут недовольны переводом рецептурных препаратов в группу более широкого доступа.

Чтобы реакция рецептурного отдела фармацевтической компании была положительной, нужно этот препарат, имеющий длительную историю успеха, перевести в другую категорию элегантно — пусть он уступит место результату новых разработок. Если бы не было такого рынка сбыта, как рынок ОТС-препаратов, то менеджер по прежде рецептурному продукту и директор по маркетингу могли бы противодействовать выведению на рынок нового продукта, поскольку в их глазах он представлял бы угрозу для старого успешного продукта.

Со стороны подразделения безрецептурных препаратов реакция будет противоположной — они увидят в этих переменах больше плюсов, чем минусов. Маркетологи подразделения ОТС будут рады возможности работать с продуктом, обладающим известностью и жизнеспособностью, присущими торговой марке. Со временем пациенты обычно переключаются на новые препараты, однако успешные марки могут держаться очень долго, даже в измененном виде, с новой формулой. Яркий пример тому — Coca-Cola. Так и ОТС-препараты широко известных торговых марок могут надолго пережить многие рецептурные препараты, которые успевают за это время прийти на рынок и покинуть его. Кроме того, перевод в категорию ОТС означает для препарата значительное расширение рынка, что было невозможно при рецептурных ограничениях.

В 1983 году противогрибковый препарат компании Johnson & Johnson Микатин (Micatin) можно было приобрести только по рецепту врача. Тогда продажи на госпитальном и аптечном рынке вместе составляли \$1,25 млн. В 1984 году Микатин стал доступен как ОТС-препарат, и продажи выросли на 172% — до \$3,4 млн. В течение того же времени аналогичные



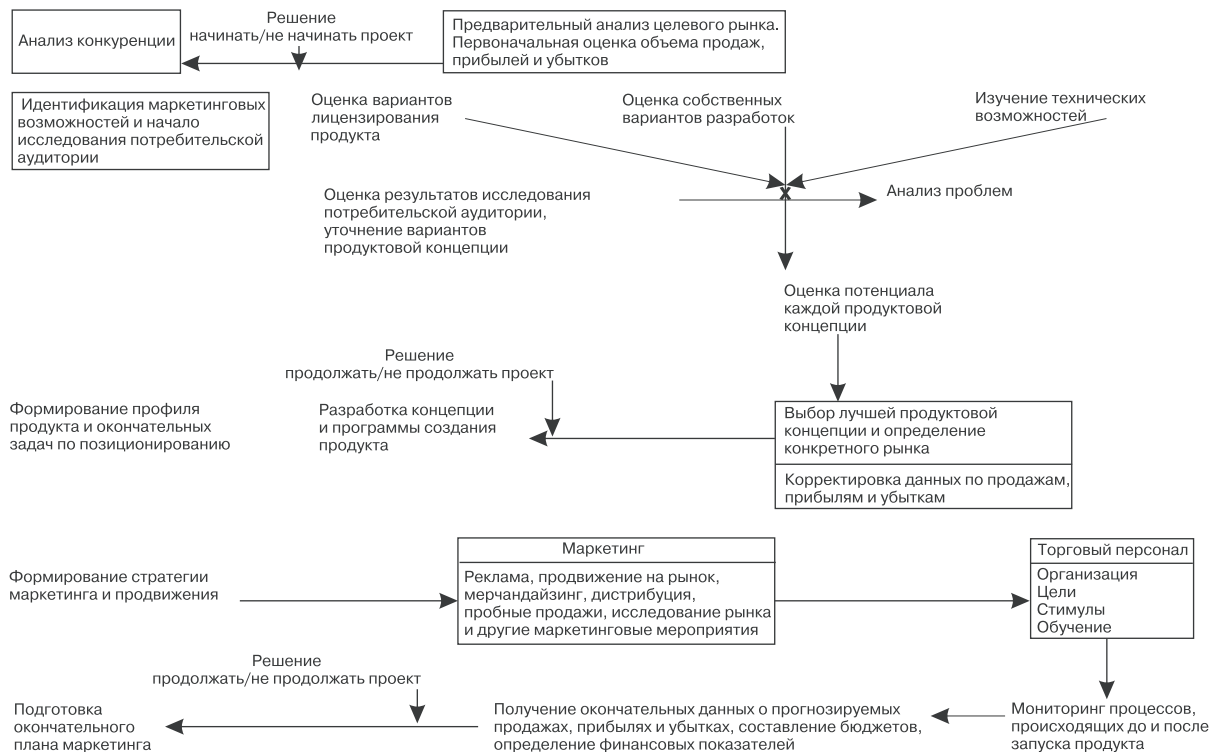


Рис. 4.1. Разработка плана маркетинга продукта ОТС

Источник:
Promotional brochure, IMS America, System.

→ препараты Лотримин (Lotrimin) и Мицелекс (Mycellex) компаний Schering-Plough и Miles отпускались только по рецепту, и их продажи оставались стабильными. Аналогичным образом, Актифед (Actifed), выведенный на рынок компанией Burroughs Wellcome, стал одним из наиболее успешных препаратов, в начале 1980-х перешедших в категорию ОТС. На третий год после этой конверсии его продажи выросли в пять раз (\$62,5 млн. против \$11,4 млн.)^{11,12}.

Однако рынок ОТС не всегда так удачно принимает бывшие рецептурные препараты. Изменение статуса препарата для многих участников рынка означает переход к совершенно иному способу ведения бизнеса. Исследовательские лаборатории ОТС часто состоят не из фармакологов, а из специалистов, имеющих дело с голыми формулами. Поэтому для них переключение на новые препараты может быть задачей не из легких. Аналогичным образом подразделения, занимающиеся исследованиями потребительской аудитории и анализом рынка, могут обнаружить, что новые препараты таят в себе не только возможности, но и проблемы. Замечательный успех Актифеда (Actifed) показывает, что значительная часть информированных потребителей имеет желание и возможность приобретать препараты новой группы, возможно, считая их более эффективными, чем те, что ранее активно продвигались как безрецептурные. То же можно сказать и о первоначальном успехе ибупрофена на высоко-конкурентном рынке анальгетиков.

В результате всего этого вполне могут появиться новые важные для разработки маркетинговой стратегии ОТС-препаратов факторы, которые прежде казались компаниям незначительными. Например, в течение многих лет компания Upjohn получала дополнительную прибыль от коммерческой рекламы своей продукции на телевидении. Настоящим феноменом стал перевод ее препарата Мортин (Motrin) в категорию ОТС.

Очень важный вопрос — узнаваемость производителя. Природа рынка ОТС такова, что потребитель бывает сильно удивлен, обнаружив, что некоторые из часто используемых им препаратов выпускает одна и та же компания. Обычно в его сознании домашний запас лекарств не ассоциируется, скажем, с компанией American Home Products или SmithKline Beecham. Эти компании стали владельцами нескольких продуктовых линий в результате присоединения прежде независимых производителей одного препарата. Поэтому неудивительно, что название продукта продвигается значительно активнее названия компании-производителя.

Однако может случиться и так, что у какой-то компании обнаружатся преимущества в продвижении своего корпоративного бренда или ее торговая марка может быть использована для разных продуктов. Например, потребитель, знающий определенную марку пищевой добавки, слабительного средства, анальгетика и т.п., может благосклонно отнестись к другим родственным продуктам, выпускаемым под той же маркой.

Построенная на этом явлении реклама была популярна еще до того, как в 1938 году рецептурные и безрецептурные препараты были четко разграничены Актом о пищевых продуктах, лекарствах и косметических средствах. Например, компания Squibb в рекламе, размещенной в *Saturday Evening Post* за 1930 год, пыталась убедить потребителей, собирающихся купить аспирин, минеральное масло, борную кислоту или какой-нибудь другой ОТС-препарат того времени, что они могут уверенно покупать только те продукты, на упаковке которых изображены три узнаваемые колонны Squibb. Вполне возможно, что пришло время для возвращения к этому типу имиджевой рекламы.

Хорошие перспективы имеет творческий подход к совместному продвижению рецептурных и связанных с ними безрецептурных препаратов. Например, если такие препараты различаются по форме выпуска, эффективности или даже назначению, то можно выделить некий положительный опыт пациента в области лечения рецептурными препаратами и перенести его на предлагаемые ОТС-препараты.

Перевод рецептурных препаратов в категорию ОТС стал входить в практику в начале 1980-х, и со временем этот процесс сам по себе становился все более трудоемким¹³. За это время американская торговая ассоциация, занимающаяся безрецептурными препаратами, также трансформировалась из Ассоциации собственников (Proprietary Association) конца 1980-х в Ассоциацию производителей безрецептурных препаратов (Non-Prescription Drug Manufacturing Association) и, наконец, в Ассоциацию потребительских товаров для здравоохранения (Consumers Healthcare Association).

В 1987 году Х.И. Сильверман (H.I. Silverman) произнес речь перед Ассоциацией собственников, в которой предсказал ряд изменений в соотношении рецептурных и безрецептурных рынков. Мы приводим обзор того, как осуществлялись его предсказания.

1. «Изменения статуса лекарств продолжатся».

Если с 1984 по 1989 год был один переход препарата в категорию ОТС в год, то в 1995–1997 годах число переходов увеличилось до шести–семи в год¹⁴. В 1998 г. не было включено ни одного препарата¹⁵.

2. «Расширение продуктовой линии».

Имодиум АД (Imodium AD) в 1988 г. и Имодиум Улучшенный (Imodium Advanced) в 1997 г.; Рогейн (Rogaine) в 1996 г. и Рогейн Экстра Сила (Rogaine Extra Strength) в 1997 г.; Адвил (Advil) в 1984 г. и Детский Адвил (Children's Advil) в 1996 г.; Никоретте (Nicorette) в 1996 г. и НикоДерм CQ (NicoDerm CQ) в 1998 г.¹⁶.

3. Разработка необычных безрецептурно-рецептурных препаратов (отпускаемых только по рецепту, но рекламируемых непосредственно потребителям).

Многие современные безрецептурно-рецептурные препараты имеют «безрецептурное прошлое», например Тагамет (Tagamet), Зантак (Zantac), Рогейн (Rogaine)¹⁷.

4. Новые способы доставки лекарств.

Съедобные кремы, лечебные пластыри, препараты с контролируемым усвоением (принимаются 1 раз в неделю), стельки – все эти новые возможности используются для разработки безрецептурных препаратов.

5. Новые типы упаковки.

Упаковка содержит одобренную рекламу, легко открывается и удобна для дозирования.

6. Новый подход к дозированию и комбинированию продуктов.

Возник в результате расширения рынка, например, Имодиум Улучшенный (Imodium Advanced, 1997) стал комбинацией loperamide и simethicone.

7. Диагностика.

Диагностика уже давно используется в домашних условиях (тесты для определения беременности, уровня глюкозы, наличия наркотиков, определители овуляции)¹⁸.

Кейс: ибупрофен — от лекарства к продукту для здоровья*

Ибупрофен (Ibuprofen) — один из наиболее интересных препаратов в современной истории фармацевтического маркетинга. Процессы, в результате которых на основе этого лекарственного средства возникла целая группа лечебных средств, разнообразны: лицензирование, борьба за патентную чистоту, смена рецептурного статуса на безрецептурный, ценообразование, продвижение и позиционирование.

Мы можем дать лишь краткий очерк ситуации с ибупрофеном. Она строится на описанной в главе 2 модели пяти факторов конкуренции М. Портера (ср. рис. 4.2 и рис. 2.7).

Рецептурный ибупрофен

Запуск Мотрина (Upjohn)

FDA выдала компании Boots, разработчику ибупрофена, разрешение на его маркетинг как рецептурного препарата (рис. 4.3). Испытывая недостаток опыта работы на американском рынке, Boots в 1974 году передала компании Upjohn неэксклюзивные права на производство

* Этот кейс был первоначально опубликован в более раннем издании книги *Smith M.C. Pharmaceutical Marketing: Strategy and Cases. Binghamton, NY: The Haworth Press, 1991; pp. 314-325.*



Рис. 4.2. Некоторые компоненты конкурентной среды ибупрофена

и продажу ибупрофена. Продвигая препарат под маркой Мотрин, компания Upjohn добилась того, что в США он вошел в пятерку лидирующих по объему продаж рецептурных препаратов. В 1985 году продажи Мотрина были выше, чем в 1984 году и составили 7,6% от всех продаж компании (или \$543,3 млн. во втором квартале 1985 г.). В 1986 году продажи Мотрина также шли успешно.

Ибупрофен — новое химическое соединение, запатентованное компанией Boots в Великобритании в 1967 году

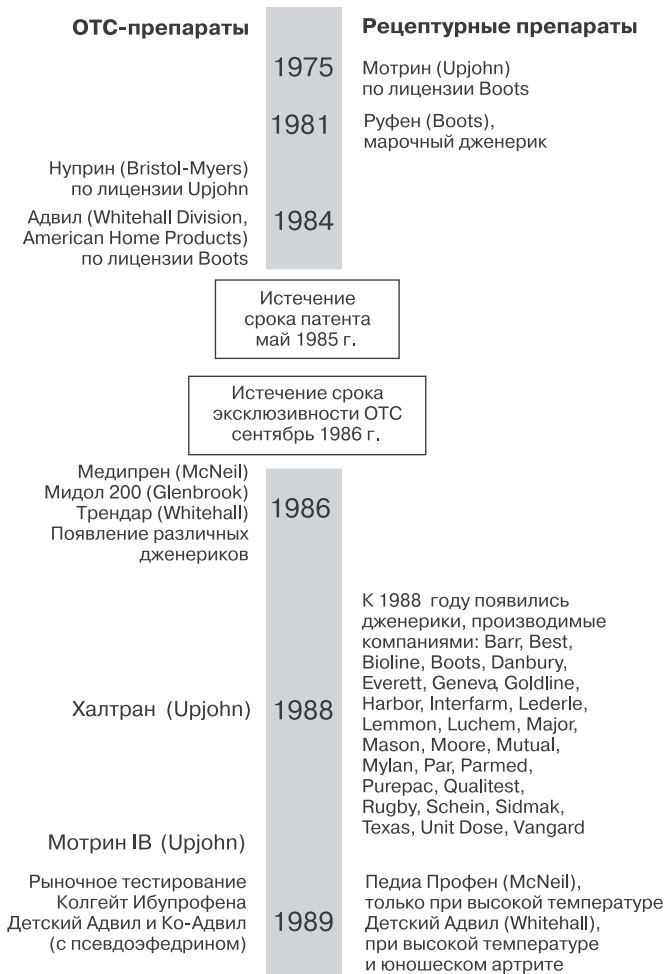


Рис. 4.3. Ибупрофен: от лекарства к лечебным продуктам

Запуск Руфена (Boots)

В 1981 году Boots решила проблему собственного присутствия в США, приобретя компанию Rucker Pharmaceuticals в Шреверпорте, и запустила свою версию ибупрофена под маркой Руфен (Rufen).

Конкуренция между Мотрином и Руфеном была острой. Обе компании стремились занять наибольшую долю рынка для своего единственного продукта, выпускаемого в таблетках по 400 мг. Boots озадачила Urjohn, лидера рынка, предложив аналогичный продукт по более низкой цене. В рекламе Boots делал акцент на разнице в цене между двумя продуктами. В 1983 году продажи Руфена достигли \$35 млн. Кроме того, Boots напугала отрасль тем, что предложила покупателям скидки.

Дифференциация Мотрина (Urpjohn) и Руфена (Boots)

С другой стороны, Мотрин получал поддержку от Urjohn и стал широко известен на рынке анальгетиков в США. В год вывода на рынок Мотрин активно рекламировался в медицинских журналах. Целевым рынком Мотрина стал рынок анальгетиков, где конкуренция между торговыми марками была особенно высокой. Компания Urjohn последовательно использовала две маркетинговые стратегии.

Первая состояла в сегментации рынка анальгетиков и фокусировании на пациентах с ревматоидным артритом и остеоартритом (для лечения этих заболеваний препарат предназначался изначально).

Вторая стратегия заключалась в дифференциации препарата путем акцентирования внимания на его лучших характеристиках, отличающих Мотрин от других лекарств, существующих на рынке анальгетиков. Технология дифференциации была показана в рекламе 1974 года следующим образом:

- ✦ Мотрин уникален с точки зрения химического состава — он не имеет отношения к индометацину, фенилбутазону, кортикостероидам и салицилату;
- ✦ Мотрин более мягко воздействует на желудочно-кишечный тракт, чем аспирин.
- ✦ Мотрин подходит для длительного применения.

В 1980 году, через шесть лет после вывода на рынок Мотрина, фирма Urjohn объявила о проведении исследования эффективности этого препарата при болях: *«Эффективность Мотрина как обезболивающего средства при болях малой и средней тяжести теперь доказана»*. Более того, Urjohn задалась целью придать Мотрину новые характеристики, используя их как инструмент для дистанцирования Мотрина от конкурирующих продуктов: *«Мотрин не наркотический анальгетик, он не вызывает зависимости и не формирует привыкания»*.

В 1983 году фирма Boots вновь сделала в рекламной компании акцент на экономии средств при покупке Руфена вместо Мотрина. В телевизионной рекламе было заявлено, что Мотрин и Руфен — взаимозаменяемые препараты, имеющие одинаковые области применения, побочные эффекты и противопоказания, но важное

отличие состоит в том, что лекарства компании Boots значительно дешевле.

Тогда Upjohn предложила потребителям новую услугу — была выпущена брошюра, которую стали раздавать пациентам, чтобы они распространяли ее среди других потенциальных пациентов. Так компания намеревалась дополнить информацию, поступающую потребителям от врачей, облегчить общение пациента с врачом и повысить степень приверженности пациентов лечению данным препаратом.

Расширение продуктовой линии Мотрина (Upjohn) и Руфена (Boots)

Позднее Upjohn вывела на рынок таблетки по 300 и 600 мг, а Boots, у которой были таблетки по 400 мг, расширила свою линию только увеличив дозировку до 600 мг. При этом обе компании планировали расширить предложение ибупрофена с помощью таблеток по 200 мг, специально созданных для выхода на рынок ОТС-анальгетиков в качестве обезболивающего средства. Обе компании хорошо понимали, что с утратой патентной защиты уровень конкуренции резко возрастет.

Перевод ибупрофена в категорию ОТС

Стратегические альянсы Upjohn и Boots

И Upjohn, и Boots решили выйти на рынок ОТС с партнером, имеющим опыт продаж потребителям. Upjohn выбрала Bristol-Myers, а Boots — American Home Products (АНР), подразделение Whitehall. Стратегические маневры, последовавшие за этим, длятся по сей день.

Попытки вывода на рынок ОТС конкурентов Мотрина (Upjohn) и Руфена (Boots)

Тем временем, пока Boots и Upjohn пытались получить разрешение FDA на маркетинг ибупрофена в качестве ОТС-препарата, несколько компаний предприняли попытку нарушить патентную защиту владельца патента Boots и его лицензиатов Upjohn и Whitehall. Эти компании хотели тоже вывести безрецептурный ибупрофен на рынок анальгетиков и видели в этом возможность улучшить свои позиции. Chattem и McNeil были самыми сильными потенциальными конкурентами, пытавшимися нарушить патент на ибупрофен.

Chattem пыталась препятствовать выдаче Комитетом FDA по выработке рекомендаций по лечению артрита разрешения осуществлять маркетинг на рынке ОТС рецептурного анальгетика

ибупрофена компаниям Upjohn и АНР. Главным аргументом компании Chattem было то, что фармацевтическая отрасль сильно сконцентрирована — несколько компаний обладают огромными экономическими преимуществами. Кроме того, только крупнейшие и обладающие значительными ресурсами компании могут регистрировать новые препараты. Таким образом, выдача FDA разрешения на вывод нового ОТС-продукта одной из крупнейших и наиболее благополучных в финансовом отношении компаний неизбежно усилит концентрацию бизнеса и приведет к образованию монополии.

Таким образом, бизнесу Chattem, небольшой компании, занимающейся маркетингом ОТС-препаратов на рынке анальгетиков, будет неизбежно угрожать возможность возникновения монополии в секторе безрецептурных анальгетиков. Эта несправедливость возникнет как вследствие прямой конкуренции с продуктами компании Chattem, такими как Памприн, так и из-за того, что система регистрации новых лекарств лишит Chattem возможности зарабатывать и выводить собственный конкурентоспособный продукт на основе ибупрофена.

Chattem настаивала на том, чтобы FDA включило ибупрофен в свой перечень безрецептурных анальгетиков. Это означало бы, что продукт относится к *«обычно признаваемым безопасными и эффективными»*, как он и продвигался в течение определенного времени, причем на тех же условиях, что и обычный анальгетик или средство от менструальных болей. Такой подход открыл бы путь для продвижения ибупрофена в качестве безрецептурного препарата любым производителем, отвечающим требованиям закона.

Более того, Chattem указала, что если бы Upjohn и АНР имели разрешение FDA, это дало бы им огромное преимущество перед конкурентами, которые могут появиться позже. В этих условиях Chattem и другие небольшие компании никогда не смогут эффективно конкурировать с крупными компаниями, которые начали выводить ибупрофен на рынок раньше.

В ответ на это Upjohn заявила, что очевидным, хотя и не декларируемым мотивом для написания Chattem своей петиции стала защита его препарата Памприн для снятия менструальной боли от конкуренции на рынке ОТС-препаратов со стороны ибупрофена, эффективность которого при менструальной боли была доказана. Кроме того, Upjohn заявила, что даже если бы ибупрофен был широко признан как эффективный и безопасный для использования без рецепта, это вряд ли продолжалось бы долго — тщательное изучение опубликованных результатов исследований обнаружит отсутствие достаточного количества данных об эффективности дозировки 200 мг, и это доказывает, что ибупрофен — новый препарат.

Компания АНР заявила, что *«истинная цель запроса Chattem — элементарное противодействие компаниям АНР и Upjohn в маркетинге ибупрофена ОТС до того, как истечет срок патента»*.

McNeil попытался ограничить влияние ибупрофена на рынок ОТС анальгетиков, выпустив дозировку 200 мг с маркировкой рецептурного препарата. В обращении, направленном FDA в марте 1984 года, McNeil просит ввести ряд ограничений, включая запрет назначать ибупрофен ОТС пациентам с аллергией к аспирину. McNeil заявил, что многие пациенты с гиперчувствительностью к аспирину могут выбрать ибупрофен как альтернативный, «неаспириновый» анальгетик, что создаст предпосылки для серьезных, и даже фатальных реакций из-за перекрестной чувствительности к ибупрофену и аспирину.

Ни одно из действий соперников не было успешным.

Вывод на рынок ОТС Нуприна (Upjohn-BMS) и Адвила (Boots-AHP/Whitehall)

Обе компании представили данные об эффективности и безопасности, полученные в результате клинических испытаний, еще до заседания Комитета FDA по выработке рекомендаций по лечению артрита в августе 1983 года. Заявка на регистрацию Whitehall включала данные, полученные в результате трех клинических испытаний эффективности и безопасности дозировки 200 мг. Upjohn предоставила свои данные для утверждения и формально опередила заявку Boots, поскольку требовалась полная форма заявки на регистрацию, а раз так, то Upjohn была вынуждена предоставить конфиденциальную информацию, которую Boots не пожелала дать.

18 мая 1984 года FDA выдала разрешение на маркетинг ибупрофена в дозировке 200 мг компаниям Bristol-Myers и Whitehall под торговыми марками Нуприн и Адвил соответственно. Одним из наиболее важных аспектов перевода ибупрофена в категорию ОТС стало то, что срок патента должен был истечь 28 мая 1985 года, и тогда выход на рынок для множества конкурентов был бы открыт. Однако период эксклюзивности безрецептурной версии препарата был продлен в Акте о ценовой конкуренции лекарств и о продлении условий патента от 1984 года.

Адвил и Нуприн продвигались как общеобезболивающие средства для применения при головной и мышечной болях, высокой температуре и дисменорее. Однако ни один из этих препаратов не предназначался для лечения артрита, как Мотрин или Руфен. Такие показания к применению поставили бы Upjohn и Whitehall лицом к лицу с конкурирующими продуктами-заменителями от производителей аспирина и парацетамола (ацетаминофена).

Конкуренция с препаратами аспирина и парацетамола

Препараты аспирина все еще оставались самыми дешевыми среди безрецептурных обезболивающих средств, при этом под дженериковым

названием или частной маркой они продавались дешевле, чем под торговой маркой. Упаковка из 30 таблеток компании Bayer могла стоить \$1,25; из 100 таблеток — \$1,99, а 100 таблеток дженериковой марки — \$0,79. Препараты на основе парацетамола примерно в два раза дороже аспирина, стоимость упаковки из 50 таблеток Тайленола составила около \$3,99, из 60 таблеток Датрила — \$2,79, а из 100 таблеток дженерика — \$1,99. Естественно, что ибупрофен как самый новый продукт стал и самым дорогим. Упаковка из 50 таблеток Адвила стоила около \$4,19, из 50 Нуприна — \$3,79.

АНР и Bristol-Myers завалили потребителей купонами и потратили как минимум \$35 млн. каждый на ознакомительную рекламу, по существу, на одну и ту же тему: *«Ибупрофен, прежде доступный только по рецепту, теперь можно приобрести в безрецептурной дозировке»*. Это могло заставить некоторых потребителей думать, что ибупрофен — лучший выбор для снятия малых и средних болей, чем его продукты-заменители, такие как аспирин и Тайленол.

В ответ на выведение Адвила и Нуприна, компания Johnson & Johnson (Тайленол) анонсировала программу инвестирования для повышения рекламного бюджета Тайленола до \$50 млн. Более того, Johnson & Johnson планировала вывод собственного ибупрофена — в форме одноразовой дневной дозы — после истечения срока патента.

К концу 1986 года Адвил и Нуприн заняли примерно 15% рынка анальгетиков, в основном за счет доли рынка аспирина (аспирин занимал 40% рынка, а парацетамол — 45%).

АНР обошла Bristol-Myers в 1984 году, увеличив затраты на рекламу. В 1986 году Адвил превзошел по продажам Нуприн в соотношении примерно 3 : 1. В 1985 году вложения в размере около \$35 млн. в рекламу Адвила довели розничные продажи до \$85 млн.; Bristol-Myers получила от продаж Нуприна всего лишь \$25 млн. из запланированных \$35 млн.

Вывод на рынок ОТС конкурентов Нуприна (Upjohn-BMS) и Адвила (Boots-АНР/Whitehall)

Сразу после истечения периода эксклюзивных прав на маркетинг ОТС-ибупрофена несколько фармацевтических компаний были готовы присоединиться к победителям. Они разработали новые продукты-заменители и создали проблемы для Адвила и Нуприна, но избегали лобового столкновения с лидерами. Вместо этого они рекламировали свои продукты как средства для избавления от менструальной боли, оценивая рынок в \$65 млн.

Фирма McNeil вывела на рынок Медипрен, компания Par and Barr запустила дженериковый ибупрофен, а Chattem, Glenbrook Laboratories, Danbury, Chelsea и многие другие начали сражение за долю на рынке средств от менструальной боли.

Большинство новых конкурентов позиционировали свой безрецептурный ибупрофен на рынке средств от менструальной боли.

С другой стороны, рецептурный ибупрофен по 400 и 600 мг позиционировался на рынке средств от артрита. Таким образом, ибупрофен за свою историю позиционировался на различных рынках.

При разработке стратегии для ОТС-ибупрофена нужно было учесть одно важное обстоятельство: как будут воспринимать его потребители — как новую марку или как новый продукт? Один из производителей пытался позиционировать свой ОТС-ибупрофен как новый продукт, как это следовало из рекламы на телевидении: *«Первым был аспирин, затем Тайленол, теперь есть ибупрофен»*. Другой производитель использовал такой подход: *«В 50-х менструальная боль означала прием Мидола. В 70-х она означала также Памприн. Теперь есть Трендар. Современный выбор при менструальной боли»*.

Позиционирование Нуприна (Upjohn-BMS) и Адвила (Boots-AHP/Whitehall)

Мотрин и Руфен выбрали в качестве основного сегмент средств от артрита и надеялись снимать урожай также на рынках средств от менструальной боли, мышечной боли и травм. Стратегия позиционирования Адвила и Нуприна подразумевала занятие доли рынка средств от головной боли, жара, малых и средних болей, в то время как Халтран, Мидол-200 и Трендар предпочли рынок средств от менструальной боли. Медипрен позиционировался как средство от мышечных болей лучшее, чем аспирин.

В случае с рецептурным ибупрофеном выведение Мотрина означало наличие многих преимуществ, недоступных для существовавших на тот момент продуктов и важных для потенциальных пользователей препарата: эффективность при отсутствии привыкания и седативного эффекта, относительно небольшое число других побочных эффектов и нежелательных взаимодействий с другими лекарствами, а также безопасность. Многими из этих характеристик не обладали такие препараты, как бутазолидин, аспирин в большой дозировке, кортикостероиды, наркотические и ненаркотические анальгетики и парацетамол. Поэтому и Мотрин, и Руфен использовали эти качества в своих стратегиях позиционирования.

Однако рынок ОТС представлял собой нечто иное. Была неудовлетворенная потребность в безопасном препарате, эффективном при боли и воспалении, не раздражающем желудок, имеющем небольшое число других побочных эффектов и лекарственных взаимодействий, а также не вызывающем синдром Рея. Аспирин, парацетамол и ибупрофен обладают примерно одинаковой эффективностью (ибупрофен может быть немного эффективнее при головной боли); ибупрофен меньше раздражает желудок, чем аспирин, но больше, чем парацетамол. И аспирин, и ибупрофен обладают противовоспалительным воздействием, но вызывают синдром Рея. Таким образом, новый продукт ибупрофен не полностью соответствовал ожиданиям.

Продвижение Нуприна (Upjohn-BMS) и Адвила (Boots-ANP/Whitehall)

Очевидно, что при выведении на рынок Адвила и Нупрена наибольшие усилия пришлось на продвижение. Обе компании завалили потребителей купонами и потратили как минимум \$35 млн. каждая на ознакомительную рекламу. Позже для Адвила серьезной поддержкой стал он сам, поскольку центром рекламной компании, стоившей \$100 млн., стала его привлекательная таблетка. В АНР считали, что потребители так хорошо идентифицировали Адвил именно благодаря терракотовому покрытию таблетки, что составило часть имиджа продукта. На самом деле это рекламное преимущество появилось в результате счастливой случайности: покрытие было разработано для защиты от подделки! В январе 1986 года Адвил занял в США второе место в рейтинге продаж обезболивающих средств, а АНР поменяла свой маркетинг для того, чтобы больше усилий сосредоточить на дистрибуции, приведя их в соответствие с усилиями по продвижению. Предполагалось выделить для продвижения Адвила штат торговых представителей. Они рассчитывали улучшить восприятие препарата в среде врачей, интенсивно раздавая его образцы.

Johnson & Johnson, производитель Медипрена и Тайленола, начала массированную рекламную компанию Медипрена, убеждая американцев прекратить принимать другие таблетки и попробовать Медипрен. Он рекламировался как средство от мышечных болей, чтобы не отнимать у Тайленола потребителей средств от головной боли.

Усилия по продвижению оставались значительными — McNeil распространила среди потребителей купоны и потратила \$50 млн. на телевизионную рекламу. Кроме того, McNeil завалила врачей бесплатными образцами препарата, используя тактику успешного выведения на рынок Тайленола 25 лет назад.

Вывод новых препаратов на основе ибупрофена – Халтрана (Upjohn) и Трендара (АНР/Whitehall)

Два обладателя лицензии на оригинальный ибупрофен вывели на рынок средств от менструальной боли обезболивающие на основе ибупрофена: АНР/Whitehall — Трендар, а Upjohn — Халтран. Первоначально ибупрофен ОТС не продвигался активно как средство при менструальной боли, ставшей основным показанием для сверхсильного Тайленола (Extra Strength Tylenol).

Всего лишь за два месяца до истечения срока патента на безрецептурный ибупрофен, 26 сентября 1986 года, Upjohn решила вывести собственный бренд ибупрофена ОТС под торговой маркой Халтран, позиционировав его как средство от менструальной боли. При этом

у компании было дополнительное разрешение специально для назначения при дисменорее. Таким образом, у Халтрана оказалось двухмесячное преимущество перед следующей волной выхода на рынок ОТС-ибупрофена.

Upjohn потратил \$25 млн. на журнальную и телевизионную рекламную кампанию против «тяжелых ударов, испытываемых женщинами», и попытался позиционировать Халтран как новый продукт (не расширение продуктовой линии) со слоганом «Новое поколение обезболивающих средств для использования при менструальной боли». Рекламные послания были размещены в журналах с преимущественно женской аудиторией и показывались на телевидении в те моменты, когда шли программы для женщин. Upjohn заявила, что Нуприн и Халтран не конкурируют друг с другом, поскольку первый — средство от менструальных болей, а Нуприн — обычное обезболивающее.

Трендар компании АНР позиционировался как «Современный выбор при менструальной боли» — новая попытка представить ибупрофен как новый продукт. Компания Sterling Drugs надеялась опередить остальных своим препаратом Мидол-200 с помощью узнаваемости марки. Этот препарат на основе аспирина был лидером на рынке средств от менструальной боли. Понимая, что рынок обезболивающих средств объективно является зрелым рынком, эти компании надеялись, что позиционирование в сегменте средств от менструальной боли даст хорошую возможность конкурировать с Адвилем и Нуприном.

Упаковка как средство продвижения

Упаковка ОТС-препаратов — одно из средств продвижения, она должна учитывать пристрастия, неприязни и предпочтения потребителя, быть удобной в применении, а также привлекать внимание, доносить до потребителя рекламное послание, способствовать формированию привлекательного имиджа компании и стимулировать покупку.

Стоит отметить три упаковки ОТС-ибупрофена. Средство от менструальной боли Халтран заключено в «женственную» нежно-розовую упаковку с неоновыми-технологичными красно-синими надписями. Она сообщает потребителю, что разработана для женщин и содержит препарат нового поколения для применения при менструальной боли. Адвил, упакованный в сине-желтую клетчатую коробку, также имеет высокотехнологичный имидж препарата нового поколения. На упаковке Медипрена нарисовано человеческое тело в разных положениях. Это попытка сделать рекламное сообщение потребителю о том, что препарат избавит от мышечных и суставных болей и предназначен для тех, у кого нет времени на боль: *«Давайте двигаться с Медипреном!»*.

Проблемы перевода ибупрофена в категорию ОТС

Изменение дозировки и цены

Переход из рецептурной в безрецептурную категорию не был таким гладким, как все надеялись. Например, когда Актифед и Робитуссин стали ОТС-препаратами, они сохранили свои прежние названия. Стратегия Адвила и Нуприна разворачивалась совсем в иных условиях.

Во-первых, в процессе перехода из рецептурной в безрецептурную категорию изменилась их дозировка, а во-вторых, изменилась и их цена, что могло привести потребителя в замешательство. В 1985 году Адвил (50 таблеток в упаковке) стоил \$3,99, в то время как Нуприн (тоже 50 таблеток) – \$4,39. Анацин и Тайленол продавались по \$2,99 за 50 таблеток. Даже если учесть разницу в дозировке, две марки ибупрофена в глазах неосведомленного потребителя выглядят более дорогими.

Изменение наименования

Другая проблема возникла из-за лицензионного соглашения между Boots/АНР и Upjohn/Bristol-Myers. Ни АНР, ни Bristol-Myers не могли использовать имевшиеся марки — Руфен и Мотрин, поскольку Boots и Upjohn продолжали предлагать свои продукты врачам под этими названиями. Переход с рецептурной категории в безрецептурную часто приводит к использованию нестандартной маркетинговой стратегии — маркетологи часто добивались успеха, делая упор на рецептурной истории продукта. Однако применение этой стратегии при выводе ОТС-ибупрофена провалилось. Вынужденные представлять свой продукт как новый препарат, а не как расширение продуктовой линии, обе компании создали новые торговые марки. Поэтому потребители не смогли перенести свою осведомленность о рецептурном обезболивающем средстве на его безрецептурную форму.

В дополнение ко всему Upjohn начала судебную тяжбу против АНР за использование марки «Мотрин» и оранжевого цвета этого препарата в ознакомительной рекламной компании, поэтому позиционирование все время менялось, что привело потребителей к полному замешательству.

Соппротивление фармацевтической общественности

Было еще и сопротивление фармацевтической общественности. Как только продукты появились в аптеках, некоторые местные аптечные

ассоциации начали активно распространять сведения о побочном действии ибупрофена. Эти действия не были полностью альтруистичными. Многие фармацевты считали, что вложенные в закупку рецептурного ибупрофена \$250 млн. могут быть потерянными, и им не нравилось, что препараты изменили статус без сохранения их в качестве рецептурных в течение нескольких лет. Эта ситуация поставила компании перед проблемой: как удовлетворить корпоративные интересы без нарушения своих стратегий? Как оказалось, конфликты могут возникнуть между двумя или более аудиториями — в данном случае, между принимающими решение потребителями, оказывающими влияние акционерами и специфической фармацевтической аудиторией.

Стратегические решения Upjohn

Падение продаж Мотрина

Выведение на рынок ибупрофена ОТС могло повлиять и повлияло на положение рецептурного Мотрина. Его продажи в год появления ОТС-ибупрофенов упали на 20%. Более того, 5% от продаж Нуприна, которые Upjohn получала по соглашению с Bristol-Myers, не восполняли потерь от падения продаж Мотрина, которые составили 40% прибыли, полученной в 1983 году. Ценовая война с Руфеном влияла на прибыль, и цена на акции Upjohn упала с \$61 за акцию в начале июля 1983 года до \$45 в августе 1984 года.

Проблемы с ОТС-ибупрофенами Upjohn - Халтраном и Мотрином IB

Собственное предприятие Upjohn с ОТС-препаратом Халтран оказалось неудачным, и только в 1989 году Мотрин стал упоминаться среди препаратов ОТС (как Motrin IB). Реклама появилась в июле. Потребительская реклама включала в себя телевизионную и печатную рекламу, образцы и купоны. Планировалась также реклама в профессиональных журналах для врачей и фармацевтов. В телевизионной рекламе Мотрин IB использовалась высокая узнаваемость торговой марки рецептурного Мотрина, которая по результатам исследований заметно превышала 85%. В рекламном ролике, в котором название Мотрин IB упоминалось четыре раза, в частности, говорилось: *«Вы увидите самые важные слова об освобождении от боли за последние 100 лет: Мотрин IB. Нет необходимости в рецепте. Теперь рекомендуемый врачами обезболивающий препарат Мотрин доступен в безрецептурной дозировке... Он становится новым поколением обезболивающих средств»*. Будет ли это работать? Почему Upjohn выжидала так долго?

Upjohn начала массированное наступление на рынок ибупрофена ОТС отчасти и из-за резкого падения продаж рецептурного Мотрина, в то время как его безрецептурные конкуренты вели бойкую торговлю. *«Мы используем торговую марку Мотрин для продажи без рецепта, потому что думаем, что рынок готов воспринять новые анальгетики этого типа»*, — сказал Теодор Купер (Theodore Cooper), возглавлявший тогда Совет директоров Upjohn.

Частично из-за дженериковых товаров-заменителей продажи Мотрина в 1988 году упали на 20% от уровня 1987 года. Тем временем продажи наиболее успешных безрецептурных марок ибупрофена, Адвила и Нуприна, росли быстрее, чем любой сегмент рынка безрецептурных анальгетиков, емкость которого составляла \$2 млрд. Из двух препаратов Адвил, продаваемый АНР, был более популярным и занимал около 13% рынка. Нуприн, продаваемый Bristol-Myers по лицензионному соглашению с Upjohn, занимал 4,5% рынка. Третье место с большим отрывом занимала другая марка ибупрофена, Медипрен, продаваемая Johnson & Johnson.

Консультант по маркетингу Хемант Шах (Hemant Shah) в статье, напечатанной 15 августа 1989 года в *Medical Advertising News*, назвал «глупостью века» лицензирование Нуприна компанией Upjohn и обвинил ее в недостаточном внимании к рынку ОТС.

По оценкам наблюдателей, 1984 год мог стать идеальным моментом для запуска компанией Upjohn безрецептурного ибупрофена и связывания его с помощью названия с Мотрином. Вместо этого компания запустила безрецептурный препарат, назвав его Нуприн, и дала фирме BMS лицензию на его маркетинг. Маркетологи Upjohn отказались от рынка безрецептурного ибупрофена, полагая, что они не владеют необходимыми знаниями для его продажи.

Исполнительный директор Upjohn Теодор Купер (Theodore Cooper) видел проблему иначе. По его мнению, Мотрин — хороший пример того, как Upjohn намерен развивать «полный потенциал» своих более зрелых продуктов. Это прообраз решения трудной задачи — усовершенствования в процессе регулирования. Сейчас в разработке компании Upjohn находится новая формула, Мотрин SR, но оформление заявки на ее регистрацию — за исключением предварительных консультаций с FDA — похоже, увязло в неразрешимых вопросах фармакокинетики, которые, как сказал Купер, приводят и персонал FDA и компанию в замешательство.

Вывод Энсейда

В этих рассуждениях обычно не упоминается выдача разрешения на Энсейд (Ansaid) — флурбипрофен компании Upjohn — средство из того же класса, что и Мотрин.

В FDA препарат Энсейд конкурировал со многими другими средствами класса НПВС, ожидающими утверждения, и имел

положение 1С в рейтинге приоритетов. Однако на рынке Европы он в течение нескольких лет уже присутствовал с «превосходными характеристиками», как сказал Купер. В США, отметил он, конкуренция с препаратами более старого поколения, — скорее, маркетинговое преимущество, чем проблема.

В отличие от Мотрина, по мнению Купера, Энсейд не будет испытывать конкуренции с безрецептурной формой продукта. Хотя Upjohn получила от Boots, разработчика ибупрофена, лицензию на Энсейд (флурбипрофен), продукт защищен от лицензирования ОТС любой другой компанией*.

Литература

1. National Pharmaceutical Council. *Pharmaceutical research: Therapeutic and economic value of incremental improvements*. Reston, VA: Author, 1990.
2. Maxwell R.A. *The state of the art of the science of drug discovery – an opinion*. *Drug Dev Res*. 1984; 4: pp. 375-389.
3. Snell E.S. *Postmarketing development of medicines*. *Pharm Int*. 1989; 7 (2): pp. 33-37.
4. Drews. *Drug discovery: A historical perspective*. *Science*. 2000; 1960—64.
5. CNNfn. *Drug firms post healthy 4Q, 1999*. Available: <http://www.cnnfn.com/1999/01/26/companies/drugs> (accessed May 19, 2000).
6. Minnesota Mining and Manufacturing Company. *3M reports first-quarter 1998 sales and profits*. St. Paul, MN: Author, 1998. Available: <http://www.mmm.com/front/1qtr98> (accessed in May 19, 2000). Copyright 1997-1999 3M.
7. Yahoo Search Engine: *Gentech List Archive*. *Monsanto to spin off chemical business* (September 3), 1997 (accessed May 19, 2000).
8. Novartis press release. *Novartis starts with strong growth in first quarter* (April 17), 1997.
9. Warner-Lambers. *Warner-Lambers reports first quarter sales and earnings results*. *Business Wire*, press release (April 19), 2000. Document ID 20000419050000074.
10. *Mergers and new products dominate*. *Chemical & Industry New*, 21 (November 6), 1995; p. 861. Available: <http://ci.mond.org/9521/952109html> (accessed May 19, 2000).
11. Perkins J.G. *Remembrance of FEDs past: A reflection of the effective enhancement of an established allergy/cold product at Wellcome; 1976-1984*. Paper presented at University of Mississippi, April 5, 1999.
12. Reiff J.D. *Actifed – Flying high in the OTC market*. *Pharmaceutical Executive*, 1984; 4 (11): pp. 46-47.
13. SWITCH FORECAST, 1999. Available: <http://www.rxtotcswitch.com/trends/difore.html>.
14. Juhl R.P. *Prescription to over-the-counter switch: A regulatory perspective*. *Clinical Therapy*, 20(Supplement C), 1998; pp. 111-117.

* Мы выражаем особую признательность Мухаммеду Раввасу и Патти Пиплс за помощь в создании этого материала.

15. SWITCH FORECAST, 1999. Available: <http://www.rxtootcswitch.com/trends/difore.html>.
16. Juhl R.P. Prescription to over-the-counter switch: A regulatory perspective. *Clinical Therapy*, 20(Supplement C), 1998; pp. 111-117.
17. Smith M.C. Rx-to-OTC switches: Reflection and projections. *Drug Topics*, 1998; 142(July 20): pp. 70-79.
18. Food U.S. and Drug Administration. IVD OTC List (March 10). Washington, DC: Center for Devices and Radiological Health, 2000.

Глава 5.

Среда: поддержание роста прибыли на различных этапах жизненного цикла продукта

Прибыль компании во многом зависит от того, насколько эффективно она управляет своими финансовыми потоками на различных этапах жизненного цикла продукта — времени до и после его регистрации как лекарственного средства, — следуя за постоянным изменением среды.

Модель, иллюстрирующую «финансовые потоки в течение жизненного цикла лекарства» как функцию времени и внутренних возможностей компании, разработал А.Т. Керни (А.Т. Kearney)¹ (рис. 5.1). Высокое качество продукции и эффективность организации — дополнительные характеристики, не имеющие прямого отношения к данной теме, поэтому мы их опустили.



Рис. 5.1. Зависимость финансовых потоков от внутренних возможностей компании

На первом этапе финансовые потоки отрицательны — это период до получения разрешения на маркетинг продукта. Любое улучшение или усовершенствование системы, приводящее к **сокращению этого этапа**, было бы благотворным, как и снижение затрат на отдельные процессы, необходимые для достижения этого этапа.

Считается, что жизнеспособность фармацевтической компании напрямую зависит от эффективности ее исследовательской деятельности. Поэтому самый критичный этап поиска препарата — **отбор ценных молекулярных соединений**². Кроме предложения для лицензирования препарата со стороны, единственная возможность для нового химического соединения войти в стадию разработки — это быть выбранным в качестве наиболее перспективного из множества имеющихся потенциальных кандидатов. Только 5 из 5000 веществ, рассматриваемых в ходе НИОКР и доклинических испытаний, утверждаются для тестирования на людях.

Основное требование к управлению проектом по **разработке и запуску нового препарата** — четкая постановка задач и определение времени, необходимого на его регистрацию. Любое сокращение этих временных рамок дает огромные преимущества с точки зрения рентабельности. Хотя ключевым звеном этого процесса является разработка препарата, важны и другие функциональные сферы, такие как доклинические исследования и контакты с регулирующими органами.

На втором этапе (время после получения регистрации) финансовые потоки становятся положительными. Наибольшие прибыли приходятся на период действия патента на новое лекарственное средство. Поэтому **продление этого этапа** (т.е. продление срока действия патента) дает препарату большие преимущества, а прибыль от его продаж может продолжать расти³.

Навыки в сфере **маркетинга, продаж и управления каналами сбыта** представляют собой внутренние возможности компании, находящиеся в основном за пределами НИОКР. Однако исключения из правил есть, и в основном они касаются управления жизненным циклом продукта: например, использование возможностей этапа НИОКР для продления срока патентной защиты с помощью разработки новой формы выпуска, увеличение срока эксклюзивности путем расширения клинических показаний.

Еще одним способом повышения эффективности бизнеса и, в первую очередь НИОКР, являются **слияния**, которые будут рассмотрены в конце этой главы.

Повышение эффективности отбора ценных молекулярных соединений

Для поддержания фармацевтическими и биотехнологическими компаниями высоких темпов роста, им необходимо постоянно

повышать свою продуктивность⁴. Единственный способ получения отдачи от исследований — это максимизация числа новых жизнеспособных химических соединений, отобранных на фазе разработки или до начала доклинических испытаний. Это означает способность анализировать огромные объемы информации для быстрого отсева неподходящих или неактивных веществ. Акцент делается на оптимизации количества вовлеченных в исследование новых химических соединений, поскольку во время этой фазы выдается «путевка» для перехода в стадию разработки, и лишь немногие препараты (от 1,25 до 2,5%) эту фазу проходят. На **рис.5.2** схематически изображены отдельные составляющие процесса разработки препарата.

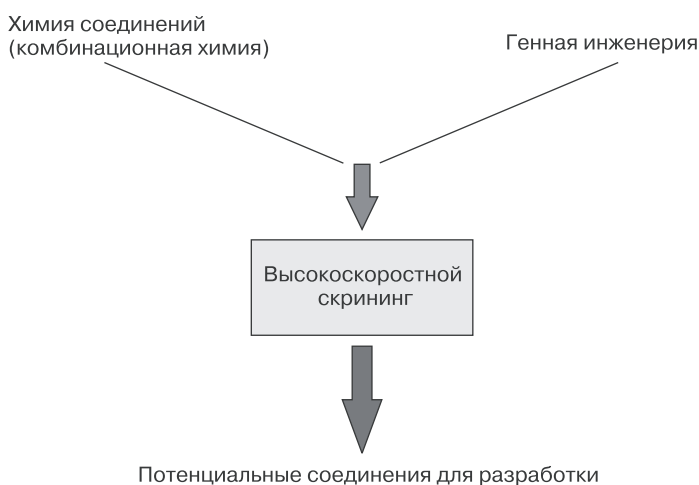


Рис. 5.2. Соотношение между отдельными составляющими разработки препарата

Химия соединений требует создания каталогов, содержащих информацию о сотнях тысяч, миллионах химических соединений⁵. Эта информация должна быть интегрирована со сведениями о том, какое биологическое воздействие на организм оказывает каждое из соединений, их отношение к конкретным заболеваниям. Для этого были разработаны объединенные каталоги соединений, иногда называемые «фабриками по разработке лекарств⁶, где описаны история и жизненный цикл каждого соединения, которые могут стать мгновенным руководством к действию. Ведь недостаточная расторопность в разработке приводит к немедленным потерям в конкурентной борьбе⁷.

Генная инженерия, как источник прорывов в терапии, пока находится на ранней стадии развития. Тем не менее эта наука обладает громадным потенциалом, поскольку со временем она приведет к пониманию процесса заболевания. На **рис. 5.3** показан путь к получению конечных продуктов с помощью генной инженерии и параллельных дисциплин, которые должны предоставлять огромный объем информации до того, как генная инженерия станет зрелой наукой.

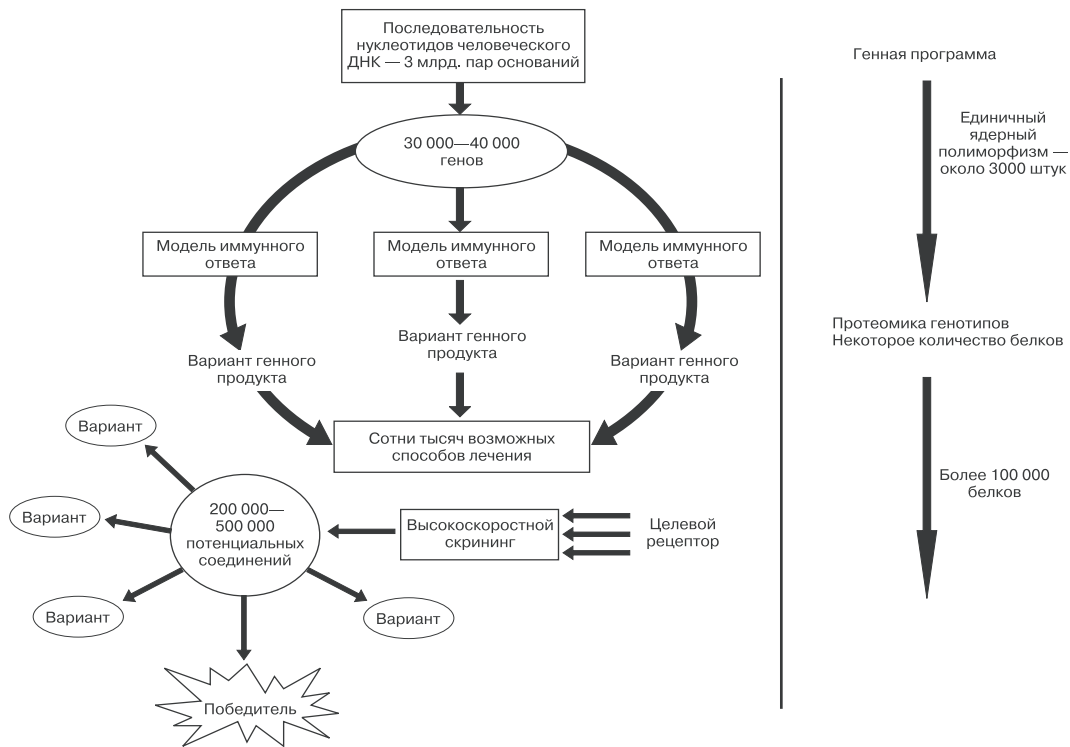


Рис. 5.3. Путь к конечному продукту генной инженерии и сопутствующих дисциплин

Источник:

Gardner S. and Hamer R. Informatics magic — how to turn data into knowledge, *Pharmaceutical Executive* 2000; 20 (12): p. 64.

Высокоскоростной скрининг означает тестирование огромного числа химических соединений с помощью простого слепого анализа. Имея возможность использовать 1536 лабораторных чашек, компании теперь могут осуществлять до 100 отсевов в день, что составляет рост более чем в 1000 раз по сравнению с предыдущим десятилетием⁸.

Управление проектами по разработке препарата и его запуску

Прежде всего определим разработку препарата как выполнение ряда взаимосвязанных задач с целью вывода на рынок нового химического или биологического соединения (**рис. 5.4**)⁹. К таким задачами относятся доклинические испытания, клинические испытания (I – III фазы), регистрация (подача заявки на регистрацию нового препарата или получение лицензии); IV стадия клинических испытаний (решающая для определения сроков разработки продукта), а также предрегистрационные проверки.

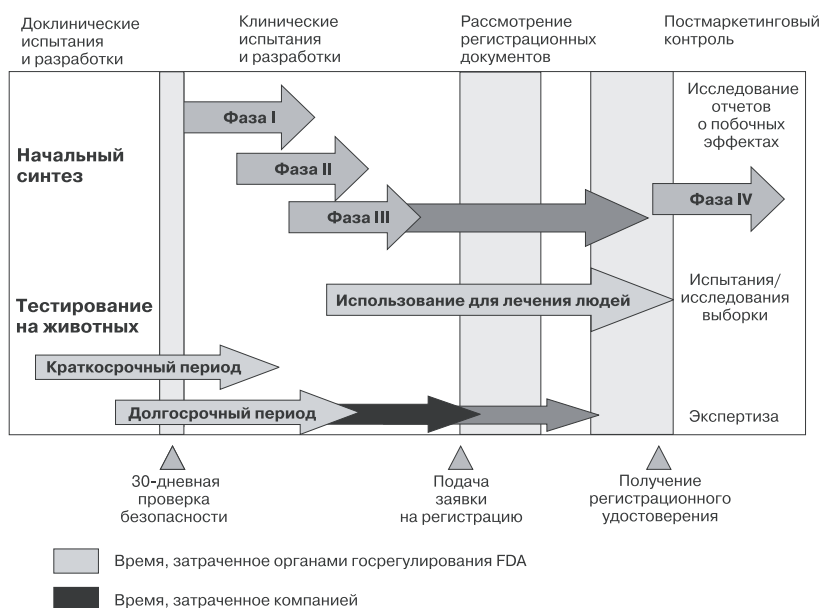


Рис. 5.4. Этапы разработки нового препарата

На **рис. 5.5** представлена модель взаимосвязей/взаимодействий компонентов, необходимых для успешной и своевременной разработки препарата¹⁰. В этом примере регулирующие органы и органы управления проектом являются партнерами в координации процессов разработки препарата.

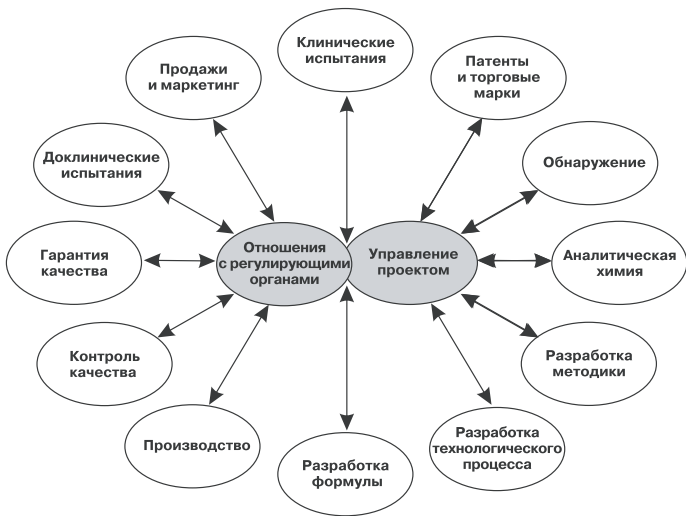


Рис. 5.5. Схема важнейших взаимосвязей/условий, необходимых для ускорения процесса разработки препарата

В ходе разработки важно избежать или свести к минимуму время, разделяющее периоды реализации последовательных задач¹¹. Этого можно достичь путем передачи функции принятия решения проектной группе. Как показано на рис. 5.6 опоздание с запуском продукта может привести к огромным потерям доходов¹². Для обычного рецептурного препарата потери, вызванные задержкой начала продаж только на один день, составляют \$1,3 млн. Для блокбастеров типа Прилосека (Prilosec), Зокора (Zocor) и Кларитина (Claritin) эти потери составляют \$112 млн., \$7,8 млн. и \$3,6 млн. в день соответственно.

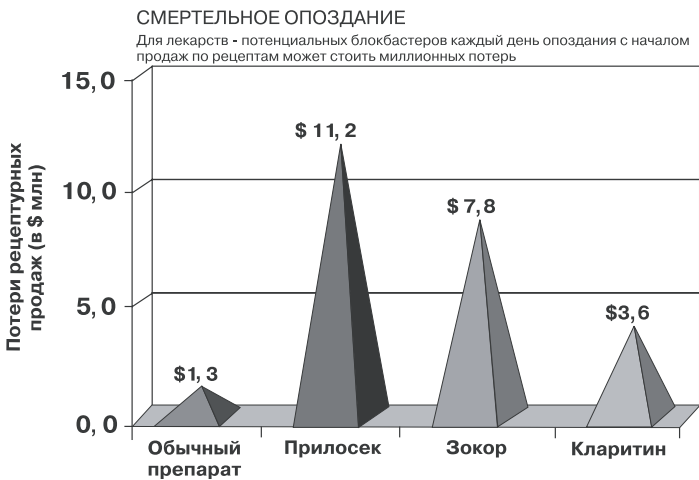


Рис. 5.6. Потери рецептурных продаж за каждый день опоздания с регистрацией

Некоторые компании обладают конкурентным преимуществом, выражающимся в более высокой **скорости разработки препаратов**. В этой главе под скоростью разработки мы подразумеваем время от заполнения заявки на проведение клинических испытаний нового препарата до получения регистрационного удостоверения. На **рис. 5.7** представлены пять выдающихся в этом смысле компаний¹³. В среднем по отрасли сроки разработки препарата составляют 3,7 года. Лидер, компания AstraZeneca, опережает среднеотраслевые сроки на два года, за ней по пятам следует Glaxo Wellcome, имеющая преимущество в 1,6 года. Компании Merck, Pfizer и Abbott балансируют между 1,1 и 1,2 годами преимуществ во времени.



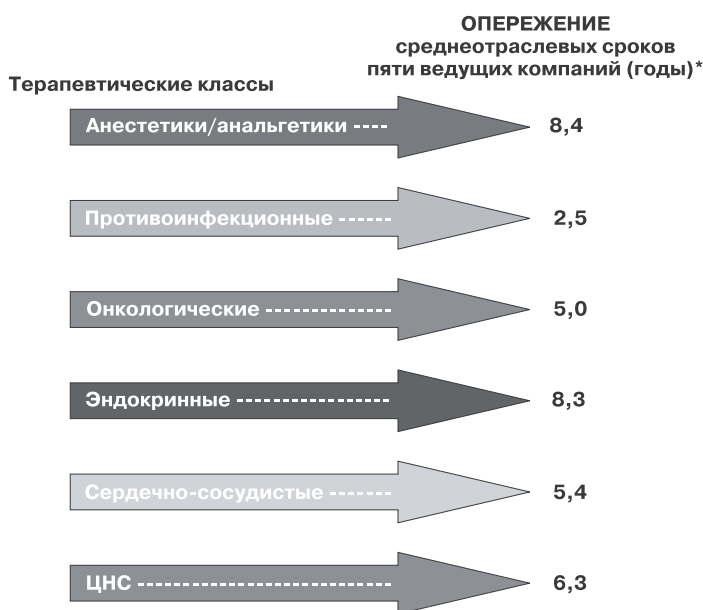
* Разница во времени, затрачиваемом на разработку препарата компанией и в среднем по отрасли.

Рис. 5.7. Пять компаний-лидеров с точки зрения скорости разработки препаратов

Источник:

CenterWatch Database of Approved NCEs 1981–1999, FDA.

Интересно, что с учетом отдельных терапевтических групп положение этих пяти компаний еще более впечатляет¹⁴. Если рассматривать их вместе (**рис. 5.8**), то они опережают остальную отрасль на 8,3 года в группе эндокринных препаратов, на 8,4 года — в группе анальгетиков/анестетиков, на 6,3 года — в группе препаратов для лечения заболеваний центральной нервной системы (ЦНС). Затем следует группа сердечно-сосудистых препаратов (5,7 лет), онкологических препаратов (5 лет) и, наконец, противомикробных препаратов (2,5 года).



* Разница во времени, затрачиваемом на разработку препарата пятью ведущими компаниями и в среднем по отрасли.

Рис. 5.8. Положение пяти лидирующих компаний (см. рис. 5.11) по терапевтическим классам

Источник:

CenterWatch Database of Approved NCEs 1981–1999, FDA.

Хотя исчерпывающий анализ мероприятий по экономии времени при выполнении всех функций, указанных на **рис. 5.5**, выходит за рамки этой главы, все же обратим внимание на некоторые моменты, которые, судя по всему, используют большинство успешных компаний¹⁵:

- 1. Более быстрое получение регистрационного удостоверения после подачи заявки на регистрацию.** Среднее время для пяти лидирующих компаний составляет 1,5 года в сравнении со среднеотраслевым 1,9 года.
- 2. Глобальное планирование проектов.** Программы развития интегрированы и согласованы с точки зрения внутренней среды.
- 3. Реалистические отчеты.** До начала реализации проекта информация рассматривается врачами, консультантами и исследовательским персоналом.
- 4. Активное сотрудничество.** Постоянная связь с регулирующими органами.
- 5. Технологии управления проектами, информацией и коммуникациями.** Для ускорения процесса разработки используются технологические решения.
- 6. Сплоченность проектной группы.** Проектная группа обладает высоким уровнем независимости и полномочий.

Очевидно, что связующей нитью, проходящей сквозь все эти моменты, являются коммуникации — либо с внешними аудиториями, такими как регулируемыми органами, либо с внутренними группами, вовлеченными в процесс вывода продукта на рынок.

Ниже даны примеры сокращения общего периода разработки путем уменьшения затрат времени на решение отдельных задач этого процесса.

Доклинический отсев

Подсчитано, что примерно 40% новых препаратов терпят неудачу из-за их фармакокинетических характеристик, 11% — из-за токсического воздействия на человеческий организм¹⁶. Следующая категория, которая плохо поддается оценке, но приводит к наиболее ощутимым потерям прибыли и инвестиций, — гепатотоксичность новых препаратов, выявляемая во время клинических испытаний¹⁷. Поэтому, как показано в схеме разработки препарата на **рис. 5.9**, любые доклинические испытания, позволяющие как можно раньше выявить такие недостатки, дают определенные преимущества¹⁸.



Рис. 5.9. Отношение между стоимостью и количеством новых соединений

С точки зрения фармакокинетики скрининг с использованием человеческих клеток и ферментных систем сделал процесс получения перспективных материалов более предсказуемым^{19,20,21}. Данные о скорости скрининга используются для создания удобной математической модели. Другой подход базируется на биоинформатике и компьютерных моделях. В них используются множество параметров, включая молекулярный вес соединения, липофильность, число доноров и акцепторов водородных связей, а также характеристики, от которых зависит токсичность соединения.

Более трудная задача — прогнозирование гепатотоксичности, которая обнаруживается в процессе клинических испытаний. Однако и здесь несколько областей обещают грандиозный прорыв в не столь отдаленном будущем.

Клинические испытания

Ускорению разработки нового препарата способствует сокращение времени на отдельные клинические испытания. Один из таких способов — использование современных информационных систем²² (рис. 5.10). Создаваемые на сайте базы данных становятся доступными практически мгновенно. Это сильно отличается от бумажных папок с отчетами, данные для которых собираются постепенно и требуют огромных трудовых затрат, чтобы превратиться в базы данных²³. Компании, специализирующиеся на разработке электронных инструментов для клинических испытаний, используют их для сокращения времени, необходимого для принятия решения о жизнеспособности нового соединения. Это заменяет традиционную III фазу клинических испытаний.

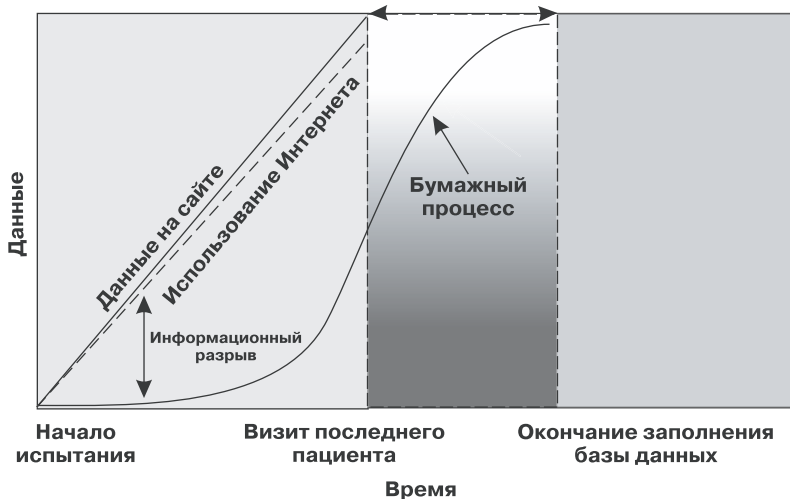


Рис. 5.10. Сравнение времени, необходимого для сбора данных о клинических испытаниях с помощью электронных систем и бумажных форм отчетности

Определенные преимущества в ходе разработки могут быть достигнуты и благодаря как можно более ранней корректировке чернового пакета предложений. В этом случае достигается большее соответствие содержания экспериментов ожидаемым параметрам будущего препарата. Частью такого подхода является формирование мощной основы для проведения I и II фазы испытаний, по результатам которых можно будет точнее спланировать более дорогостоящие III и IV фазы. Кроме этих мер, есть еще несколько важных соображений, связанных с клиническими испытаниями, которые помогают в достижении наших целей²⁴:

1. Включение в ранние испытания суррогатов конечных точек.
2. Реализация в ходе фазы IIa программы «испытание концепции» для определения механизма действия, области применения и оптимального дозирования еще до начала фазы испытаний IIb и III.

Вклад Интернета

Все более важную роль в фармацевтической отрасли начинают играть информационные технологии. Интернет может распространить эту роль до такого уровня, что она окажет революционное воздействие на способы исследования и разработки, используемые в отрасли²⁵. В табл. 5.1 представлены результаты опроса руководителей подразделений НИОКР о будущем вкладе Интернета в их разработки. В целом ответы позитивны, какие бы оговорки они не содержали.

Таблица 5.1.

Оценка 50 руководителей отделов НИОКР существующего и будущего вклада Интернета в положение их подразделений

Доля высказываний «за»%	Оценка, ожидания	Доля высказываний «против»	Оценка, опасения
74%	Будут применять сетевые информационные технологии или пользоваться соответствующими услугами посредников (в дополнение к 26% тех, кто делает это сегодня)	82%	Сомнения по поводу безопасности хранения информации в системах, связанных с Интернетом
60%	Будут собирать и передавать данные о клинических испытаниях в электронном виде (в дополнение к 14% тех, кто делает это сегодня)	58%	Становится проблемой сохранение в тайне информации о пациентах

Продолжение ↓



Доля высказываний «за» %	Оценка, ожидания	Доля высказываний «против»	Оценка, опасения
56%	Намерены через Интернет приглашать участников клинических испытаний (в дополнение к 10% тех, кто делает это сегодня)	44%	С точки зрения бюджета и персонала, Интернет-технологии могут стать препятствием, они больше создают проблем, чем решают
64%	Планируют заполнять электронные версии регистрационных документов (сегодня это делают 30% опрошенных)		
80%	Применение информационных технологий в исследовании и разработке		
69%	- сократит время до запуска продукта, - снизит затраты на разработку.		

Источник:

Banerjee P. and Skittow F., R&D Com – Research to Revenue, Pharmaceutical Executive Supplement, 2000 г; (30) Desember.

Помимо результатов любого опроса есть и общее мнение о том, что Интернет ускорит внедрение тех новшеств, которые уже имеются в сфере распределения ресурсов на НИОКР в фармации²⁶. Такое достоинство Интернета, как способность радикально упрощать обмен информацией, облегчает взаимодействие между компаниями. Как следствие, выполнение многих задач, традиционно решавшихся в стенах компании, теперь легко может быть передано специалистам в узкой и четко определенной сфере.

Передавать ли выполнение задачи сторонним специалистам и в какой степени — этот критический вопрос встанет перед исследовательскими организациями в будущем, когда Интернет будет функционировать более эффективно. На одном полюсе будет прежняя модель компаний, имеющих все навыки, необходимые для разработки собственных продуктов, на другом — виртуальные компании, сохраняющие лишь несколько «стержневых» навыков. Где-то посередине находится частично «виртуализированная» фирма²⁷.

Управление жизненным циклом препарата с помощью пострегистрационных НИОКР

Вовлечение НИОКР в управление жизненным циклом новых химических соединений обычно начинается еще на стадии разработки и облегчается благодаря взаимодействию с маркетинговым подразделением компании²⁸. В основном это выражается в предварительном планировании и направлении усилий на:

- ✦ развитие новых форм выпуска препарата;
- ✦ расширение показаний к применению.

Изменение формы выпуска препарата может затрагивать как его активную субстанцию, так и средства доставки. Что касается первой, то хиральные, или одно-изомерные, препараты являются основным средством продления срока патентной защиты соединения. В **табл. 5.2** приведены тому подтверждения²⁹. Глобальные продажи по всем терапевтическим классам в 1998–1999 годах выросли и, по прогнозам, будут продолжать расти до 2003 года. Продажи хиральных препаратов сегодня составляют около одной трети всех мировых продаж фармацевтической продукции³⁰.

Таблица 5.2.
Мировые продажи хиральных препаратов

Тип препарата	Объем продаж в мире (в \$млн.)		
	1998 г.	1999 г.	2000 г.
Сердечно-сосудистые	21 906	24 805	26 012
Антибиотитики/противогрибковые	19 756	20 907	23 265
Гормоны/ферменты	12 297	13 760	17 345
Противораковые	8006	9420	13 360
Центральная нервная система	7027	8592	13 720
Гематология	6730	8680	11 445
Противовирусные	6131	7540	13 446
Респираторные	4305	5087	8795
Гастроэнтерологические	1718	2998	5355
Офтальмологические	1482	1794	2070
Дерматологические	1124	1270	1540
Анальгетики	842	1045	1135
Вакцины	568	676	1100
Другие	7947	8527	7425
ВСЕГО	99 839	115 101	146 013

Источник:

Technology Catalysis International Corporation. From: Anonymous, Chiral Drugs, Chemical and Engineering News 2000; October 23: p. 56.

Доставка активной субстанции к определенной биологической цели может быть усовершенствована с помощью нескольких технологий, направленных либо на повышение стабильности препарата, либо на облегчение его прохождения через физиологические барьеры, например мембраны. В прошлом лекарственное вещество заключалось в полимерные микросферы и липосомы, которые доставляли его туда, куда требовалось внутри человеческого организма³¹. Совсем недавно были разработаны новые средства доставки, такие как олигомеры аргинина, которые позволяют препарату быстро проникнуть в клетку³². Другая инновация — нанотехнология, делающая возможной более прицельную доставку активного вещества с использованием мельчайших частиц в качестве носителей³³.

В 1999 году объем продаж 15 ведущих компаний, специализирующихся на средствах доставки лекарств, превысил \$3 млрд. (рис. 5.11)³⁴. Это 11 из 77 разрешений на применение новых препаратов, выданных FDA.³⁵ В табл. 5.3 перечислены эти 11 препаратов в зависимости от показаний, системы доставки и компании-поставщика. Надо заметить, что ни показание, ни поставщик не называются более одного раза, так же как и система доставки. Виды последней включают таблетки с отложенным высвобождением, таблетки с замедленным высвобождением, трансдермальные пластыри, растворы для наружного применения, пены, депо, гели и быстрорастворимые таблетки.

Таблица 5.3.
Средства доставки лекарств, утвержденные в 1999 году

Торговая марка	Показания к применению	Система доставки	Поставщик
Acifex	Рак	Таблетка с замедленным высвобождением активных веществ	Eisai Co., Ltd., Janssen Pharmaceutical, Inc.
Aggrenox	Инсульт	Таблетка с замедленным высвобождением активных веществ	Boehringer Ingelheim Pharmaceuticals, Inc.
E2 III	Вазомоторные симптомы, связанные с менопаузой	Трансдермальный пластырь	Cygnus Corp.
Levulan Kerastick	Кератозы	Раствор для наружного применения	DUSA Pharmaceuticals, Inc., Berlex Laboratories, Inc.

Продолжение ▼



Торговая марка	Показания к применению	Система доставки	Поставщик
Lidoderm	Постгерпетическая невралгия	Трансдермальный пластырь	Endo Pharmaceuticals, Inc.
Luxig	Дерматозы вследствие лечения кортикостероидами	Пена	Connetics Corp.
Metadate ER	Снижение внимания вследствие гиперактивности	Таблетка с замедленным высвобождением активных веществ	Medeva Pharmaceuticals, Inc.
Nutropin Depot	Дефицит гормона роста в педиатрии	Депо	Genentech, Inc.
Panretin	Саркома Капоши вследствие СПИДа	Гель	Ligand Pharmaceuticals, Inc.
Paxil SR	Депрессия	Таблетка с замедленным высвобождением активных веществ	SmithKline Beecham
Zofran ODT	Тошнота и рвота	Быстрорастворимая таблетка	Glaxo Wellcome, Inc.

Источник:

Grom T. Annual Report: Drug Delivery Timed for Revival, MedAd News 2000; June, 19 (6): p. 1.

Вклад подразделений НИОКР в **расширение показаний к применению** обычно подразумевает анализ данных, полученных в результате клинических испытаний. Ниже приведены терапевтические классы, расширение которых, как ожидается, будет наиболее впечатляющим³⁶.

1. **Нестероидные противовоспалительные средства.** Продажи, составившие в 1998 году \$3,8 млрд., по прогнозам, к 2008 году достигнут \$11,7 млрд.
2. **Препараты, понижающие уровень холестерина.** Объем продаж в 1999 году достиг \$7,5 млрд. К 2006 году продажи превысят \$13 млрд.
3. **Препараты для гормонозаместительной терапии.** Рынок, по-видимому, вырастет с \$2,7 млрд. в 1998 году до \$5,9 млрд. в 2008 году.
4. **Препараты для лечения синдрома раздраженной кишки.** К 2008 году продажи достигнут \$970 млн.
5. **Препараты, используемые при ишемическом инсульте.** В 1998 году продажи составили \$771 млн. Ожидается, что обобщенные продажи препаратов, применяемых в острой фазе

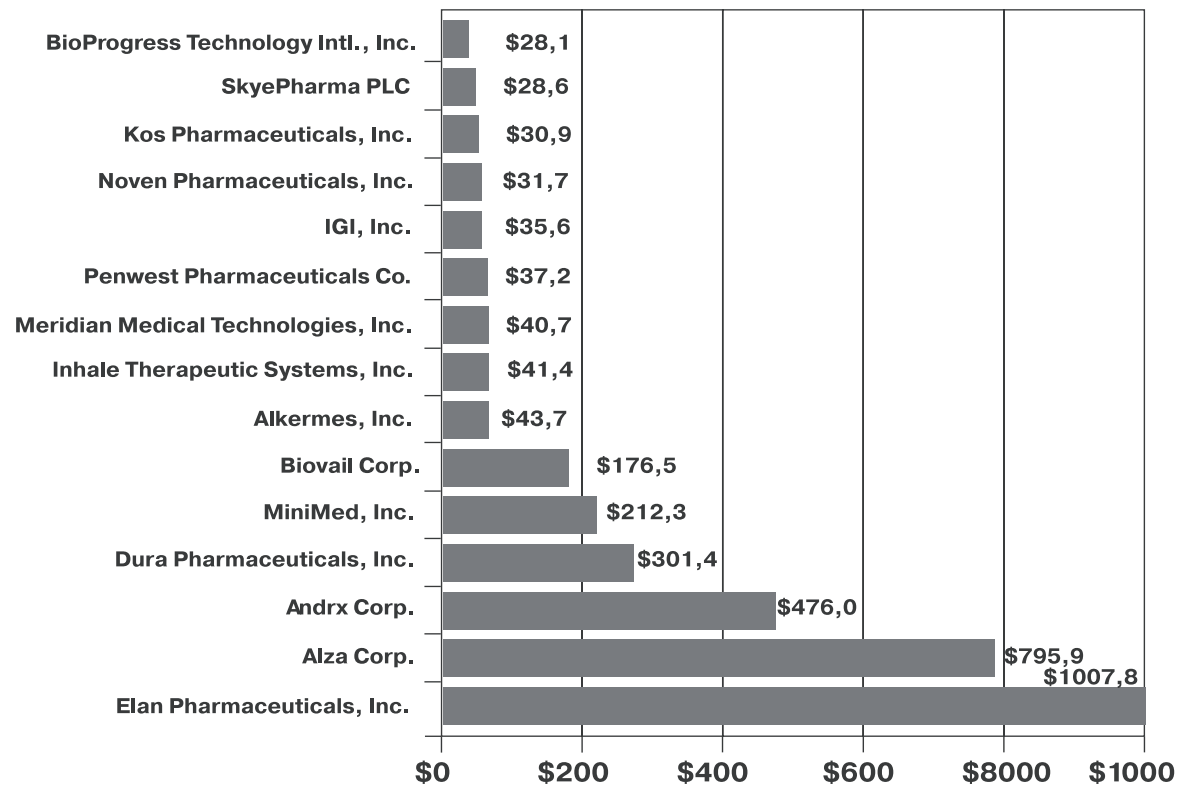


Рис. 5.11. Пятнадцать лидирующих по объему доходов компаний, специализирующихся на разработке системы доставки (\$ млн.)

и во вторичной превентивной терапии, составят \$1,5 млрд. в 2008 году.

6. **Препараты для терапии болезни Паркинсона.** По оценкам, к 2008 году продажи удвоятся.
7. **Средства для лечения диабета II типа.** Продажи, составившие в 1998 году \$4,6 млрд., к 2003 году достигнут \$7,5 млрд.
8. **Препараты для лечения недержания мочи.** Рынок, оцениваемый примерно в \$250 млн. в 1998 году, должен вырасти до \$1,4 млрд. в 2008 году.

Роль слияний

Цель слияний — в первую очередь приобретение прав на успешные, уже выведенные на рынок препараты, а также:

- ✦ выполнение стратегических планов в области разработок и заполнение стратегических «прорех», возникших в ходе НИОКР;
- ✦ рационализация деятельности компании путем избавления от дублирующих функций;
- ✦ ускорение разработки с помощью новоприобретенных запатентованных технологий³⁷.

Иными словами, консолидация бизнеса часто бывает целесообразной для остановки постепенного снижения прибыльности. Из всех указанных выше факторов, способствующих объединению сил (30 слияний за 15 лет)³⁸, наиболее решающий — намерение компании повысить продуктивность НИОКР³⁹. Причина кроется в стремительном увеличении затрат на исследования в сфере молекулярной генетики, клеточной биологии и на другие современные научные подходы⁴⁰. В **табл. 5.4** показаны расходы на НИОКР одиннадцати ведущих фармацевтических компаний. Интересно, что список возглавляют компании, вовлеченные в мега-слияния последних лет.

Таблица 5.4.

Затраты на НИОКР одиннадцати ведущих фармацевтических компаний

Компания	Объем продаж рецептурных препаратов* (\$ млрд.)	Общий объем продаж (\$ млрд.)	Затраты на НИОКР в 1999 г. (\$ млрд.)
Glaxo Wellcome/ SmithKline Beecham	20,1	26,3	3,7
Pfizer/Warner-Lambert	18,7	29,1	4,0

Продолжение ↓

Компания	Объем продаж рецептурных препаратов* (\$ млрд.)	Общий объем продаж (\$ млрд.)	Затраты на НИОКР в 1999 г. (\$ млрд.)
AstraZeneca	12,6	18,5	2,5
Merck	12,5	32,7	2,1
Aventis	12,1	17,9	2,7**
Novartis	11,5	21,6	2,4
Bristol-Myers Squibb	11,3	20,2	1,8
Johnson & Johnson	10,3	27,5	2,6
Roche	8,9	18,4	1,9
American Home Products	8,5	13,6	1,7
Pharmacia & Upjohn	8,3	16,4	2,8***

* За 12 месяцев, окончившихся 30 сентября 1999 г. (за исключением продаж по почтовым заказам в Голландии).

** Данные за 1998 г.

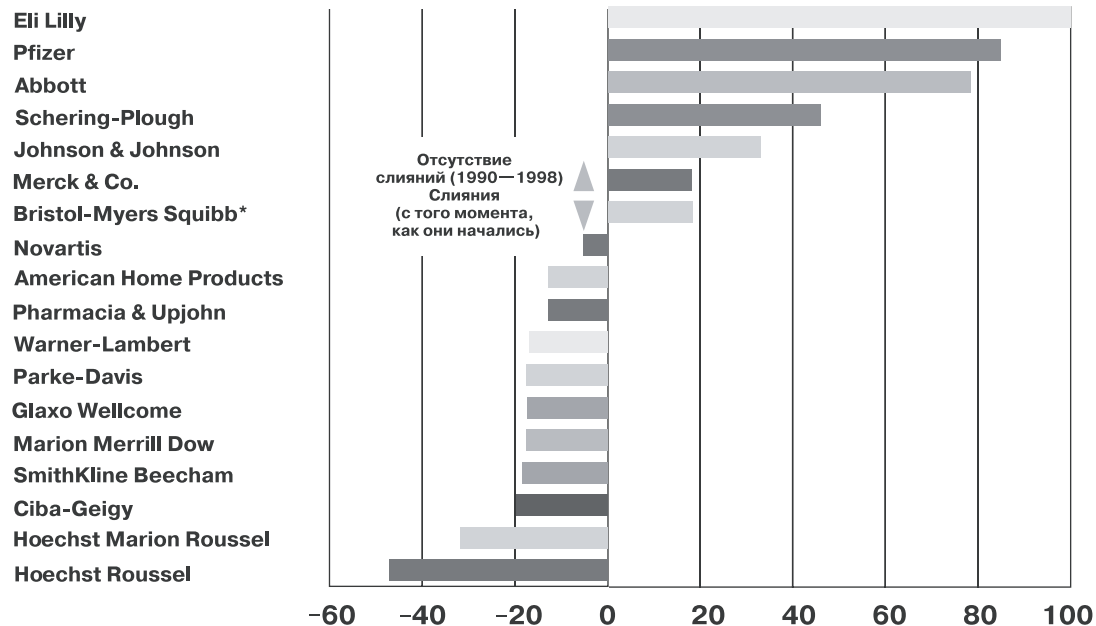
*** Включая \$600 млн. на НИОКР сельскохозяйственных продуктов.

Хотя в краткосрочной перспективе консолидация может снизить затраты и переместить компанию на вершину рейтинга⁴¹ жизнеспособность таких предприятий в будущем может оказаться под вопросом (**рис. 5.12**)⁴². За редким исключением, компании, подвергшиеся слияниям, испытывают негативное воздействие этого процесса на свою долю рынка. Напротив, компании, которые не пошли по пути слияния, демонстрируют разный уровень увеличения доли рынка — с 14% (Merck) до 100% (Eli Lilly).

Феномен, проиллюстрированный **рис. 5.12**, объясняется тем, что фармацевтика — это отрасль, в которой маржа и возврат на активы практически не зависят от объема продаж, а доля рынка и объем продаж не связаны с масштабом производства и производительностью⁴³. Следовательно, продуктивность подразделений НИОКР скорее определяют такие факторы, как корпоративная культура и уровень менеджмента, а не размер компании и имеющиеся в ее распоряжении средства. В **табл. 5.5** сравнивается продуктивность неконсолидированных и консолидированных компаний. Средний доход неконсолидированных компаний от продажи высокодоходного препарата составляет \$1,31 млрд., а консолидированных — лишь \$608 млн.

Другая проблема объединения функций НИОКР, с которой столкнутся слившиеся компании — пороговый уровень, объем поступлений, который должен генерировать новый препарат, чтобы оказать благотворное влияние на положение консолидированной компании⁴⁴. В случае компании GlaxoSmithKline пороговым уровнем, по расчетам, стала сумма в \$800 млн., или 3,6% общих продаж, составляющих \$22,2 млрд. Как показано на **рис. 5.13**, Glaxo Wellcome и SmithKline Beecham, как две независимые компании, в промежуток

Изменение доли рынка



* Повторное слияние.

Рис. 5.12. Изменение доли рынка компаний, подвергшихся/не подвергшихся слиянию

Источник:

Pharma Strategy Consulting AG as reported in Koberstein, W. *The Mergers, Pharmaceutical Executive* 2000; 20(3): p. 50.

времени между 1995 и 1999 годами запустили два продукта с годовым объемом продаж, потенциально превосходящим пороговый уровень. Для лучшего выполнения задачи соответствия квоте блокбастеров в будущем, GlaxoSmithKline разделила подразделение НИОКР на восемь конкурирующих центров, пытаясь повысить их эффективность⁴⁵. Одновременно компания планирует сделать новые приобретения⁴⁶.

Таблица 5.5.

Средняя прибыль неконсолидированных и консолидированных компаний от продаж высокодоходного препарата

	Консолидированные	Неконсолидированные
Количество компаний	10	10
Общее число высокодоходных препаратов у всех компаний	82	66
Общие доходы от высокодоходных препаратов	\$49,9 млрд.	\$84,6 млрд.
Средний доход от одного высокодоходного препарата	\$608 млн.	\$1,31 млрд.

Примечание.

Под высокодоходными препаратами в данном случае понимаются те из них, чьи глобальные продажи превышают \$500 млн. или (для новых препаратов) чьи продажи превысят \$500 млн. в течение 7 лет (1996–2002) с момента запуска на основном рынке.

Источник:

Pharma Startegy Consulting AG, as reported in: James B., Tying the Knot, Pharmaceutical Visions 2000; Spring, 15.

Наконец, несмотря на тенденцию к образованию крупных мегафармацевтических компаний, есть мнение, что их постигнет судьба динозавров⁴⁷. Согласно этой точке зрения, сочетание многих факторов будет препятствовать крупным компаниям соответствовать традиционной, полностью интегрированной бизнес-модели для занятия или удержания лидирующих позиций. Эти факторы включают в себя изменения в запросах потребителей, новые технологии НИОКР и новые подходы к доставке услуги. Как следствие, чтобы быть прибыльным, они будут вынуждены разделиться. Подразделение НИОКР компании GlaxoSmithKline уже проделало этот путь, разделившись на восемь частей.

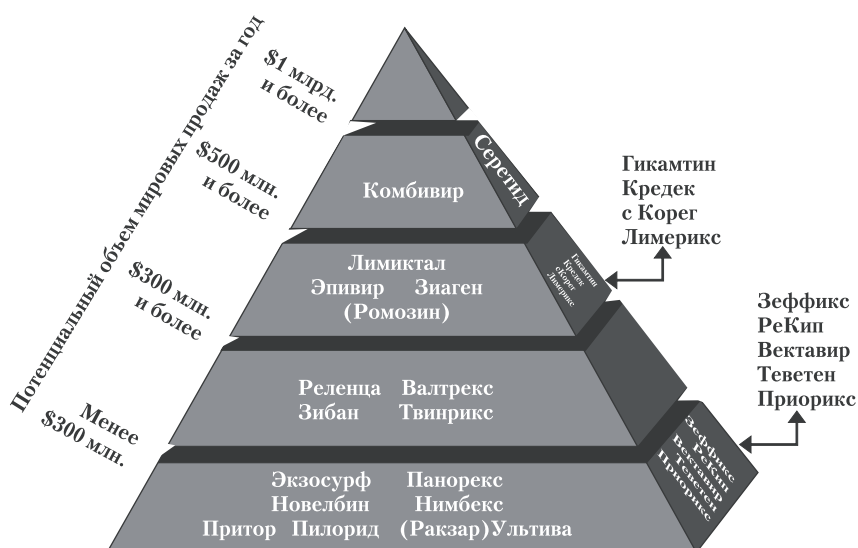


Рис. 5.13. Препараты, запущенные компаниями Glaxo Wellcome и SmithKline Beecham в 1995–1999 гг.

Источник:

Ansell J. *The Billion Dollar Pyramid*, *Pharmaceutical Executive* 2000; August, 12(18): p. 70.

Литература

1. Kearney A.T. *Maximizing health in the next millenium, a prescription for increaseol shareholder vakue*. Chicago, IL: Author, 1997; p. 1.
2. Barrat P.E., 20 years of pharmaceutical results.
3. Tufts Center for the Study of Drug Development Impact Report, (ГОД).
4. Gardner S. and Hamer R. *Informatics magic – How to turn data into knowledge*. *Pharmaceutical Executive* 2000; 20(12): pp. 62-67.
5. Sleep N. *Sorting out combinatorial chaos*. *Modern Drug Discovery* 2000; 3 (7/8): p. 37.
6. Kniaz D. *Drug discovery adopts factory method*. *Modern Drug Discovery* 2000; 3 (5): p. 67.
7. Andrews-Cramer K. *Molecular informatics and the drug discovery factory*. *Pharmaceutical Visions* 2000. Spring, p. 62.
8. Kniaz, D. *Drug discovery adopts factory method*. *Modern Drug Discovery* 2000; 3 (5): pp. 67-72.
9. Lesko L.J. et al. *Optimizing the science of drug development: Opportunities for better candidate selection and accelerated evaluation in humans*. *Journal of Clinical Pharmacology* 2000; 40: p. 804.
10. Clemento A. *New and integrated approaches to successful accelerated drug development*. *Drug Information Journal* 1999; 33: p. 709.
11. Ibid., p. 708.

12. Getz K.A. and Bruin A. de, *Speed demons of drug development. Pharmaceutical Executive* 2000; 20(7): pp. 78-84.
13. *Ibid.*, p. 79.
14. *Ibid.*, p. 82.
15. *Ibid.*
16. Brennan M.B. *Drug discovery: Filtering out failures early in the game. Clinical and Engineering News* 2000; June 5, p. 63.
17. *Ibid.*
18. Pigache P. *Beyond the mouse. Pharmaceutical Visions* 2000; Spring, pp. 67-71.
19. *Ibid.*, p. 68.
20. Brennan M.B. *Drug discovery: Filtering out failures early in the game. Clinical and Engineering News* 2000; June 5, p. 72.
21. Lesko L.J. et al. *Optimizing the science of drug development: Opportunities for better candidate selection and accelerated evaluation in humans. Journal of Clinical Pharmacology* 2000; 40: p. 806.
22. Tasher S. *Web-based clinical trials: How electronic report forms can speed trials and offer other advantages over paper forms. Modern Drug Discovery* 2000; 3 (9): pp. 89-90.
23. Schoenberger C.R. *An Alzheimer's drug goes on trial. Forbes* 2000; March 20, p. 94.
24. Curtis G. et al. *Use early drug development to understand NMEs for faster drug development. Applied Clinical Trials* 2000; 9 (7): pp. 52-55.
25. Banerjee P. and Skirrow F. *R&D.com – Research to revenue. Pharmaceutical Executive Supplement* 2000; December, p. 28.
26. *Ibid.*, p. 30.
27. *Ibid.*, p. 32.
28. Harris G. *The path to a novel painkiller. The Wall Street Journal* 2001; January 10, p. A1.
29. Simpson S.C. *Chiral Drugs. Chemical and Engineering News* 2000; October 23, p. 56.
30. *Ibid.*, p. 55.
31. Davis B. *Particles that deliver drugs by stealth. Scrip Magazine* 2000; No. 90(May), pp. 40-42.
32. Routhi A.M. *Simple molecules and drug uptake. Chemical and Engineering News* January 15, 2001; p. 49.
33. Davis B. *Particles that deliver drugs by stealth. Scrip Magazine* 2000; No. 90(May), p. 40.
34. Taren G. *Annual report: Drug delivery timed for revival. MedAd News* 2000; 19 (6): p. 1.
35. *Ibid.*, p. 56.
36. Pena E. *Special feature: Medicines for the ages. MdAd News* 2000; 19 (8): p. 36.
37. Andrews-Cramer K. *Molecular informatics and the drug discovery factory. Pharmaceutical Visions* 2000. Spring, p. 61.
38. Agnew B. *When pharma merges, R&D is the dowry. Science* 2000; March 17, p. 1952.
39. *Ibid.*

40. *Ibid.*
41. James B. *Tying the knot. Pharmaceutical Visions 2000; Spring, p. 15.*
42. Kiberstein W., Petersen C., and Sellers L.J. *The mergers: Miracle, madness or mayhem? Pharmaceutical Executive 2000; 20 (3): pp. 48-64.*
43. James B. *Tying the knot. Pharmaceutical Visions 2000; Spring, p. 16.*
44. Ansell J. *The billion dollar pyramid. Pharmaceutical Executive 2000; 20 (8): pp. 64-70.*
45. Pilling D. *Drugs giant plans radical research move. Financial Times 2000; December 11-12, p. 1.*
46. Ansell J. *The billion dollar pyramid. Pharmaceutical Executive 2000; 20 (8): p. 70.*
47. James B. *Tying the knot. Pharmaceutical Visions 2000; Spring, p. 16.*

Глава 6.

Практика исследования и разработки препаратов в США

Введение

Из всех внешних факторов наибольшее воздействие на фармацевтическую отрасль США оказывает FDA. Со времени принятия Акта о пищевых продуктах, лекарственных и косметических средствах FDA прошла длинный путь до достижения своего настоящего положения одного из наиболее заметных и известных федеральных агентств. Выполняя свою, наверное, самую важную функцию — регулирование разработок новых препаратов, — FDA несколько раз подвергалась реструктуризации и преобразованиям для того, чтобы наилучшим образом соответствовать изменяющимся потребностям не только Конгресса, но и общества в целом. Это отражено на **рис. 6.1**, где представлены пять служб по оценке препаратов, которые в первую очередь несут ответственность за надзор над разработками новых препаратов в США. Они входят в Службу управления и надзора (Office of Review Management), в свою очередь входящего в Центр оценки препаратов и надзора (Center for Drug Evaluation and Review — CDER) FDA.

На **рис. 6.2–6.5** показаны различные этапы обычного, неускоренного процесса разработки препарата*. В этой главе под процессом разработки мы понимаем решение группы взаимосвязанных задач с целью вывода на рынок нового химического соединения.

Отдельные задачи — это выявление (открытие) перспективного соединения, доклинические испытания, клинические испытания (фазы I–III) и регистрация. Первый этап разработки (**рис. 6.2**)

* Ускоренный процесс разработки будет рассмотрен ниже.

характеризуется наиболее массовым отсевом кандидатов (эту фазу проходят от 1,25 до 2,5% соединений-кандидатов). Поэтому основные усилия направлены на оптимизацию числа препаратов, предоставляемых для тестирования.

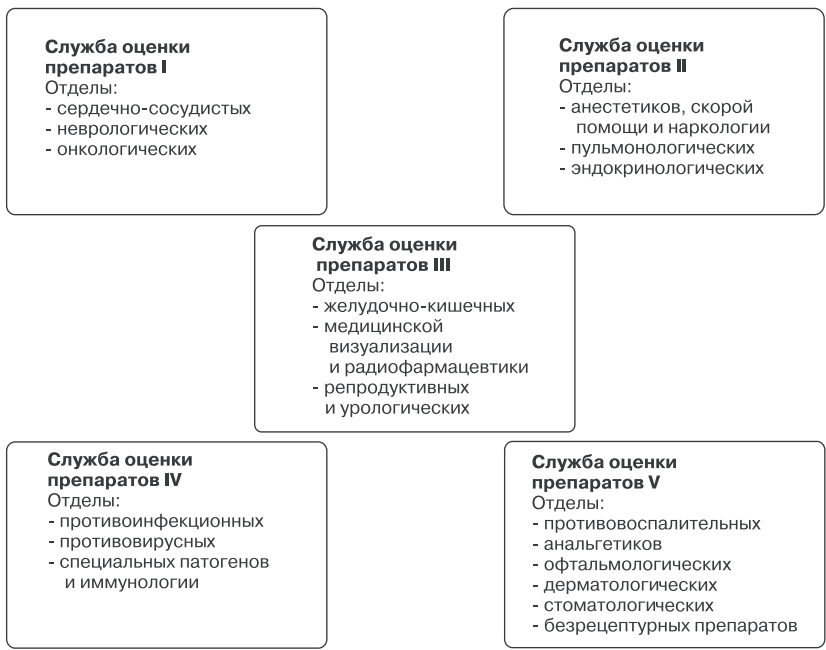


Рис. 6.1. Подразделения, составляющие Службу оценки препаратов США

Источник:
2000 FDA Directory July–December, 2000; 2: p. 40.

Время (годы)	2–10
Виды тестирования	Химический синтез Клеточный скрининг Генная инженерия
Цели	Поиск любого экспериментального препарата
Доля новых препаратов, проходящих этот этап	1,25–2,5% (примерно 250 из 5000–10 000 химических соединений-кандидатов)

Рис. 6.2. Задачи, связанные с фазой выявления перспективного соединения, ее длительность и процент новых препаратов, успешно проходящих эту фазу

Источник:
PhRMA Industry Profile 2000; Chapter 3, Figure 3: p. 2.

Время (годы)	1	2
Виды тестирования	Лабораторные тесты и тесты на животных	
Цели	Оценка безопасности и биологической активности	
Доля новых препаратов, проходящих этот этап	2% (5 из 250 кандидатур)	

Рис. 6.3. Доклинические испытания

Источник:
PhRMA Industry Profile 2000, Chapter 3, Figure 3: p. 2.

Годы	Подача заявки на проведение клинических испытаний	Фаза I	Фаза II		Фаза III		
		3	4	5	6	7	8
Выборка для тестирования		От 20 до 80 здоровых добровольцев	От 100 до 300 добровольцев-пациентов		От 1000 до 3000 добровольцев-пациентов		
Цели		Определение безопасной дозировки	Оценка эффективности, определение побочных эффектов		Подтверждение эффективности, мониторинг побочных реакций при долговременном применении		
Доля новых препаратов, проходящих этот этап		70% от поданных заявок	33% от поданных заявок		27% от поданных заявок		

Рис. 6.4. Клинические испытания новых химических соединений

Источник:
PhRMA Industry Profile 2000; Chapter 3, Figure 3: p. 2.


Годы	Подача заявки на регистрацию	9	10	
Цели		Надзор обычно занимает от 1 до 2 лет		Постмаркетинговый мониторинг безопасности
				Крупномасштабное производство
				Дистрибуция
				Обучение
Доля новых препаратов, проходящих этот этап		20% от прошедших доклинические испытания		

Рис. 6.5. Фаза регистрации и получения разрешения на вывод препарата на рынок

Источник:
PhRMA Industry Profile 2000; Chapter 3, Figure 3: p. 2.

Химия соединений (комбинаторная химия) радикально увеличила число производимых химических соединений¹. Сегодня в день производится 500 новых соединений, что значительно отличается от возможностей медицинского химика 10 лет назад (50–100 соединений). Такие объемы требуют от компании, специализирующейся на комбинаторной химии, наличия баз данных, содержащих информацию о сотнях тысяч и даже миллионах соединений².

Нужны и средства для тестирования такого множества соединений. К счастью, уровень развития высокоскоростного скрининга позволяет проводить до 100 тыс. скринингов в день. Это означает повышение эффективности за последние 10 лет более чем в 100 раз³ и требует разработки программного обеспечения для обработки такого огромного количества синтезированных соединений⁴.

Более современный подход к разработке препаратов, имеющий лучший потенциал для замены описанных выше традиционных процедур, основан на геной инженерии⁵. Использование его стало возможным благодаря расшифровке генома человека и конкурентной борьбе внутри отрасли за определение вариантов пар оснований, определяющих предрасположенность одних людей к заболеванию и защищающих других⁶. По оценкам ученых, такие пары выявляются с частотой 0,001%, что может быть использовано при поиске переменных генов⁷. Открытие способа проявления этих генов породит новые подходы к терапии.

Этапы доклинических испытаний при разработке препарата показаны на **рис. 6.3**. Длющаяся примерно два года, эта фаза включает тестирование на животных и имеет показатель успешно прошедших кандидатов, сравнимый с фазой обнаружения (2% и 1,25–2,5% соответственно). Около 40% новых химических соединений отсеивается из-за плохих показателей фармакокинетики (например, всасывания, доставки, метаболизма или выведения). Проведение испытаний на животных означает отсев еще 11% препаратов⁸ из-за токсичности. Остальные кандидаты не доходят до клинических испытаний из-за несоответствия заданным параметрам биологической активности.

На **рис. 6.4** показаны стадии клинических испытаний, которые начинаются после заполнения соответствующей заявки. Фаза I состоит из ограниченных испытаний на здоровых добровольцах (от 20 до 80 человек). В ходе этих испытаний обычно определяют хорошо переносимую максимальную дозу, а также фармакокинетический профиль. Эту фазу успешно проходит около 70% кандидатов. Во время фазы II проводятся испытания на 100–300 пациентах и мониторинг побочных эффектов. Выявляется связь эффективности препарата с дозировкой. В фазу III переходит почти половина препаратов, прошедших фазу II клинических испытаний.

На фазу III приходятся основные затраты на разработку препарата, на ее прохождение требуется столько же времени, сколько на фазы I и II вместе взятые. Создается список из 1000–3000 добровольцев-пациентов для установления эффективности рекомендуемой дозы и определения побочных реакций. Только 6% препаратов, вошедших в фазу III, признаются негодными в результате этого расширенного исследования.

Стадия регистрации и утверждения нового препарата показана на **рис. 6.5**. После сбора данных по безопасности и эффективности в FDA направляется досье препарата. Одно из пяти, или 20% новых химических соединений, для которых были получены разрешения на клинические испытания, наконец, проходят регистрацию. С другой стороны, 7% препаратов, дошедших до фазы III клинических испытаний, эту стадию не преодолевают. До того как будет получено регистрационное удостоверение, компания должна пройти предрегистрационную проверку, во время которой FDA оценивает соответствие производства требованиям GMP (good manufacturing practices) — надлежащей производственной практики и придания производственным процессам законной силы. После регистрации препарата обычно начинается фаза IV.

На **рис. 6.6** и **6.7** показано, какие изменения произошли в процессе разработки препарата в отношении требований к численности пациентов, необходимых для регистрации, и времени, затрачиваемого на регистрацию. В 1981–1984 годы число пациентов, необходимое для прохождения регистрации, снизилось приблизительно на 16% по сравнению с пятью предшествующими годами (1321 и 1576 пациентов соответственно). Однако за последующие пять лет их число увеличилось более чем в два раза, до 3233 пациентов. Этот показатель оставался постоянным в 1989–1992-е годы (3567 пациентов), а затем вырос более чем на 650 человек, до 4237 пациентов.

Увеличение численности пациентов, необходимых для регистрации препарата, оказало прямое влияние на продолжительность разработки — она не менялась в 1980-х годах и с 1990 по 1998 годы, несмотря на то, что фаза регистрации сократилась на девять месяцев. Время прохождения доклинических испытаний также не менялось в течение двух этих интервалов. Таким образом, сокращение фазы регистрации компенсируется увеличением фазы клинических испытаний с 5,7 до 6,6 лет. Аналогично, продолжительность клинических испытаний оказала значительное влияние на длительность разработки препарата между 1964 и 1969 годами и в 1970-х годах. Хотя в последние годы время, необходимое для регистрации, вновь сократилось, фактически продолжительность разработки увеличилась на 25%. В отличие от 1980-х и 1990-х годов, сегодня фаза доклинических испытаний также увеличилась, но меньше, чем фаза клинических испытаний.

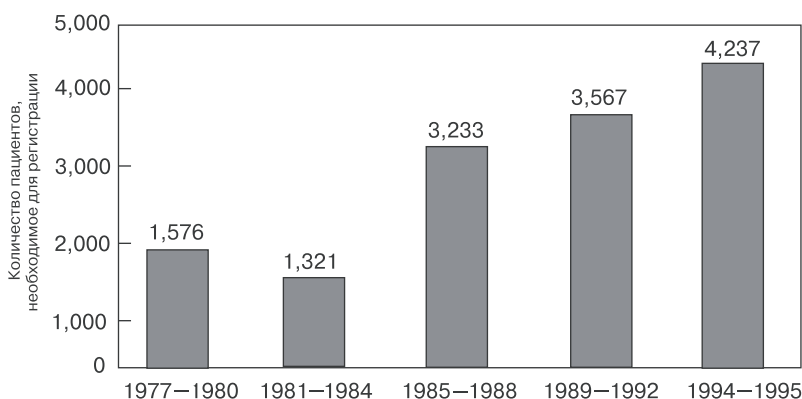


Рис. 6.6. Число пациентов, необходимое для регистрации нового лекарственного средства

Источник:

Giorgianne S.J. *Perspectives on health care and biomedical research. The Pfizer Journal 1999; 3 (2): p. 23.*



Рис. 6.7. Продолжительность процесса разработки препарата

Источник:

Giorgianne S.J. *Perspectives on health care and biomedical research. The Pfizer Journal 1999; 3 (2): p. 22.*

Наш анализ процесса разработки препаратов относится к периоду после 1962 года, т.е. после утверждения Поправки о лекарствах Кефове-Харриса (Kefauver-Harris) к Акту о пищевых продуктах, лекарственных и косметических средствах. Этот документ стал значительной вехой в фармацевтике, поскольку впервые вменил компаниям в обязанность доказывать эффективность и безопасность новых препаратов. Как было сказано выше, FDA также прошла значительный процесс развития для соответствия изменившимся ожиданиям. Многие такие ожидания относятся к разработке новых химических соединений и той легкости, с которой они проходят весь процесс и становятся доступными пациентам. Далее мы попытаемся показать, каким образом FDA реагировала на эти ожидания.

Акт о препаратах для лечения редких заболеваний (Orphan Drug Act)

В Соединенных Штатах около 20 млн. граждан страдает от более чем 5 тыс. редких заболеваний. Под эту категорию попадают следующие заболевания:

- ✦ заболевания и нарушения, которые обнаруживаются у менее чем 200 тыс. человек;
- ✦ заболевания и нарушения, которые обнаруживаются у более чем 200 тыс. человек, но требующие применения препаратов, стоимость разработки которых не будет покрыта прибылью от их продаж в США⁹.

До принятия Акта о препаратах для лечения редких заболеваний разрабатывать такие препараты фармацевтической отрасли было коммерчески невыгодно. Поэтому значительное число людей было лишено эффективных препаратов для лечения. К счастью, положение их было замечено, и в начале 1970-х были предприняты определенные усилия лоббистов из организации, основанной Эбби Мейерс (Abbey Meyers) для привлечения внимания к проблеме. Эта организация, названная Национальной организацией редких заболеваний (National Organization for Rare Disorders — NORD), стала средством давления на Конгресс для принятия законодательного акта о разработке препаратов для лечения редких заболеваний¹⁰. В 1982 году подкомитет по здоровью и окружающей среде конгрессмена Г. Ваксмана (H.A. Waxman) провел слушания, результатом которых стало принятие этого акта в следующем году.

Закон был введен только временно в 1983 году, а затем периодически вводился вновь до тех пор, пока его срок действия не истек в 1994 году. Спустя три года закон был восстановлен на постоянной основе¹¹. Стимулирующее влияние этого закона на отрасль было следующим:

1. Лицо, финансирующее разработку препарата, на семь лет получает на него эксклюзивное право, если препарат в течение этого срока остается уникальным, а также если конкуренты не предлагают каких-либо значительных усовершенствований.
2. Если требуется, спонсор может рассчитывать на помощь со стороны FDA в обработке отчетов клинических испытаний во время разработки.
3. Производитель препарата для лечения редких заболеваний получает налоговые льготы (до 50% от стоимости клинических испытаний, необходимых для разработки продукта). Этот кредит по налогам постоянно продлевается Конгрессом, и документ о предоставлении таких льгот был подписан президентом Клинтон в августе 1997 года¹².
4. Разработчики могут подавать заявки на получение грантов для проведения основных клинических исследований. Суммы грантов могут достигать \$200 тыс. для фазы испытаний II и III¹³.

Для реализации этого акта FDA сформировала Службу дженериковых препаратов. Чтобы получить права и возможности, предусмотренные Актом, компания должна вначале получить решение от FDA о том, что препарат соответствует определению лекарства для лечения редких заболеваний. Как сказано выше, один из основных критериев для подобной квалификации — распространенность заболевания не более чем среди 200 тыс. американцев. Если это требование выполняется, то компания должна доказать уникальность препарата по отношению к заболеванию. В противном случае ей придется конкурировать с аналогичным препаратом другой компании, также получившей соответствующее определение. В случае, если не удастся доказать наличие разницы между двумя препаратами, будет зарегистрирован только один препарат¹⁴.

Влияние этого акта на число новых препаратов для лечения редких заболеваний проиллюстрировано на **рис. 6.8**. За десятилетие, предшествовавшее принятию акта (1972–1982), общее число зарегистрированных препаратов этой категории составило 10. В 1983–1993-е годы было зарегистрировано уже 193 препарата. Совокупное число препаратов для лечения редких заболеваний после принятия акта показано на **рис. 6.9**. Если посмотреть на форму этой линии, показывающей общее число утвержденных препаратов, поделенное на время в годах, то заметно, что изменения не были поступательными, или постоянными, за весь промежуток времени. Напротив, линия постепенно растет, и наибольшее число утверждений приходится на последние годы.

Число зарегистрированных препаратов для лечения редких заболеваний



Рис. 6.8. Число утвержденных лекарств для лечения редких заболеваний до и после принятия Акта о препаратах для лечения редких заболеваний

Источник:

PhRMA Industry Profile 2000; Chapter 3: p. 11.

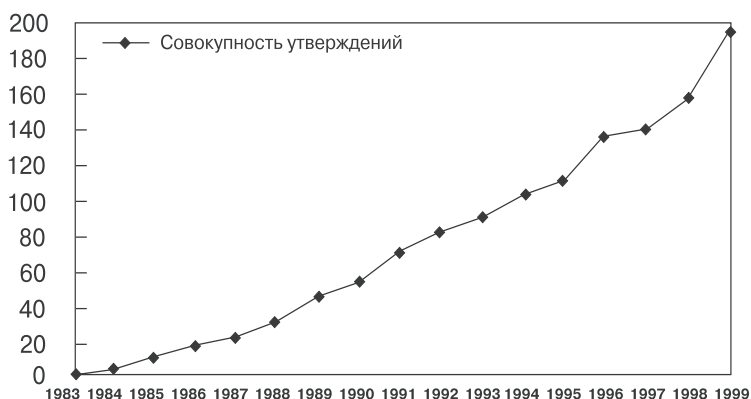


Рис. 6.9. Общее число препаратов для лечения редких заболеваний, утвержденных после принятия Акта о препаратах для лечения редких заболеваний

Источник:

PhRMA Industry Profile 2000; Chapter 3: p. 11.

В 1999 году FDA были утверждены следующие 12 препаратов для лечения редких заболеваний¹⁵ (в скобках указаны торговые наименования):

1. Алитретиноин/Alitretinoin (Панретин/Panretin): местное лечение кожных поражений у пациентов с саркомой Капоши, вызванной СПИДом.
2. Бексаротен/Bexarotene (Таргретин/Targretin): для лечения проявлений кожной лимфомы Т-клеток у пациентов, устойчивых по крайней мере к одной из имеющихся системных терапий.
3. Эпирубицин HLC/Epirubicin HLC (Элленс/Ellence): элемент вспомогательной терапии для пациентов с признаками опухоли подмышечного узла после резекции первичного рака молочной железы.
4. Экземестан/Exemestane (Аромазин/Aromasin): лечение запущенного рака молочной железы у женщин в постменопаузном периоде, чье заболевание прогрессировало после терапии тамоксифеном.
5. Лидокаиновый пластырь (Лидодерм/Lidoderm): облегчение болезненной гиперчувствительности (аллодинии) и хронических болей при пост-печеночной невралгии.
6. Темозоломид/Temozolomide (Темодар/Temodar): лечение возвратной злокачественной глаукомы.
7. Бусульфан/Busulfan (Бусульфекс/Busulfex): подготовительная терапия при лечении злокачественных новообразований с помощью пересадки костного мозга.
8. Кофеина цитрат (Кафцит/Cafcit): лечение апноэ недоношенных детей.

9. Цитарабин/Cytarabine (ДепоЦит/DepoCyt): лечение неопластического менингита.
10. Оксид азота (ИНОмакс/INOMax): лечение устойчивой легочной гипертензии новорожденных.
11. Порактант альфа/Poractant alfa (Куросурф/Curosurf): лечение синдрома респираторного дистресса у недоношенных детей.
12. Соматропин/Somatropin (Нутропин Депо/Nitropin Depot): продолжительное лечение недостаточного роста.

Ускоренная регистрация препарата

Этот термин ввели в начале 1970-х годов доктор Ричард Траут (Richard Trout) и старшие сотрудники Бюро Лекарств. Ускоренную регистрацию могло пройти любое новое химическое соединение, имеющие значительные преимущества перед существующими лекарственными средствами для лечения серьезных или угрожающих жизни заболеваний. После 1973–1974 года такие лекарства стали классифицировать **по уровню важности IA** и рассматривать в приоритетном порядке¹⁶.

С появлением угрозы эпидемии СПИДа потребность в дальнейшем усовершенствовании процесса регистрации стала особенно острой. Поэтому FDA предложила в 1987 году два механизма для обеспечения доступа пациентов к новым способам лечения: разрешение пациентам пользоваться препаратом в период клинических испытаний и ускорение процесса испытаний и регистрации (**препараты подгруппы E**)¹⁷. На **рис. 6.10** схематично изображено, как оба механизма могут влиять на процесс разработки препарата¹⁸.

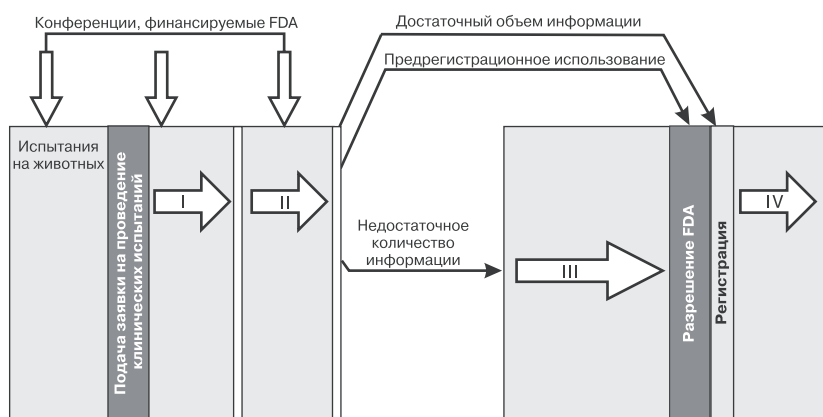


Рис. 6.10. Процесс разработки лекарств для лечения угрожающих жизни заболеваний

Такая схема предполагает основное внимание уделять обсуждению препаратов в FDA на ранних стадиях их разработки. Это позволяет

регулирующему органу принимать участие в исследованиях. В равной степени важно и то, что проведение должным образом испытаний фазы II позволило бы сократить общепринятые испытания фазы III до оценки и регистрации в FDA. Препараты еще до их регистрации и до того, как они будут разрешены к коммерческой реализации, становятся доступными для больных. Компании получают возможность наблюдать за препаратами во время их предрегистрационного использования. Если информации, собранной во время фазы II клинических испытаний, недостаточно для утверждения безопасности препарата, то он вступает в фазу III и проходит обычный путь регистрации. Препараты, разработанные таким образом, относятся к подгруппе E либо к подгруппе H.

Препараты подгруппы E (Subpart E)

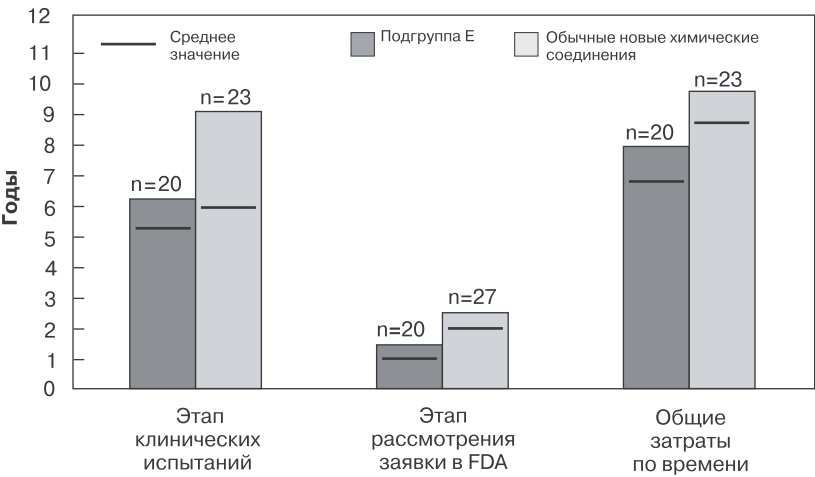
АЗТ, или азидовудин (AZT — azidovudine), стал первым препаратом, официально предназначенным для лечения СПИДа, прототипом для формирования подгруппы E. Регистрация проводилась главным образом на основании результатов одного плацебо-контролируемого испытания, касавшегося лечения СПИДа¹⁹, что послужило причиной не только для снижения дозировки после регистрации, но также для принятия компанией Wellcome обязательства выполнить расширенную фазу IV испытаний²⁰. Последнее лишний раз иллюстрирует потребность для данных лекарств отложить (до фазы IV клинических испытаний) сбор данных, которые нужны для регистрации обычных препаратов.

Начиная с октября 1988 года, непосредственно после опубликования предписания, по декабрь 1994 года к подгруппе E было отнесено 28 препаратов²¹. Три из них — биологические препараты, а 25 — новые химические соединения. Подавляющее их большинство (две трети) были предназначены для лечения рака, СПИДа или других состояний, связанных с ВИЧ-инфекцией. На **рис. 6.11** приведены сравнительные данные о промежутке времени между подачей заявки на проведение клинических испытаний и регистрацией для препаратов подгруппы E и не входящих в эту подгруппу²². Средний интервал времени для первых был на 3,3 года короче, чем для вторых. Основная разница возникла из-за этапа клинических испытаний (на 2,7 года короче для препаратов подгруппы E), хотя и процесс рассмотрения в FDA был на 6,3 месяца короче.

Для того чтобы еще больше ускорить рассмотрение препаратов, способных сделать прорыв в терапии редких заболеваний, 1 января 1992 года в FDA была принята классификация таких препаратов (представлена в **табл. 6.1**)²³. Установив разницу между рутинным (стандартным) и ускоренным (первоочередным или для препаратов против СПИДа) рассмотрением заявок, FDA ускорила выход новых препаратов для лечения ВИЧ и других редких заболеваний, таких как болезнь Альцгеймера.

Новая система пришла на смену старой, предполагавшей следующее разделение препаратов:

- ✦ препараты «А», которые в сравнении с существующими обладают значительными терапевтическими преимуществами;
- ✦ препараты «В» со средними терапевтическими преимуществами;
- ✦ препараты «С» с незначительными терапевтическими преимуществами или вообще без таковых.



Примечание.
За исключением новых форм выпуска и дополнительных показаний к применению.

Рис. 6.11. Затраты времени на клинические испытания, рассмотрение заявки в FDA и общие затраты времени для обычных новых химических соединений и препаратов подгруппы E

Таблица 6.1.
Классификация препаратов

Тип	Терапевтическая ценность
1. Новое молекулярное соединение	S = стандартная
2. Новая соль	P = приоритетная
3. Новая формула	AA = СПИД
4. Новая комбинация лечения	V = препараты для редких заболеваний
5. Дублирование уже выведенного на рынок препарата	
6. Новая заявка на уже выведенный на рынок препарат	

Препараты подгруппы Н (Subpart Н)

Подгруппа Н Кода федеральных правил, введенная 11 января 1993 года в результате дальнейшего углубления кризиса, связанного с распространением СПИДа, позволяет FDA «условно» разрешать применение препарата на основании эффективности его в суррогатной конечной точке²⁴. Наиболее важным постановлением, связанным с подгруппой Н, стала связь регистрации с обязательством компании предоставлять в дальнейшем доказательства совпадения суррогатной и обычной конечной точки, т.е. предоставлять доказательства того, что под воздействием препарата развитие болезни замедлилось, увеличилась продолжительность жизни больного или уменьшилось число сопутствующих инфекций. Дополнительные различия между препаратами, включенными в подгруппу Н и другим препаратами, получающими условную регистрацию, а именно, препаратами подгруппы Е, таковы:

1. Наложение ограничений на распространение препарата и условия, при которых он может применяться.
2. Все рекламные материалы должны быть утверждены в процессе рассмотрения заявки на регистрацию.
3. Наличие шести условий или обстоятельств, которые могут вынудить FDA отозвать свое разрешение.

В последнем пункте оговорены следующие условия (обстоятельства):

- ✦ несоответствие предполагаемой и реальной безопасности и эффективности препарата;
- ✦ неспособность компании соблюдать ограничения в использовании и распространении;
- ✦ присутствие в рекламных материалах неверной или вводящей в заблуждение информации.

С января 1993 года по декабрь 1995 года было выдано 12 регистрационных удостоверений на препараты подгруппы Н. Среди них — семь новых химических соединений, два новых биологических лекарственных средства и три уже существующих препарата, получивших дополнительные разрешения. На долю СПИДа и связанных с ним заболеваний пришлось восемь новых препаратов, остальные предназначались для лечения рассеянного склероза, кистозного фиброза, рака поджелудочной железы и для защиты сердца от токсичности доксорубицина при лечении рака молочной железы^{25,26}. Средний уровень затрат времени на клинические испытания и рассмотрение заявки в FDA для девяти новых препаратов составили 5 лет и 10,3 месяца соответственно²⁷. Те же показатели для препаратов подгруппы Е (**рис. 6.11**) — около 6,3 лет на клинические испытания и 1,3 года на рассмотрение FDA.

Политика параллельного курса

Введенная 18 апреля 1992 года, политика параллельного курса была нацелена на расширение доступности перспективных инновационных препаратов для лечения СПИДа и связанных с ним заболеваний, выход за рамки установленных ранее ограничений по применению таких препаратов²⁸. Фактически эта политика разрешает доступ к препарату в ходе его разработки уже в конце I фазы, если запись пациентов для разрешенных FDA испытаний II фазы уже началась²⁹. Учитывая, что таким образом в распределение препаратов вовлекается врачебное сообщество, любая собранная при этом информация запрещена по соображениям безопасности и не может быть использована для регистрации. Благодаря политике параллельного курса стали доступны три препарата для лечения СПИДа (и только один — после официального объявления об этой политике).

Расширенный доступ и ускоренная регистрация для противораковых препаратов

В марте 1996 года FDA в сотрудничестве с администрацией президента Клинтона анонсировала программу повышения доступности противораковых препаратов³⁰. Инициатива была вызвана недостаточным использованием в подгруппе Н этого класса препаратов, проистекающим из-за отсутствия общего согласия по вопросу о суррогатных маркерах. Это препятствие было уменьшено в результате утверждения некоторых аспектов ускорения регистрации, описанных выше. Через два месяца после объявления программы был разрешен к применению Таксотер (Taxothere) в качестве средства для лечения неподдающегося терапии рака молочной железы. Для обоснования такого шага использовалась информация о том, что этот препарат эффективно уменьшает размер опухоли. Длительность жизни и ее качество должны оцениваться в ходе постмаркетинговых испытаний.

Акт о взносах производителей рецептурных препаратов 1992 года (PDUFA)

Акт PDUFA (Prescription Drug User Fee Act), возникший в результате лоббистских усилий фармацевтической и биотехнологической отраслей, направленных на более ускоренное рассмотрение их заявок, в 1992 году начал новую эру взаимодействия между FDA и компаниями³¹. Первоначально PDUFA представлял собой пятилетнюю программу, позволяющую FDA получать взносы для рассмотрения определенных заявок на регистрацию новых и дополнительных заявок. Взимание взносов с компаний было продлено еще на пять лет в 1997 году Актом

о модернизации FDA (см. соответствующий раздел). Пополнение благодаря этим взносам средств позволило набрать дополнительный персонал для рассмотрения заявок.

В **табл. 6.2** показаны объемы денежных поступлений в первые четыре года реализации этой программы³². В течение последующих двух лет общий объем средств начиная с \$36 млн. ежегодно увеличивался почти на \$20 млн. После этого темп роста замедлился примерно на три четверти, и в 1996 году общая сумма достигла \$79,981 млн.

Таблица 6.2.
Денежные поступления от взносов производителей рецептурных препаратов по финансовым годам

Финансовый год	Собранные средства
1993	\$36 000 000
1994	\$56 284 200
1995	\$77 415 000
1996	\$79 981 200

В 1992 году FDA согласилась с поставленными целями по следующим пяти категориям заявок на регистрацию:

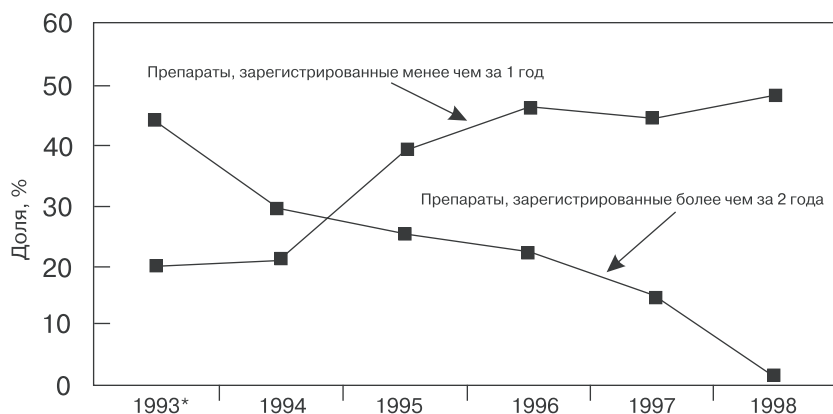
1. Заявки на регистрацию новых оригинальных препаратов.
2. Повторные заявки на регистрацию оригинальных препаратов.
3. Внесение изменений относительно эффективности уже зарегистрированных препаратов.
4. Внесение изменений относительно производственного процесса для уже зарегистрированных препаратов³³.

На **рис. 6.12 и 6.13** показаны некоторые параметры, имеющие отношение к рассмотрению в FDA заявок на регистрацию.

На **рис. 6.12** показана доля препаратов, регистрация которых длилась дольше двух лет или быстрее, чем один год, во время действия PDUFA. В 1993 году, в момент введения акта в законную силу, регистрация почти 50% препаратов занимала более двух лет. А 20% препаратов были зарегистрированы менее чем за один год. Доля препаратов, на регистрацию которых ушло больше двух лет, постоянно снижалась и к 1998 году опустилась ниже 5%. С другой стороны, доля препаратов, зарегистрированных меньше чем за один год, к 1996 году выросла примерно до 50% и с тех пор остается стабильной.

Выполнение FDA задач по рассмотрению заявок на регистрацию в соответствии с PDUFA показано на **рис. 6.13**. Последним годом, когда эти задачи еще не были поставлены, был 1993 финансовый год, за который 65% заявок из 84 были рассмотрены в течение 12 месяцев. В каждый последующий год FDA приближалась к достижению целей, которые она перед собой поставила. Хотя в 1994–1997 годов прогресс был очевиден только по отношению к препаратам, заявки на регистрацию которых были поданы в расчете на 12-месячное рассмотрение, улучшение ситуации стало решающим фактором для продления срока действия налога в 1997 году³⁴. В результате

в 1999 финансовом году стандартные препараты стали рассматриваться в 10-месячный срок (30%), в то время как уже в 1998 году 90% приоритетных препаратов были рассмотрены в течение полугода.



* 1993 г. — введение Акта о взносах производителей рецептурных препаратов.

Рис. 6.12. Процентная доля препаратов, зарегистрированных более чем за два года и менее чем за один год в результате введения PDUFA

Источник:

Tufts Center for the Study of Drug Development. *Faster Approval of New Drugs Does Not Compromise U.S. Public Safety*, Tufts Center for the Study of Drug Development Impact Report 1999; 1 (3).

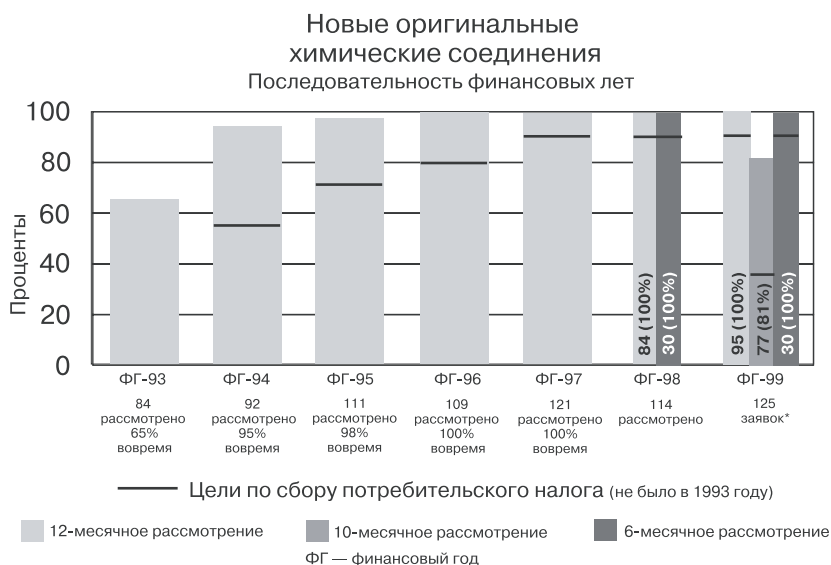


Рис. 6.13. Изменение доли заявок, которые были рассмотрены вовремя, в соответствии с целями взносов компаний-производителей

Источник:

CDER, *Report to the Nation: Improving Public Health Through Human Drugs* 1999; p. 17.

Для достижения своих целей FDA проявила нарастающее упорство и последовательность в отказе принимать заявки. Она обязала спонсоров повысить качество подаваемой документации в целом, чтобы снизить риск возврата заявок. На **рис. 6.14** показана доля заявок на регистрацию, возвращенных во время действия PDUFA без рассмотрения³⁵. Начиная с пиковых 26% в 1993 году эта доля постоянно снижалась и достигла уровня приблизительно 4% в последние годы.

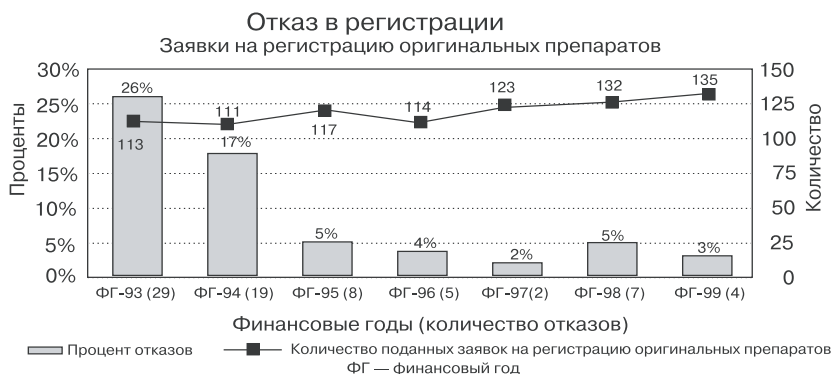


Рис. 6.14. Изменение доли возвращенных заявок на регистрацию оригинальных препаратов

Акт о модернизации FDA 1997 года (FDAMA)

FDAMA (FDA Modernization Act) внес поправки в Акт о пищевых продуктах, лекарственных и косметических средствах и в раздел 351-й Положения о биологических продуктах Акта об общественном здравоохранении³⁶. Он дал силу закона нескольким инициативам FDA, заявленным в Правительственной программе стимулирования изобретений³⁷. Ниже приведены наиболее важные положения этого акта, направленные именно на совершенствование процесса разработки препаратов.

Взносы производителей рецептурных препаратов

Как было упомянуто ранее, FDAMA продлил действие первоначального акта PDUFA 1992 года еще на пять лет.

Ускорение разработки препаратов

Ускоренная разработка препаратов FDAMA представляет собой более оформленную, чем те, что были описаны ранее, систему разработки

и регистрации препаратов для лечения серьезных заболеваний³⁸. Это достигнуто несколькими средствами. Во-первых, было уточнено определение «серьезное заболевание» — как оказывающие заметное воздействие на повседневное функционирование организма и связанное с устойчивой или рецидивирующей болезнью. Кроме того, данные тестов на животных могут служить основой для ускоренной выдачи разрешения, а регистрация может быть проведена на основании суррогатных конечных точек, которые не поддаются точному определению³⁹.

К дополнительному действию FDAMA можно отнести то, что этот акт способствовал совместной работе Национального института здоровья и FDA над созданием базы данных, содержащей информацию о клинических испытаниях препаратов для лечения серьезных и угрожающих жизни заболеваний. В этой базе данных будут приведены сведения о критериях определения выборки для исследований, расположении исследовательских баз и контактной информации о добровольцах⁴⁰.

Модифицированный стандарт доказательств

С помощью FDAMA традиционные двойные испытания безопасности и эффективности для прохождения этапа регистрации были модифицированы таким образом, что FDA получила возможность осуществлять предварительную регистрацию препаратов, основываясь на результате адекватного и хорошо контролируемого исследования и подтверждающих его сведениях. Это позволяет более гибко подходить к препаратам, изучаемым в ходе одного большого многоцентрового исследования или в процессе крупных исследований с разными клиническими конечными точками⁴¹.

Установление стандартов для регулируемых продуктов на международной основе — инициатива ICH

Аббревиатура ICH (International Conference on Harmonization) обозначает Международную конференцию за гармонизацию технических требований по регистрации фармацевтических препаратов для использования людьми⁴². Основанная в 1990 году, ICH собирает руководителей регулирующих органов Европейского Союза, Японии и США, равно как и экспертов, представляющих фармацевтическую промышленность этих трех регионов. Цель — разработка единого набора технических требований для регистрации новых лекарственных препаратов. Это будет способствовать рационализации процесса разработки препарата на международной основе⁴³. Три основных проекта в рамках ICH:

1. Медицинский словарь для регулирующей деятельности (Medical Dictionary for Regulatory Activities — MedDRA).

2. Общий технический документ (Common Technical Document — CTD).
3. Профессиональные руководства (Guidances).

Медицинский словарь для регулирующей деятельности содержит международные медицинские термины, которые должны упростить электронную передачу информации и унифицировать данные для регулирующих органов на международной основе⁴⁴. Словарь имеет две основных сферы применения: 1) обработка информации о медицинских продуктах во время клинических и научных, а также маркетинговых исследований, 2) повышение способности передавать в электронном виде отчеты о случаях побочного действия и кодировать данные клинических испытаниях.

Общий технический документ направлен на гармонизацию формата досье, содержащего материалы для регистрации фармпродуктов в трех регионах, охваченных ИСН. Когда документ будет закончен, значительно сократится дублирование усилий, что по всему миру стало общей негативной практикой при регистрации. На **рис. 6.15** Общий технический документ ИСН представлен в виде диаграммы⁴⁵. Модуль I содержит информацию, специфическую для каждого из трех регионов. Примерами могут служить регистрационные формы, используемые в различных регионах как ярлыки. Регулирующие органы отдельных регионов свободны в определении содержания и формата этого модуля.

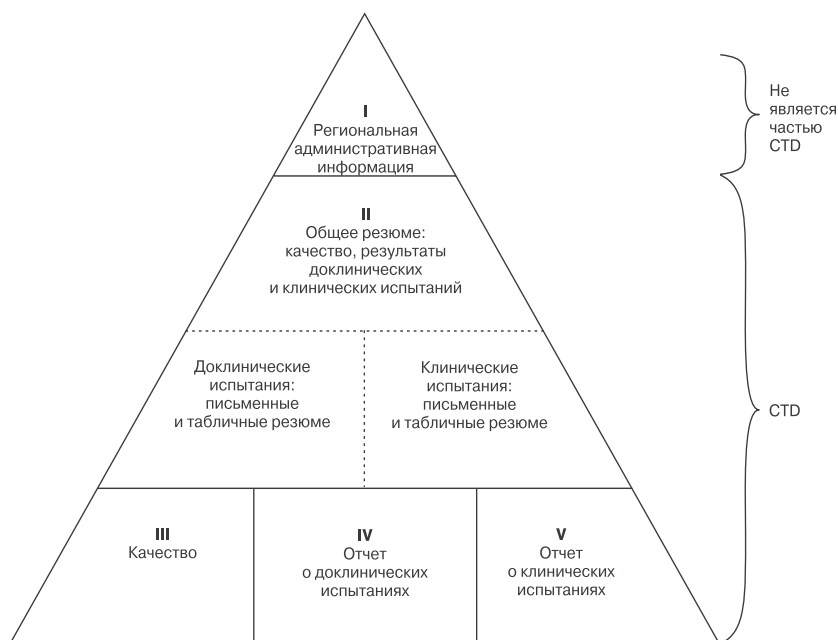


Рис. 6.15. Представление в виде диаграммы Общего технического документа ИСН

Модули II–V соответствуют Общему техническому документу и являются общими для всех трех регионов. Аналогично заявке для регистрации в США, уровень организации возрастает с продвижением от основания треугольника к вершине. Для клинических и доклинических испытаний наиболее важным компонентом является отчет, где вся информация должна быть представлена в соответствии с требованиями специальных руководств. Все эти данные, в конечном счете, суммируются в исчерпывающее резюме, в котором указывается дозировка, показания, срок годности, упаковка и подтверждена законность производства препарата, предлагаемого для вывода на рынок.

Профессиональные руководства разрабатывались для формирования единых требований к заявке на регистрацию нового препарата, которые действовали бы во всех трех регионах (**рис. 6.16**)⁴⁶. Они содержат в основном представления регулирующих органов об обработке, содержании, оценке и утверждении заявок. В этих документах также выражено стремление не только облегчить выполнение последовательных мероприятий по регистрации, но и установить процедуры инспектирования и принуждения. Сами документы не являются ни правилами, ни законами и, следовательно, не могут служить для принуждения.

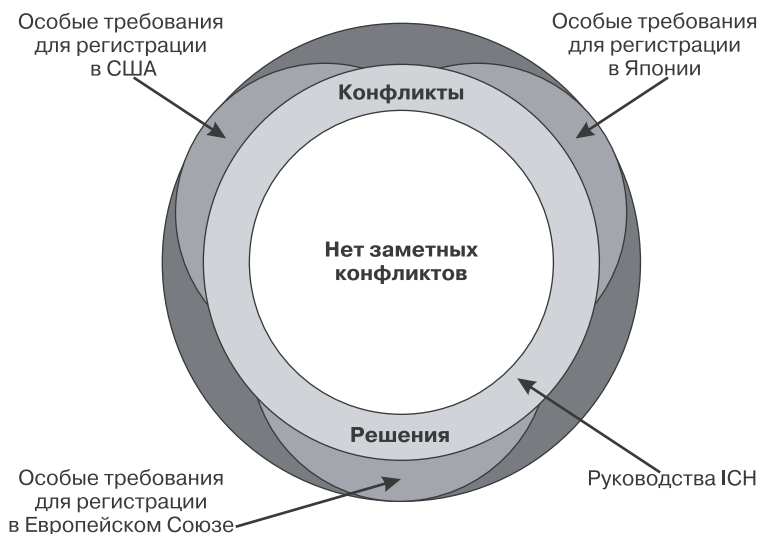


Рис. 6.16. Разрешение конфликтов с помощью руководств ICH

FDA прошла значительную, длившуюся годы эволюцию для того, чтобы отвечать потребностям общества в важнейших средствах для лечения. Ожидается, что этот процесс будет продолжен.

Литература

1. Kniaz D. Drug discovery adopts factory method. *Modern Drug Discovery* 2000; 3 (5): pp. 67-72.
2. Ibid.
3. Ibid.
4. Sleep N. Sorting out combinatorial chaos. *Modern Drug Discovery* 2000; 3 (7/8): pp. 37-42.
5. Agnew B. When pharma merges, R&D is the dowry. *Science* 2000; March 17, p. 1952.
6. Liebman M. Competing drug companies cooperate in a bold race for gene therapies. *Medical Marketing and Media* 1999; 34 (8): pp. 68-73.
7. Ibid.
8. Brennan M.B. Drug discovery: Filtering out failures early in the game. *Chemical and Engineering News* 2000; June 5, p. 63.
9. Home page of California's twenty-ninth congressional district. Available: www.house.gov/waxman/pharm/orphan/orphan.html, p. 2.
10. Ibid.
11. PhRMA Industry Profile, Chapter 3, 2000; p. 10.
12. Zenne J.T. Orphan drugs. In: *New Drug Approval Process*. New York: Marcel Dekker, Inc., 2000; pp. 365-380.
13. Ibid.
14. Ibid.
15. CDER 1999 report to the nation: Improving public health through human drugs, p. 9.
16. AAC Consulting Group, Rockville, Maryland, personal correspondence, August 20, 1999.
17. Pediatric pharmacotherapy. The FDA drug approval process. Available: www.people.Virginia.edu/~5mb4v/pedpharm/vin11.html, p. 3.
18. Beam T.R., Jr. Current U.S. Food and Drug Administration requirements for new drug approval. *Infections in Medicine* 9 (Supplement D), 1999; p. 16.
19. Perkins J.G. et al. Utility of Retrovir's phase IV research program from a regulatory perspective. *Drug Information Journal* 1990; 24: p. 598.
20. Ibid., pp. 597-603.
21. Goose M.E. et al. Effects of U.S. regulatory policies on the research development and approval of new biotechnology derived biopharmaceuticals: Points to consider for OSCD member countries. *Tafts Center for the Study of Drug Development* 1998; p. 11.
22. Ibid., p. 12.
23. Beam T.R., Jr. Current U.S. Food and Drug Administration requirements for new drug approval. *Infections in Medicine* 9 (Supplement D) 1999; p. 11.
24. Goose M.E. et al. Effects of U.S. regulatory policies on the research development and approval of new biotechnology derived biopharmaceuticals: Points to consider for OSCD member countries. *Tafts Center for the Study of Drug Development* 1998; p. 12.
25. Ibid., p. 13.
26. Shulman S.R. et al. The Food and Drug Administration's early access and fast track approval initiatives: How have they worked? *Food and Drug Law*; 50 (4): pp. 503-532.

27. Goose M.E. et al. *Effects of U.S. regulatory policies on the research development and approval of new biotechnology derived biopharmaceuticals: Points to consider for OSCD member countries*. Tafts Center for the Study of Drug Development 1998; p. 13.
28. Ibid.
29. Ibid.
30. Ibid.
31. Shulman S.R. and Kaitin K.I. *The Prescription Drug User Fee Act of 1992: A five year experiment for Industry and the FDA*. *Pharmacoeconomics* 1993; 9 (2): pp. 121-133.
32. Goose M.E. et al. *Effects of U.S. regulatory policies on the research development and approval of new biotechnology derived biopharmaceuticals: Points to consider for OSCD member countries*. Tafts Center for the Study of Drug Development 1998; p. 14.
33. CDER 1999 report to the nation: *Improving public health through human drugs*, p. 17.
34. Ibid.
35. Ibid., p. 19.
36. Hutt P.B. *A guide to the FDA Modernization Act of 1997*. *Food Technology* 1998; 52 (5): p. 54.
37. *The FDA Modernization Act of 1997*. *FDA Backgrounder*, November 21, 1997. Available: <http://www.fda.gov/opacom/backgrounders/modact.htm>.
38. Wechster J. *FDAMA implementation policies to spur drug development, streamline FDA approval process*. *Formulary* 1999; 34: pp. 176-177.
39. Ibid.
40. Ibid.
41. Wechster J. *FDAMA implementation policies to spur drug development, streamline FDA approval process*. *Formulary* 1999; 34: p. 177.
42. CDER home page. *International activities*. Available: <http://www.fda.gov/cder/audiences/iact/iacthome.htm>, p. 2.
43. Ibid., p. 3.
44. Ibid., p. 3.
45. ICH M4 *Organization of Common Technical Document for the Registration of Pharmaceuticals for Human Use*, ICH Step 2, Draft Consensus Guideline, London, July 27, 2000; p. 3.
46. Giaquinto A. *A common technical document for applications*. *Proceedings of the Fourth International Conference on Harmonization*, D'Arcy P.F. and Harron D.W.L., Eds. Brussels: Queen's University of Belfast, 1997; pp. 554-558.

Раздел III.

Цена

Глава 7.

Принципы ценообразования в фармацевтике

Основной принцип, которым мы должны руководствоваться, принимая любое решение о ценообразовании, таков: цена влияет на воспринимаемую потребителем ценность продукта. Другие составные части маркетинга – продукт, продвижение и распределение – также вносят лепту в создание потребительской ценности. Лекарственный продукт сам по себе должен обладать клинической и экономической ценностью. Ценность продукта повышается при распределении, поскольку обеспечивается «полезность места». Доступность продукта там и тогда, где и когда он необходим, заметно добавляет ему ценности. Повышает ценность продукта и его эффективное продвижение, так как в этом случае потребителям поясняют, как использовать продукт наилучшим образом. Цена не только должна отражать ценность, созданную всеми составляющими комплекса маркетинга, она должна использоваться компанией для овладения этой ценностью. Ведь прибыльные решения в области ценообразования обеспечивают поступление средств для продолжения исследований, т.е. для сохранения жизнеспособности компании.

Решения о ценообразовании принимаются с использованием широкого круга соображений, различных видов информации и с учетом внутрикорпоративных процессов. Каждое решение уникально, оно зависит от компании, препарата и внешних факторов. В этой главе обсуждаются факторы, которые следует учитывать при определении стоимости продукта. Не существует одного «лучшего» или «правильного» способа установления цен, но определенные соображения и приемы помогают компании принять наиболее выгодное решение.

Важнейшие факторы принятия решения о ценообразовании

Не существует легких или быстрых путей определения цены, а также «волшебных» моделей, содержащих точную цену или формулу, при расчете которой получается оптимальная цифра. Хотя некоторые консультанты, возможно, и предлагают такие волшебные решения ценовых проблем, их просто не существуют. Попытки свести процесс ценообразования к простой модели или формуле не только вводят в заблуждение, но отражают полное отсутствие знаний о ценообразовании лекарственных средств или чего-либо еще.

Маловероятно, чтобы в двух фармацевтических компаниях при установлении цен происходили одинаковые мыслительные процессы или даже учитывались одни и те же соображения. Еще менее вероятно, чтобы компания одинаковым образом устанавливала цены на два разных продукта, отличающихся долями рынка, временем и динамикой выхода на рынок, другими характеристиками среды. Такое отсутствие единообразия может стать поводом для критики, но на самом деле оно вполне естественно — нет двух компаний, которые имели бы абсолютно одинаковые нужды, философию или ресурсы, и нет двух продуктов, при выведении на рынок которых использовались бы совершенно одинаковые стратегии, даже если это продукты одной и той же компании. Эти базовые различия требуют разных критериев ценообразования и разных цен.

Цена фармацевтического препарата, как и любого другого продукта или услуги, должна определяться на основе изучения рынка. В противовес широко бытующим представлениям о том, что ценообразование — всего лишь вопрос добавления определенной суммы к затратам, эксперты в области ценообразования сходятся во мнении, что уровень затрат помогает установить нижнюю границу цены, но именно рынок дает основную информацию для принятия решения. Подогреваемая конкуренцией, особенно в области цен, потребность в рыночном ценообразовании на фармацевтическом рынке будет расти.

Вот несколько основных правил, или соображений, которые должны учитываться при принятии любого решения о ценообразовании:

1. Прежние цены, характеристики продуктов и действия конкурентов.
2. Специфические характеристики пациентов.
3. Экономическая и социальная ценность терапии самой по себе.
4. Критерии принятия решения врачами и теми, кто влияет на этот процесс.
5. Характеристики заболевания, для лечения которого служит препарат.
6. Интересы компании с точки зрения положения на рынке, прибыли и других факторов.

7. Возможности компании, включая доступность средств и стремление поддерживать продукт.
8. Текущие и прогнозируемые условия для страховой компенсации затрат на приобретение.
9. Политическая среда.

Эти факторы должны рассматриваться как с позиций общей политики компании, так и «частным образом» — менеджером по продукту или другим должностным лицом, ответственным за формирование стратегии развития и ценообразования. Неспособность учитывать эти факторы привела к многочисленным ошибкам в назначении цен на фармацевтические продукты.

Чтобы еще больше запутать процесс, отметим, что, скорее всего, элементы модели ценообразования будут разительно отличаться у разных компаний и их филиалов из-за местных различий в системах оказания медицинских услуг, компенсаций, а также в вопросах регулирования этой сферы. Тем не менее все эти вопросы должны тщательно изучаться.

Конкуренция

Обычно для подготовки рекомендаций по ценообразованию в первую очередь собирается информация о конкурирующих препаратах. Если новый препарат запускается на соответствующий его терапевтическому классу рынок, где уже есть один или два конкурента, их цены должны послужить первоначальным ориентиром. Какие цены нужно взять для анализа (например, цены прайс-листа производителя, цены со скидкой, цены за дозу, стоимость одного дня лечения, упаковки, курса лечения), зависит от целей анализа и изучаемого продукта. Обычно лучше начать с заводской цены за равноценную единицу лечения, будь то один день лечения хронического заболевания или полный курс лечения острого состояния. Скидки и другие подобные вещи по своей природе относятся к тактическим мероприятиям, а первые шаги в любом анализе при первоначальном ценообразовании должны быть сфокусированы на стратегии.

Кроме текущих цен на конкурирующие препараты нужно исследовать историю цен на продукты этого класса, чтобы заметить любые недавние изменения. Следует также учитывать наличие готовящихся к запуску на рынок других новых продуктов. Необходимо изучить и диапазон цен (от самой высокой до самой низкой) на существующие на этом рынке марочные продукты. Если уровень цен заметно зависит от успешности препаратов (например, те, что имеют большую долю рынка, часто стоят либо дороже, либо дешевле, чем их менее успешные конкуренты), то это может служить признаком

наличия или отсутствия ценовой эластичности. Для рынков, на которых лидер устанавливает самую низкую цену, характерна ценовая эластичность, а для тех, на которых лидер обладает наивысшей ценой, — низкая ценовая эластичность или ее отсутствие.

Должны быть изучены и цены на другие продукты, продаваемые основными конкурентами и теми компаниями, которые недавно вышли на этот рынок. Это поможет определить, отражают ли их цены общую корпоративную ценовую политику или избраны именно для данного продукта. Если цены отражают отклонение от типичного подхода компании к ценообразованию, то это может послужить сигналом того, что данному рынку присуща ценовая эластичность, или, по крайней мере, что компания так считает.

Среди факторов конкуренции, которые нужно учитывать на этой стадии, — уровень продвижения других препаратов, динамика роста их продаж и размер скидок на чувствительных к цене рынках, таких как больницы и страховые компании. И снова уровень скидок необходимо сравнить с успешностью продукта на этих рынках. Высокий уровень затрат на продвижение затрудняет выход нового препарата. Если людей, принимающих решение, можно склонить на более низкую цену, то рынки со значительными затратами на продвижение могут быть подходящим местом для применения стратегии низкой цены, при условии, конечно, что вы определите, насколько должна быть снижена цена для того, чтобы привлечь внимание потребителей. Впрочем, этот подход тоже требует высоких затрат.

Низкий уровень затрат на продвижение обычно характерен для зрелого, с удовлетворенным спросом, рынка, который менее благоприятен для реализации политики низких цен. Такая политика подходит и для зрелого рынка, где есть незначительная конкуренция, а также пациенты с неудовлетворенными нуждами. На этих рынках новый препарат, имеющий преимущества над теми, что уже существуют на рынке, часто может быть запущен с более высокой ценой, и это не скажется на частоте его выписки. Иногда из-за улучшенных характеристик новые продукты воспринимаются врачами как дорогостоящие — они считают, что продукт лучшего качества должен стоить больше. В этом случае стандартные представления врачей играют основную роль в принятии решения о цене.

Относительная доля рынка в сравнении с уровнем цен также говорит о многом. Рынки, на которых продукты-лидеры имеют самую низкую цену, по-видимому, обладают очень высокой ценовой эластичностью. На **рис. 7.1** изображено соотношение между относительной долей рынка и ценой, когда лидер рынка имеет самую высокую цену, а продукт с наиболее низкой ценой занимает самую малую долю рынка. Такой рынок неэластичен по цене. На **рис. 7.2** показана противоположная ситуация: лидером рынка является продукт с самой низкой ценой. Отметим, что это не означает автоматически ценовую

эластичность рынка, а лишь свидетельствует о том, что конкуренты проявляют гибкость в ценовой политике. Однако это указывает на то, что рынок реагирует на различия в цене.



Рис. 7.1. Неэластичный по цене рынок

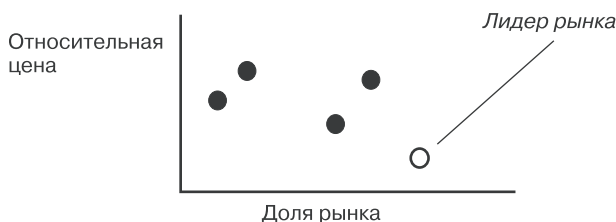


Рис. 7.2. Потенциально эластичный по цене рынок

Важность анализа конкурентоспособности цен невозможно переоценить. Многие исследователи сходятся в том, что сложившаяся на рынке система ценообразования и наличие конкурентов вкупе с уникальностью или особой терапевтической ценностью нового препарата — важнейшие факторы, определяющие его цену при запуске. Как писал экономический исследователь в области здравоохранения Дункан Рики (Duncan Reekie), основное, что нужно учитывать, устанавливая цену на лекарственное средство, — это стоимость препаратов у конкурентов и возможность появления на рынке новых игроков¹. Новые препараты, обладающие заметными преимуществами перед уже существующими препаратами-конкурентами, очень часто оцениваются выше среднего уровня в своем терапевтическом классе. Продукты, имеющие небольшое преимущество или не имеющие его вовсе, обычно имеют цену ниже, чем в среднем по классу.

Интересным результатом исследования Дункан Рики стало то, что даже на уникальные препараты, обладающие заметными преимуществами перед другими средствами, в ожидании появления более сильных или равных по силе конкурентов в течение двух лет с момента запуска на рынок, цена устанавливалась на более низком уровне, чем на те, для которых не прогнозировался выход новых конкурентов в ближайшем будущем. Это правило иллюстрирует **рис. 7.3**.

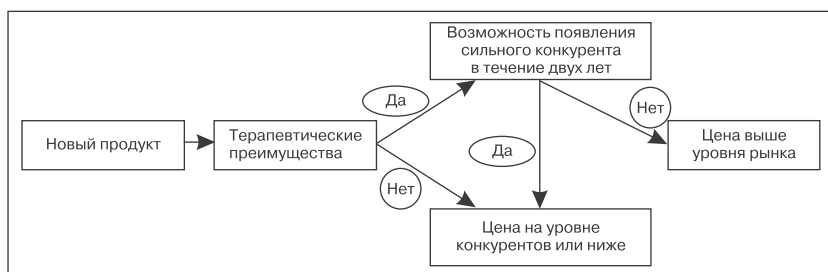


Рис. 7.3. Типичное, но некорректное установление цены

Источник:

Reekie W.D. *Pricing New Pharmaceutical Products*. London: Croom Helm, 1977.

Правило, проиллюстрированное на **рис. 7.3**, является простым приложением трех базовых подходов к ценообразованию:

1. **«Снятие сливок».** Продукт, не испытывающий прямой конкуренции, оценивается выше господствующего уровня с целью максимизации прибыли. Цена на Прилосек (Prilosec), первый ингибитор протонной помпы, была установлена именно таким образом — на уровне, значительно превышающем уровень цен на антагонисты H_2 -гистаминовых рецепторов, хотя они соответствовали ему по ценности.
2. **Паритет.** Цена на продукт устанавливается на уровне основных конкурентов. Наиболее часто используемый подход, в основном компаниями, запускающими продукты на уже установившиеся рынки.
3. **Проникновение.** Цена на продукт устанавливается на более низком уровне, чем в среднем на рынке. Так было запущено множество продуктов. Поскольку рынок обычно нечувствителен к цене, можно заключить, что большая часть компаний, использующих эту стратегию, решили исключить цену из числа инструментов маркетинга своих продуктов.

Эти подходы, как можно заметить, зависят и от других факторов, таких как потребности и возможности компании, эластичность данного сегмента рынка по цене, а также терапевтическая ценность препарата. Таким образом, описанные здесь факторы — не обособленные, нуждающиеся в отдельном рассмотрении элементы, а комплексная система элементов, которую нужно оценивать в целом.

Дункан Рики и многие другие аналитики отмечали, что хотя большую часть сегментов фармацевтического рынка нельзя назвать эластичными по цене, компании действуют и устанавливают цены так, как будто дела обстоят совсем наоборот. Слабая реакция на значительные скидки на многих рынках означает, что 1) рынки не чувствительны к цене и 2) компании, поставляющие продукты на эти рынки, действуют так, будто рынки чувствительны к цене.

Вера в ценовую эластичность в противовес объективному измерению ценовой эластичности привела к тому, что множество компаний устанавливает слишком низкую цену на свои препараты. Препарат категории «я тоже», имеющий цену на 30% ниже среднерыночной, занимает от 2 до 5% рынка. Такое положение может занимать любой такой продукт независимо от цены, а значит, разница в 30% позволяет компании повысить цену примерно на 50%. Это означает, что цена, на 50% превышающая указанную вначале, может обеспечить такой же объем продаж, исчисляемых в упаковках, как и более низкая цена, но при этом продажи в долларах и прибыль будут значительно выше. Это слишком высокая цена, чтобы платить ее за скромность, не правда ли?

Ниже указаны основные вопросы, на которые надо ответить в связи с конкуренцией:

- ✦ Кто конкуренты?
- ✦ Ожидается ли появление новых конкурентов?
- ✦ Как реагировали конкуренты на ценовую стратегию других компаний?
- ✦ Что могут предпринять конкуренты в случае, если увидят в новом продукте угрозу своему положению?

Характеристики пациентов

На многих рынках пациенты не несут прямых финансовых затрат на лечение, но это не общепринятое явление. На рынках, где стоимость лекарств пациентам компенсируется не полностью, их мнение как конечных потребителей нового препарата должно учитываться при установлении его стоимости. Если основной состав пациентов — пожилые люди, большинство которых не имеет страховок, покрывающих расходы на лекарства, и поэтому они должны оплачивать лечение из своего кармана, то обязательно должна учитываться возможность этих людей купить себе лекарство в дополнение к другим продуктам. Это лекарство может быть относительно недорогим (\$1,5 за дневную дозу), но если пациент с фиксированным доходом должен принимать три–четыре таких рецептурных препарата ежедневно, общая стоимость может стать для него непомерно высокой.

Эти соображения — не проявление альтруизма, хотя в каждой стратегии есть место для сострадания. Факт остается фактом: пациенты, которые не могут позволить себе препарат, не будут его принимать. Приверженность пациента лечению (согласие как с ежедневной дозировкой, так и с длительностью терапии) приобретает все большее значение и является источником значительной, но нереализованной прибыли^{2,3}. Около 50% пациентов, которым выписали препарат для лечения хронического заболевания, практически не проявляющегося внешне, прекращают его принимать в течение первого года^{4,5}. Почему — неизвестно. Возможно, причиной

является непонимание важности приверженности лечению или неспособность позволить себе пока еще неизвестный препарат, но если бы часть этих соображений была снята путем снижения цены, то продукт мог бы принести больший доход, чем если продавать его дороже⁶.

Некоторые группы пациентов очень хорошо организованы и способны оказывать политическое и экономическое давление на фармацевтическую компанию. Пациенты с такими заболеваниями, как душевные недуги, болезнь Паркинсона, ВИЧ и рак, имеют активные группы поддержки, роль которых в выборе терапии в последнее время заметно выросла. Степень вовлечения пациентов в процесс принятия решения о лечении растет по всем основным терапевтическим категориям, и все возрастающую силу влияния таких групп на рынок нужно учитывать, принимая решения в сфере ценообразования.

Однако даже если пациенты защищены от финансовых последствий использования препаратов, они могут играть роль в принятии решения, какие препараты принимать, и эту способность можно учесть с помощью гибких цен.

В США наиболее чувствительный к цене покупатель — Организация здравоохранения (страховая компания) Kaiser Permanente, обладающая множеством запретительных возможностей и способностью ограничивать использование препарата. Компания Schering-Plough отказалась дать запрошенные Kaiser огромные ценовые скидки, и тогда последняя не включила Кларитин (Claritin), антигистаминный препарат Schering-Plough, в свой формуляр, тем самым закрыв доступ Schering-Plough к пациентам — клиентам Kaiser. Правда, при этом и пациентам Kaiser был закрыт доступ к Кларитину, что вызвало волну возмущения со стороны пациентов. В конце концов, Schering смогла внести Кларитин в формуляр Kaiser, не предоставляя огромных скидок.

Во многих подобных случаях, когда пациенты оказываются вовлеченными в лечение своих заболеваний (таких как диабет, астма, аллергия и многие другие), способность больных «проталкивать» препарат может дать возможность компании устанавливать более высокие цены, чем те, которые готовы принять чиновники, отвечающие за закупки. Было бы очень разумно изучить этот вопрос в ходе подготовки запуска соответствующего препарата и постараться сделать так, чтобы пациенты требовали возмещения затрат на этот продукт.

Вот основные вопросы для выявления характеристик пациентов:

- ✦ Что потенциально позитивного могут увидеть потребители в препарате (например, он дает избавление от симптомов или исцеление)?
- ✦ Возможны ли протесты пациента по поводу цены?

- ✦ Есть ли вероятность того, что пациенты не смогут позволить себе купить этот продукт, и можно ли сделать доступность препарата его основной привлекательной чертой?

Стоимость лечения

Разработку нового препарата было бы разумно начать с изучения экономических аспектов наряду с клиническими. В первую очередь нужно исследовать «финансовую структуру» заболевания, для лечения которого разрабатывается препарат. Это поможет правильно вписать препарат в эту структуру для определения последующего его влияния на общую стоимость лечения.

В идеале новый препарат должен способствовать снижению стоимости лечения, особенно в том случае, когда есть и другие способы лечения. Теоретически ценность нового препарата определяется достигнутым с его помощью уровнем снижения стоимости лечения. В случае если ваш препарат снижает стоимость лечения заболевания на \$1000 в год еще до установления на него цены, то его «экономическая ценность» равна \$1000.

Если этот препарат обладает значительными клиническими преимуществами или заметно по сравнению с существующими препаратами повышает качество жизни, что означает более качественную заботу о пациенте в целом, то будет естественно установить на него цену в соответствии с его полной экономической ценностью, равной \$1000. К сожалению, этот процесс протекает не всегда так прямолинейно и, уж конечно, не так просто, поэтому многие участники рынка отказываются воспринимать аргументы в пользу принятия этого продукта.

Например, в исследовании Коласса и Смита было выявлено, что заведующие больничными аптеками в США оказались неспособны полностью понять и оценить результаты фармако-экономических исследований; и хотя считается, что такие исследования приобретут большое значение в будущем, сегодня на них обращают мало внимания⁷.

Маловероятно, чтобы новый препарат был снабжен документальным подтверждением снижения стоимости лечения на определенную сумму. Напротив, из-за различий в требованиях, предъявляемых к препарату регулирующими органами, производителями лекарств и пациентами, скорее всего, могут быть предоставлены только предельные значения предполагаемой экономии. Эти рамки, однако, могут и послужить ориентирами для определения цены, и, безусловно, помочь установить «потолок» цены, или максимально разумную цену. Себестоимость и маржа, связанные с себестоимостью единицы продукции или со «стандартной себестоимостью», определяют нижний уровень цены.

Препарат, чьи преимущества, с точки зрения снижения стоимости лечения, документально подтверждены, должен приниматься очень хорошо (в идеальном случае). Это обусловлено общественным интересом к реформе здравоохранения и политике сдерживания цен. Однако чтобы этот аргумент сыграл свою роль, следует обратить внимание и на другие обстоятельства. На процесс ценообразования может оказывать воздействие сложившаяся в обществе система страхования и выплаты возмещений.

Основные вопросы, связанные со стоимостью лечения:

- ✦ Какова стоимость заболевания для системы здравоохранения и общества?
- ✦ Каковы возможности снижения этой стоимости с помощью нового препарата?
- ✦ Какая информация потребуется для подтверждения экономики?
- ✦ Обладает ли этот препарат потенциалом, чтобы принести повышенную прибыль при повышенной цене?

Лица, принимающие решения

Конкретное лицо, принимающее решение об использовании препарата, оказывает сильное влияние на эффективность любого метода ценообразования. Цены на те препараты, которые в основном будут использоваться в стационаре, рассматриваются тщательно и всесторонне, поскольку из всех сегментов фармацевтического рынка, наверное, наиболее чутко реагирует на цену тот, который связан с лечебными учреждениями. Поскольку решение принимают многие лица, включая заведующих аптеками и больничных администраторов, то стоимость каждого нового препарата, прежде чем быть принятой, будет рассматриваться со всех сторон. В ходе нескольких исследований было доказано, что с помощью различных образовательных программ клинические фармакологи могут существенно изменить подход врачей к выписыванию препаратов⁸⁻¹¹. Так, в 1988 году Лазарус и Смит писали, что при вмешательстве фармацевтов в процесс выдачи препаратов по рецептам, выписанным в медицинском центре Алабамы, в 52% случаев дело закончилось заменой препаратов¹². Совершенно очевидно, что потенциальная роль фармацевтов в использовании нового препарата должна быть принята во внимание.

В амбулаторной практике врач часто может выбирать способ лечения независимо от его стоимости. Однако это не означает, что рынок совершенно не чувствителен к цене: усиление роли управленческих подходов к лечению в США, в Великобритании, в Германии повсеместно повышает уровень чувствительности к цене.

Врачи общей практики часто более «враждебно» настроены к потенциальному риску, чем их коллеги-специалисты, и поэтому

маловероятно, чтобы они приняли новый препарат так же быстро, как, скажем, неврологи и кардиологи¹³. Цены на те новые препараты, которые будут использовать только специалисты, скорее всего, не будут подвергаться с их стороны столь пристальному изучению, поскольку специалистов меньше беспокоит (или они меньше об этом задумываются) стоимость назначаемого ими лечения. Поэтому они вряд ли получают от пациентов информацию об их отношении к стоимости препаратов, в отличие от врачей общей практики, которые встречаются с пациентами более регулярно и сильнее вовлечены в функционирование систем, принуждающих людей нести (или делить с государством) затраты на реализацию своих решений.

К сожалению, нужно учитывать и возможность конкуренции с врачами. В некоторых случаях использование нового препарата представляет собой прямую «угрозу» для деятельности врачей одной или нескольких специальностей. Так, широкое использование тромболитиков встретило ожесточенное сопротивление со стороны сосудистых хирургов, которые восприняли препараты как угрозу для своей профессии. Результаты исследований, сравнивающих лечение тромболитиками и методами сосудистой хирургии, интересны тем, что исследования, проведенные специалистами в области сосудистой хирургии, подтверждают не только большую безопасность и эффективность этого метода, но и его большую доступность по цене, чем лечение одними тромболитиками. Однако исследования радиологов и других специалистов не-хирургов доказывают обратное. Для прояснения ситуации предстоит провести еще несколько исследований. Отсутствие ясности привело к тому, что, не имея доступа к соответствующей документации, многие принимающие решения лица пришли к выводу, что цена тромболитиков чрезвычайно высока.

Ключевые вопросы, касающиеся принятия решений на рынке, таковы:

- ✦ Какую роль играет цена в процессе принятия решения о выписке, выдаче, потреблении или покупке препаратов этой категории?
- ✦ Насколько велика вероятность получения врачами от пациентов негативных отзывов, связанных с ценой препарата?

Характеристики заболевания

Характеристики заболевания сами по себе могут послужить одним из наиболее ценных руководств по установлению цены. Опыт показывает, что острые по своей природе заболевания, такие как нетяжелые инфекции или травматические боли, скорее всего, не чувствительны к цене. Рецепт на антибиотик или анальгетик обычно выдают пациенту один раз, и чаще всего такой больной не продолжает ходить к врачу. Это верно даже тогда, когда пациент платит полную стоимость препарата. Однако в случае хронических заболеваний люди

вынуждены покупать препарат каждый месяц и часто жалуются врачу на его высокую стоимость. Аптечные работники в США в целях привлечения клиентов часто делают более низкие наценки на препараты, используемые при хронических заболеваниях, чем на те, которыми лечат острые состояния¹⁴.

Исследования показывают, что необходимо принимать во внимание еще один фактор — симптомы заболевания¹⁵. Врачи склонны преувеличивать стоимость препаратов для лечения хронических бессимптомных заболеваний, таких как гипертония, и недооценивать стоимость препаратов для лечения заболеваний, сопровождающихся явными симптомами, таких как артрит или острые инфекции. Считается, что это вызвано обратной связью пациента и врача. Пациент, тратящий ежедневно \$1 на лечение болезни, которую он никак не ощущает, например гипертонии, будет скорее возражать против высокой стоимости препарата, чем пациент, который явственно ощущает, как препарат НПВС облегчает артритные боли и позволяет ему вести более активный образ жизни.

Таким образом, более вероятно, что врач станет преувеличивать стоимость препарата для лечения относительно бессимптомного заболевания, поскольку он получает многочисленные негативные отзывы от своих пациентов. Это преувеличение может послужить причиной более редкого выписывания препарата. На **рис. 7.4** в графической форме показаны основные выводы исследований, касающихся ценовых ожиданий врачей.

О С Т Р О Е	Врачи, как правило, занижают реальную стоимость перпаратов <ul style="list-style-type: none">● Средняя воспринимаемая стоимость на 35% ниже реальной● Примеры: антибиотики, анальгетики	Нет
	Препараты воспринимаются как чрезмерно дорогие <ul style="list-style-type: none">● Обычно наиболее верное восприятие цены● Примеры: НПВС, противозачвенные препараты	Врачи, как правило, завышают реальную стоимость препаратов <ul style="list-style-type: none">● Тенденция к завышению стоимости, часто на 100%● Примеры: гипотензивные препараты, гормонозаместительная терапия
Х Р О Н И Ч Е С К О Е	ЕСТЬ СИМПТОМЫ	НЕТ СИМПТОМОВ

Рис. 7.4. Восприятие врачами цены препарата в зависимости от природы заболевания

Источник:
Kolassa E.M. *Physician's perceptions of drug prices and their effect on the prescribing decision. Journal of Research in Pharmaceutical Economics* 1995; 6: p. 1.

Основные вопросы, касающиеся характеристик заболевания:

- ✦ Повлияют ли симптомы или тяжесть заболевания на чувствительность рынка к цене?
- ✦ Каково положение заболевания на «экране радара» плательщика, поставщика и общества?

Возмещение затрат

В системах здравоохранения с высокой степенью регулирования, какими считаются многие европейские системы, возмещение стоимости лечения и ценообразование являются почти синонимами: цена — это то, что заплатит страховое агентство. Отношениям с этими агентствами должно уделяться огромное внимание, и стоит помнить, что успех на таких рынках зависит от того, будете ли вы назначать цену или принимать ее. Получение хороших или же не слишком хороших ценовых условий часто зависит от понимания нужд и мотивов руководителей страховых компаний и знания истории их взаимоотношений с другими компаниями.

Ситуация с возмещением стоимости должна учитываться всегда. Стоимость препаратов, используемых в стационаре, часто возмещается совместно с общими затратами больницы. Применение дорогостоящих препаратов или тех, которые воспринимаются как дорогостоящие, может быть ограничено либо самими больницами, либо страховыми компаниями. Многие препараты попадают в списки выписываемых только с особого разрешения и только некоторыми врачами. Хотя такая ситуация еще не стала повсеместной, экономические исследования, проводимые в рамках программ поддержки ценообразования и возмещения стоимости, могут ослабить чрезмерное давление общественности и сделать приемлемой более высокую цену, чем было бы возможно в этих условиях.

Доказано, что в условиях стационара принцип возмещения стоимости препаратов страховыми компаниями влияет на выбор препаратов. Некоторые исследователи отмечают, что пациенты, чей полис полностью покрывает медицинские услуги, получают больше препаратов, причем более дорогих, чем те, чей страховой полис менее адекватен лечению¹⁶.

Наконец, важным фактором возмещения стоимости препаратов является «эффект формуляров», предусмотренных системой управления здравоохранением. Часто требуют, чтобы фармацевтическая компания снизила отпускные цены на свои препараты, только тогда она получит возможность поместить их в эти формуляры. Таким образом, значительная доля потенциального рынка становится предметом управления этими формулярами, и эта доля быстро растет,

а установление цен, приемлемых на «открытом» рынке, в условиях такого управления выглядит завышением цены. В этом случае может быть полезно на некоторых сегментах установить определенные скидки, но тенденция к изменениям в правовой и юридической сфере в сторону «универсального» ценообразования в фармацевтике может в будущем затруднить такие манипуляции. Наверное, разумным в такой ситуации было бы установить определенные цены для управляемого здравоохранения и использовать их во всех сегментах рынка.

Ключевые вопросы, касающиеся системы возмещения стоимости препаратов:

- ✚ Каким образом происходит возмещение стоимости продукта?
- ✚ Кто с помощью нового продукта теряет, а кто приобретает финансовые средства?
- ✚ Есть ли в системе возмещения стоимости препаратов этого класса какие-то особенности?

Потребности компании

Хотя себестоимость препаратов и установленный компанией минимум маржи играют роль в установлении нижней границы цены, при решении этого вопроса могут быть задействованы и другие, специфические для каждой компании, факторы. Новые инвестиции в НИОКР или деятельность, которая, по оценкам, потребует значительных инвестиций, могут также способствовать установлению более высокой цены на готовящийся к запуску препарат — такой цены, которая не скажется негативно на продажах препарата.

И напротив, компания может воспринимать новый препарат как пробный камень, как возможность приобрести опыт работы на определенном рынке до того, как через несколько лет на него будет выведен новый, более важный препарат. В этом случае стратегия установления низкой цены на этот препарат могла бы позволить компании набраться опыта и приобрести важные связи с врачами и главными выразителями мнения на этом рынке.

Наконец, выбор инновационной ценовой стратегии, подразумевающей экономию, гарантии или что-либо еще, может стать основой для благоприятного имиджа компании, что в свою очередь пригодится при установлении взаимоотношений с инвесторами или потребителями.

Ключевые вопросы с точки зрения потребностей компании:

- ✚ Насколько важен новый продукт для деятельности компании?
- ✚ Усложнит ли установление цены на этот продукт ценообразование других продуктов компании или наоборот?

Возможности компании

Способность и желание компании поддерживать ценовую стратегию обязательно должны учитываться. Высокая цена на эластичном рынке требует вовлечения значительных ресурсов, например, средств на экономические исследования и, нередко, усилий высшего руководства компании, способного значительно смягчить неприятие обществом цены. Аналогичным образом, стратегия установления низкой цены на поликлиническом рынке, скорее всего, будет стоить больше, чем установление цены на среднем рыночном уровне. Это происходит потому, что врачи, как было сказано выше, не склонны отвечать на стимулирование низкой ценой. Чтобы стратегия низкой цены привела к успеху, требуются значительные вложения средств в продвижение продукта — нужно многократно проинформировать рынок о том, что препарат более дешев, и стимулировать врачей учитывать цену.

Врачи не проявляют активности в поиске информации о ценах и зачастую не реагируют на низкие цены, даже если знают о них¹⁷. Стратегия проникновения на рынок требует более широкого рекламного покрытия и более творческих подходов к написанию рекламных посланий, чтобы внушить врачам чувство экономической ответственности (или вины), чем это требуется при установлении цены просто на уровне конкурентов.

Выберете ли вы цену значительно выше или значительно ниже рыночного уровня, у руководства компании должно быть осознанное желание тратить время и деньги на поддержание избранной ценовой стратегии.

Ключевые вопросы, касающиеся возможностей компании:

- ✦ Какова цена ошибки при установлении цены на препарат?
- ✦ Готово ли высшее руководство компании вступить в дискуссию с общественностью, если цена будет восприниматься ею как чрезмерно высокая?
- ✦ Готово ли высшее руководство компании обеспечить финансовую поддержку, чтобы успешно реализовать инновационный подход к ценообразованию?

Учет политической ситуации

Последняя по порядку, но не по важности — общественно-политическая среда. В обозримом будущем при установлении цены придется учитывать реакцию и действия как правительственных чиновников, так и адвокатов пациентов. Критика со стороны кого-то из них (не важно, насколько она обоснована), может наложить жесткие ограничения на судьбу нового препарата. Как только на новый препарат будет установлен «рабочий вариант» цены, он может стать объектом пристального внимания со стороны высокопоставленного

критика, чиновника или какого-то другого деятеля, поэтому старайтесь избежать проблем или будьте готовы обсуждать предмет с критиком.

Ключевой вопрос с точки зрения общественной политики:

- ❖ Какова вероятность того, что цена на препарат привлечет внимание прессы или законодателей?

Все эти факторы и аспекты будут влиять на принятие каждого нового решения о ценообразовании. На **рис. 7.5** они представлены на схеме, в центре которой — окончательная цена. Обратите внимание на то, что общественно-политическая среда является элементом, окружающим все остальные элементы. Принимая любое решения о ценообразовании, ей следует уделять самое большое внимание¹⁸.



Рис. 7.5. Факторы, которые нужно учитывать при установлении цены на новый препарат

Ценообразование в фармацевтической отрасли — это сложная система, где нет простых ответов на важные вопросы. Хотя каждое решение о цене уникально, многие этапы этого процесса носят общий характер. Неспособность учесть все элементы, описанные в этой главе, может привести к неверным ценовым решениям.

Литература

1. Reekie W.D. Pricing new pharmaceutical products. London: Croom Helm, 1977.

2. Brand F.N., Smith R.T., and Brand P.A. Effect of economic bareers to medical care on patients' non-compliance. Public Health Reports 1977; 92 (1): pp. 72-78.

3. Shulman N.B., Martinez B., Brogan D., et al. Financial cost and an obstacle to hypertension therapy. American Journal of Public Health 1986; 76 (9): pp. 1105-1108.

4. Morisky D.E. Nonadherence to medical recommendations for hypertensive patients: Problems and potential solutions. Journal of Compliance Health Care 1987; 1 (1): pp. 5-20.

5. Black D.M., Brand R.J., Greenlick M., et al. Compliance to treatment for hypertension in elderly patients: The SHEP pilot study. *Journal of Gerontology* 1987; 42 (5): pp. 552-557.
6. Shulman N.B., Martinez B., Brogan D., et al. Financial cost and an obstacle to hypertension therapy. *American Journal of Public Health* 1986; 76 (9): pp. 1105-1108.
7. Kolassa E.M. and Smith M.C. 1992 national survey of hospital pharmacies: Hospital pharmacy directors' ability to use and understand pharmaceutical economic outcomes research. University, MS: Research Institute of Pharmaceutical Sciences; University of Mississippi, 1993.
8. Abramowitz P.W., Nold E.G., and Hatfield S.M. Use of clinical pharmacists to reduce cefamandole, cefoxitin, and ticarcillin costs. *American Journal of Hospital Pharmacy* 1982; 39: pp. 1176-1180.
9. Hess D.A., Mahony C.D., Johnson P.N., et al. Integration of clinical and administrative strategies to reduce expenditures for antimicrobial agents. *American Journal of Hospital Pharmacy* 1990; 47(March): pp. 585-591.
10. Miyagawa C.I. and Rivera J.O. Effect of clinical pharmacists' interventions on drug therapy costs in a surgical intensive care unit. *American Journal of Hospital Pharmacy* 1986; 43(December): pp. 3008-3013.
11. Chrischilles E.A., Helling D.K., and Aschoff C.R. Effect of clinical pharmacy services on the quality of family practice physician prescribing and medication costs, DICP. *The Annals of Pharmacotherapy* 1989; 23(May): pp. 417-421.
12. Lazarus H. and Smith M.C. After the order is written: Pharmacists' interventions in hospital drug therapy. *Medical Marketing and Media* 1988; May: pp. 76-80.
13. Greenfield S., Nelson E.C., Zubkoff M., et al. Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care: Results from the medical outcomes study. *JAMA* 1992; 257(12): pp. 1624-1630.
14. Taubman A.H. and Mason N.N. How to price a retail pharmacy's goods and services. In: *Retail Pharmacy Practices* Tindall W., Ed., Alexandria, VA: National Association of Retail Druggists, 1989; pp. 465-505.
15. Kolassa E.M. Physicians' perceptions of drug prices and their effect on the prescribing decisions. *Journal of Research in Pharmaceutical Economics* 1995; 6 (1): pp. 23-37.
16. Holcombe R.F. and Griffin J. Effects of insurance status on pain medication prescriptions in a hematology/oncology practice. *Southern Medical Journal* 1993; 86: pp. 151-156.
17. Zelnio R.N. and Gagnon J.P. The effects of price information on prescription drug product selection. *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy* 1979; 13: pp. 156-159.
18. Kolassa E.M. The new environment for pharmaceutical pricing. *Product Management Today*, 1993; 4 (1): pp. 21-22.

Опыт ЦВ «Протек»

Принципы ценообразования в фармацевтике

Под продуктом ЦВ «Протек» понимает полноценную услугу, предоставляемую клиенту. Компания транслирует цену производителя, добавляя свои затраты на распространение, доставку товара, промоцию и учитывает рыночную ситуацию. На ценовую политику дополнительно влияет, входит ли препарат в Перечень ЖНВЛС, список льготных и бесплатных препаратов (25–30% закупок ЦВ «Протек»).

«На входе», когда производитель заявляет цену препарата, специалисты ЦВ «Протек» проводят анализ рыночных продаж аналогов по всем регионам. Как правило, производитель сам определяет ценовую нишу продукта и географию его распределения. Если нет ограничений, препарат поставляется по всем регионам страны.

Ценность продукта для дистрибьютора определяется следующими показателями:

1. рейтинг препарата;
2. рейтинг производителя;
3. цена препарата;
4. наличие аналогов;
5. отечественный или импортный препарат;
6. инновационный препарат или дженерик;
7. бюджет производителя на продвижение препарата;
8. отношения с производителем;
9. позиционирование препарата.

Перед ЦВ «Протек» не стоит задача «выравнивать» по цене препараты-аналоги. При появлении аналога дистрибьютор пересматривает прежние планы продаж в данной ценовой группе, меняет прогнозы продаж. При появлении конкурентной ситуации получает новые прогнозы продаж и производитель. Департамент маркетинга ежедневно анализирует, насколько активно препарат «уходит» с наших складов.

Когда производитель объявляет о программе скидок (участие в тендере или конкурсе для целевых программ здравоохранения), низкая цена окупается объемами поставок. ЦВ «Протек» «транслирует» скидки при поставках в розницу, отслеживает отчетность по группам покупателей в конкретном сегменте рынка. На похожих условиях проводятся акции с аптеками или сетевыми аптечными учреждениями.

Скидки зависят от объема партии, которую закупает клиент, его лояльности и длительности работы с дистрибьютором. Поскольку продажи идут по выделенным сегментам, то для каждого сегмента рынка прорабатывается своя политика ценообразования – для аптек, аптечных сетей, ЛПУ и прочих клиентов.

В филиалах компании у маркетологов есть возможность корректировки цен в зависимости от рыночных условий в регионе. Эту возможность им передает головной офис, задавая диапазон, в котором они могут корректировать цены.

Опыт ЦВ «Протек»

Действия в конкурентной среде

Политика компании направлена на выявление недостатков в собственной инфраструктуре, приведение ее в оптимальный рабочий режим. В отношениях с другими дистрибьюторами ЦВ «Протек» стремится сформировать взаимовыгодные партнерские отношения. Цены ЦВ «Протек» не самые низкие на рынке, и компания приветствует неценовые формы конкуренции.

ЦВ «Протек» работает с другими дистрибьюторами, рассматривая этих оптовиков как канал для продвижения эксклюзивной продукции. У других дистрибьюторов также есть эксклюзивные позиции, интересные ЦВ «Протек».

Ежемесячно в аптеках проходит порядка восьми акций, проводимых ЦВ «Протек» вместе с производителями. Это позволяет знакомить розничный сегмент с фирмами-производителями и мотивировать клиентов. Логистика компании используется для перемещения по стране рекламных материалов, призов и подарков для 18 тысяч клиентов. Кроме национальных дистрибьюторов, никто не имеет такого канала распределения и складских мощностей для подобной полномасштабной работы.

Опережающими темпами развивается сегмент аптечных сетей. По итогам 2003 г. звучали заявления об убыточности крупнейших аптечных сетей, тем не менее в 2004 г. уровень агрессии со стороны сетей из Москвы усилился, и в течение года шла активная покупка региональных аптечных сетей, этот процесс продолжается. Сегмент аптечных учреждений из-за агрессивности сетей заметно сокращается, причем за счет прибыльных предприятий. ЦВ «Протек» старается поддерживать отдельные аптеки и их ассоциации, не входящие в сегмент аптечных сетей.

Глава 8.

Фармацевтическая ценовая среда

Введение

Установление цены на любой продукт — само по себе проблема. Цели конкуренции «тянут» цену одновременно в разные стороны. Чтобы получить максимальную прибыль, руководство и владельцы компании часто стремятся установить самую высокую из возможных цен, в то время как региональные менеджеры и торговый персонал настаивают на снижении цены для облегчения продаж. Это относится к любому продукту, но если речь идет о фармацевтическом препарате, то проблема установления оптимальной цены возрастает. В случае с лекарствами стандартный процесс покупки распылен, поскольку выбирает их, как правило, не пользователь продукта (пациент), а тот, кто выбирает (врач), часто не несет никакой финансовой ответственности за свое решение. Еще более сложно устанавливать цену на препарат на международном уровне, поскольку приходится принимать во внимание отличия между действующими в разных странах регулируемыми системами, каждая из которых имеет целью снижение затрат на закупку препаратов.

Необходимо учитывать, что **цена — единственный элемент из комплекса маркетинга, создающий прибыль**, все остальные элементы сопряжены с затратами. Задача установления цены решается путем балансирования между многочисленными потребностями различных типов клиентов в стремлении эти потребности удовлетворить, но все это должно делаться с учетом цели и миссии маркетинговой программы. Чтобы это осуществить, менеджерам нужно поставить под вопрос старые методы и учиться новым. Слишком часто цены на новые продукты просто копируют

цены конкурентов или устанавливаются по результатам маркетинговых исследований. Поскольку решение об установлении цены приобретает все большую остроту и важность, то лица, отвечающие за выдачу рекомендаций по ценообразованию, должны быстро оценивать все проблемы и факторы и принимать взвешенное решение, направленное на достижение твердой цели — определение «оптимальной» цены.

На ценообразование в фармацевтике мощное влияние оказывают три фактора:

1. Крупные организованные покупатели, которые требуют снижения цен, повышения качества продуктов или того и другого.
2. Конкуренция на фармацевтическом рынке, которая постоянно растет, поскольку сегодня новые препараты появляются чаще, чем раньше, и это вынуждает многие компании относиться к цене как к средству сохранения или повышения уровня продаж.
3. Политическая составляющая цен на лекарство, постоянно толкающая правительства всех уровней на контроль над ценами.

Наличие этих сил привело к возникновению такой ситуации, когда ошибки в ценообразовании стали «дорогостоящими», как никогда ранее. В недалеком прошлом компания, поняв, что занизила цену на свой препарат, могла быстро исправить ошибку, подняв цену до уровня, принятого у конкурентов. Сегодня такой подход вызывает протесты законодателей, угрозу исключения из формуляров со стороны управления здравоохранением, а также приводит к активизации конкурентов, стремящихся получить преимущества от любой оплошности других производителей. Каждое решение о цене ставит производителя перед «трилеммой» — необходимостью учитывать все три вышеперечисленных фактора.

Более 70% рецептов, выписанных врачами в поликлиниках, в США оплачивается в какой-либо форме третьей стороной, а покупку лекарства как таковую делает гораздо меньшее число клиентов. В конце 1980-х в большинстве компаний были созданы отделы по работе с ключевыми клиентами для продажи лекарств управлениям здравоохранения или другим крупным и влиятельным покупателям. Менеджерам по работе с ключевыми клиентами пришлось заниматься определением и описанием системы управления здравоохранением и ее растущей силы. Поскольку продажи структурам здравоохранения входили в их должностные обязанности, они старались сделать так, чтобы компании серьезно относились к этим рынкам, и в итоге преувеличили важность роли официальных структур в выборе препаратов.

Будучи убежденными в том, что система здравоохранения озабочена только ценой, многие компании уже не могли сопротивляться требованиям скидок в этом сегменте, а менеджеры по работе с ключевыми клиентами передавали страшные истории о закрытых формулярах

и «блокировках NDC»*, вынуждающих делать огромные скидки, чтобы продукт был выпущен на рынок. Большинство производителей в США реагировали на эти угрозы предложением скидок в обмен на благоприятное мнение о лечебных свойствах препарата, обычно не представляя толком, какую прибыль они в итоге получают.

Действительно, управление здравоохранением сегодня покрывает более чем 50% рынка амбулаторных рецептов в Соединенных Штатах. Данные IMS показывают, что управление здравоохранением реально ограничило использование лишь некоторых марочных препаратов. Есть даже признаки того, что в последние годы управление здравоохранением в значительной степени способствовало росту продаж марочных препаратов, а скидки, которые получили структуры здравоохранения, оказали незначительное воздействие, если вообще оказали его, на потребление препаратов.

Некоторые организации управления здравоохранением (например, МСО — Managed Care Organizations), особенно их работники, имеют возможность оказывать влияние на продажи, поскольку обладают собственностью на препараты и обеспечивают оплату рецептов, которые выписывают врачи, нанятые этими организациями. Однако сейчас значение организаций такого типа в США снижается, потребителей их услуг становится все меньше, чего нельзя сказать об организациях типа IPA (Independent/Integrated Physician Associations) и PPO (Preferred Provider Organization), которые не нанимают врачей, а заключают с ними контракты. По некоторым оценкам, среднестатистический врач в США принимает участие более чем в трех таких программах, что перекрывает влияние одного МСО. Более того, работа с большинством этих программ, включая работу менеджеров по фармацевтическим выплатам, не позволяет влиять на уровень использования препарата. Подсчитано, что только 17% амбулаторных рецептов покрывается программами выплат, которые могут заметно влиять на продажи отдельных марок препаратов. По остальным рецептам либо просто возмещаются затраты на закупку препаратов без ограничений, либо врачей побуждают использовать в амбулаторной практике дженерики. Это означает, что основная часть производителей марочных продуктов свободна от любых ограничений МСО.

Существующая система трехсторонних схем платежей, используемая многими МСО в качестве средства контроля над использованием рецептурных препаратов, дает возможность влиять на потребление

* «Блокировка NDC» — механизм, с помощью которого менеджеры по фармацевтическим выплатам и другие представители страховых организаций стремятся препятствовать выписыванию препаратов, не входящих в формуляр, не давая тем самым покрыть расходы на их закупку лекарств. Поскольку при обработке запросов на страховые возмещения используется национальный лекарственный код NDC (National Drug Code), теоретически это может препятствовать обработке запросов. Однако многие производители нашли способы обойти эти ограничения и без проблем получают оплату за проданные препараты от страховых компаний.

препаратов. Но их программы не обладают четкими характеристиками, поскольку каждая организация устанавливает разные параметры для своей системы. Некоторые исследователи говорят о потенциальной угрозе пациентам, исходящей от этих программ, поскольку, в конечном счете, ответственность за выбор препарата возлагается на пациента.

Раньше рецепт на препарат выписывался на основе первичной авторизации, а теперь этот процесс связан с системой возмещения на более высоком уровне. Это может привести к тому, что препарат по данному рецепту не будет получен, и состояние пациента может ухудшиться из-за отсутствия необходимого лечения. На эти программы возлагается оценка их эффективности для пациентов, эффективности самих препаратов, а также влияния их этих программ на бюджет аптеки. Поэтому многие компании, заботясь о благоприятной оценке своей продукции, производят снижение цен.

Большинство компаний стремится работать с МСО, памятуя об их контролирующих функциях. Производители лекарств оплакивают сокращение доли рынка, на котором пациенты сами оплачивают свои препараты. Производители полагают, что этот рынок дает больше возможностей для гибкого подхода к ценам и достижения более высокого уровня прибыли. Этот сегмент резко сократился: если всего два года назад он составлял более 50% рынка, то в 2000 году — менее 25%. Как оказалось, этот сегмент намного более чувствителен к цене, чем рынок управляемого здравоохранения, который использует дженерики намного реже «денежного рынка», и на котором доля дорогостоящих препаратов больше, чем на «денежном рынке». Однако как такое может быть?

Надо понять две вещи. Во-первых, когда пациент вынужден оплачивать лечение, он должен быть чувствителен к цене, поскольку возможность покупки определяется способностью оплатить препарат. Большую часть «денежного» сегмента представляют пациенты старшего возраста с фиксированными доходами, которые используют рецептурные препараты чаще, чем пациенты средней возрастной группы. Они чаще покупают дженерики и более дешевые лекарства. Пациент, чьи расходы на закупку лекарств покрывает страховой полис, как это принято в большинстве европейских стран, не задумывается о стоимости препаратов. Врач обычно спрашивает пациента, есть ли у него страховка, понимая, что ее наличие позволит пациенту получить препарат по рецепту независимо от его стоимости.

Но как насчет «управляемого здравоохранения», будет ли оно вмешиваться? Заведующий аптекой, обслуживающей крупную страховую программу, сказал, что наиболее часто ему задают такой вопрос: «Как мы можем отказать в обслуживании этого рецепта?» Этот вопрос возникает потому, что «запрещенный» препарат по этому рецепту уже был выдан. Работники розничных аптек знают, что могут обойти почти все ограничения, чтобы выдать препарат по рецепту и получить возмещение затрат. Страховые планы имеют тенденцию сокращать потребление дорогостоящих препаратов, таких как Прилосек и Прозак, чтобы обеспечить экономию средств. Они просто

не в состоянии контролировать сотни тысяч врачей, 50 тыс. аптек и миллионы пациентов, не говоря уже о тысячах препаратов, уровень продаж которых не достигает уровня продаж лекарств-«блокбастеров». Больше половины МСО обнаруживают, что их усилия по контролю над затратами сводятся к тому, чтобы просить врачей учитывать при выписке рецепта цену на препарат.

Куда более важен рост интенсивности конкуренции между страховыми программами. Ведь отказ оплачивать выписанные врачами препараты может вызвать недовольство пациентов и спровоцировать их на поиски программ с меньшим числом ограничений. Удовлетворенность потребителей стала основным критерием оценки положения страховой компании, а потерю клиентов в результате попыток ограничить потребление препаратов, на которые приходится примерно 10% от общих затрат МСО, вряд ли можно считать выгодной.

Уровень предоставляемых МСО скидок снижается в основном из-за требований предоставлять такие же скидки федеральным структурам здравоохранения, доля которых на рынке составляет 15%, а также из-за процессов в обществе, направленных на снижение отпускных цен на лекарства. Многие, хотя не все, компании увеличили скидки МСО в ответ на эти процессы во внешней среде. Те, кто сократил скидки, вскоре обнаружили, что меньшие скидки дают более высокие показатели продаж в деньгах, почти не влияя на продажи в упаковках.

Установление цены на новый продукт

Многие фармацевтические компании выбрали тактику установления цен на новые продукты на уровне цен конкурентов или ниже, очевидно, ожидая, что снижение цены приведет к росту продаж в упаковках. Хотя это общепринятая практика, нет определенных доказательств того, что снижение цены повышает прибыль компании. Такие продукты, как Липитор и Целебрекс, на которые были установлены цены ниже ожидаемого уровня (что привлекло к ним огромное внимание, особенно со стороны фармацевтических производителей), большинством врачей воспринимаются как самые дорогостоящие препараты в своих классах¹. Как правило, врачи не знакомы с ценовыми преимуществами популярных препаратов, и просто полагают, что они дороги потому, что действуют лучше других препаратов.

Хотя некоторые компании считают, что установление цен на уровне, несколько более низком, чем у конкурентов, дает какие-то преимущества, нет доказательств тому, что такое ценообразование улучшает положение этих продуктов на рынке, дает большее удовлетворение от их использования врачам и пациентам или влияет

на степень внимания, уделяемого продукту критиками. Это обстоятельство обсуждается в следующем разделе.

Политические аспекты фармацевтического ценообразования

Многие общественные силы, национальные новостные каналы и розничные аптеки, высказывали критические замечания касательно практики ценообразования в отрасли, и даже использовали суд для решения реальных и воображаемых проблем.

Некоторые законодатели федерального уровня, такие как члены Палаты представителей Г. Ваксман (H.A. Waxman) и П. Старк (P. Stark) и сенаторы Э. Кеннеди (E.M. Kennedy) и Р. Уайден (R. Wyden), в течение длительного времени выступали критиками и оппонентами фармацевтической промышленности. Другие, такие как член Палаты представителей Т. Аллен (T. Allen), только недавно стали выступать с критическими замечаниями. Среди республиканцев критика ценообразования в отрасли в основном исходит от членов Палаты представителей Б. Кобурна (B. Coburn) и С. Гански (S. Gansky).

Недавно 45 членов Конгресса сформировали Специальную комиссию по рецептурным препаратам, сопредседателем которой стал член Палаты представителей от Арканзаса Мэрион Бэрри (Marion Berry). Эта комиссия в основном состоит из демократов, и ее деятельность сосредоточена главным образом на рецептурных препаратах и их стоимости. На сайте комиссии в Интернете (<http://www.house.gov/berry/prescriptiondrugs/index.htm>) ее цель обозначена следующим образом:

1. Специальная комиссия по рецептурным препаратам работает над вопросами, связанными со стоимостью и доступностью рецептурных препаратов. Специальная комиссия проводит политику, нацеленную на повышение качества жизни пожилых людей и других потребителей, вынужденных делать выбор между едой, лечением и оплатой счетов.
2. Члены этой комиссии используют любую возможность для критики ценообразования в фармацевтической отрасли. Они осуществляют и публикуют результаты многочисленных «исследований», также имеющих критическую направленность по отношению к отрасли, неверно освещая многие ключевые аспекты фармацевтического рынка для того, чтобы добавить критики. Среди наиболее вопиющих «исследований» особенно заметна изданная в начале 1999 года серия отчетов, в которых было заявлено, что пожилые пациенты вынуждены платить за рецептурные препараты на несколько сотен процентов более высокую цену, чем другие клиенты фармацевтических компаний.

Эти отчеты публиковались для билля члена Палаты представителей Алена, в котором предлагалось сделать цены на препараты из Федерального перечня доступными каждому пожилому человеку.

3. Можно предположить, что эти и другие критические высказывания будут и впредь оказывать давление на фармацевтическую промышленность и ее практику ценообразования. Политическая часть этого доклада содержит много детальной информации о законодательстве, относящемся к фармацевтической промышленности, и его истории.
4. Регулирующие органы, средства массовой информации и общественные «адвокаты» будут продолжать тщательно изучать ценообразование в фармацевтической отрасли. Промышленность должна учитывать эту тщательность при принятии решений о ценообразовании. Решения должны быть поддержаны аргументами, подчеркивающими скорее ценность новых продуктов, чем стоимость разработки. Это означает, что компании должны более четко представлять ценность своих продуктов и то, как они влияют с финансовой точки зрения на систему здравоохранения. Конечно, наличие такой информации не прекратит критические выступления, но даст компании аргументы для защиты.

Специальное ценообразование

Многие проблемы, связанные с установлением цен на фармацевтические препараты, возникли из-за того, что участвовавшие в принятии решения люди не были специалистами в области ценообразования, и поэтому были сделаны неверные, хотя часто очень логичные предположения о роли цены и влиянии ее на рынок. Ошибки в ценообразовании проистекают из неспособности учесть все потенциальные последствия этого процесса, от неспособности устанавливать «специальную цену».

Специальное ценообразование означает, что каждую предложенную цену можно рассматривать с точки зрения ее влияния на систему здравоохранения и ее участников. Такая цена является реалистичной и отражает баланс между желанием и способностью этих участников предпринимать определенные действия. С ростом стоимости ценовых ошибок растет и потребность в установлении специальных цен.

Литература

1. Banahan B.F., Bentley J.P., Sun L., and Lee K.I. *Physicians' attitudes toward and response to direct-to-consumer advertising. Paper presented at the Annual Conference of the American Association of Pharmaceutical Scientists, New Orleans, November, 1999.*

Глава 9.

Практика установления цен на фармацевтические препараты

...Ценообразование — это момент истины, весь маркетинг сосредоточен в решении о цене.

Рэймонд Кори¹

Ценообразование, как и многие другие аспекты бизнеса, может быть одновременно чрезвычайно сложным и удивительно простым. Как было описано в двух предыдущих главах, у окружающей среды есть множество разных граней, которые должны быть рассмотрены, множество элементов, которые должны быть учтены для того, чтобы прийти к оптимальному решению о цене. История ценообразования на фармацевтические препараты полна примеров компаний, использовавших упрощенные подходы там, где требовался более тщательный анализ, а также компаний, которые мучились над ценовыми решениями, хотя на самом деле они были весьма просты. Кроме того, на фармацевтическом рынке есть множество примеров хороших, даже великих ценовых решений, некоторые из которых будут здесь рассмотрены вместе с недальновидными решениями. Почему это так важно? Неспособность разработать и реализовать оптимальную ценовую стратегию часто не позволяет компании занять со своим продуктом соответствующую долю рынка, что, в свою очередь, уменьшает ее прибыль.

Большинство экспертов в области ценообразования соглашаются с тем, что лишь немногие из тех, кто работает в фармацевтической промышленности (равно как и в любой другой сфере), уделяет достаточное внимание ценам на свои продукты. Чтобы быть точным, менеджеры по работе с ключевыми клиентами, менеджеры по контрактам и другие специалисты тратят большую часть своего времени на снижение цен, но очень мало людей занимается тем, чтобы проверить, оптимальны ли эти цены и как они влияют на прибыль.

Неспособность управлять ценообразованием в отрасли — это симптом значительно более важной проблемы, общей для всех отраслей: тотальный недостаток знаний о рынке и конкуренции. Удивительно, насколько мало менеджеры по продукту, марке-

тинговым исследованиям и их руководители знают о рынках, на которых они конкурируют. Неспособность понимать потребителей непременно приводит к неверным ценовым решениям. Эта неспособность понять дополняется неумением многих обучаться и применять базовые принципы ценообразования на фармацевтическом рынке.

Тенденции установления цен на новые препараты

Люди, вовлеченные в маркетинг фармацевтических препаратов, склонны фокусировать внимание на своих продуктах и смотреть на различные аспекты рынка сквозь фильтр собственного восприятия своих продуктов. Именно по этой причине многие из них в рекламных кампаниях делают акцент на механизме действия препарата, а не на получаемых, в конечном счете, с его помощью преимуществах. Рыночная ценность и оптимальная цена препарата не зависят от механизма действия или уникальной химической структуры, они зависят от последствий лечения, окончательного результата и того, как он отличается от результатов, достигаемых продуктами конкурентов. Если ваш продукт обеспечивает лучшие результаты, он заслуживает того, чтобы цена на него была выше, чем на продукты конкурентов. Если лечение вашим препаратом дает тот же результат, что и лечение конкурирующим продуктом, то цена на ваш препарат должна быть на уровне цен конкурентов. Худшие результаты по сравнению с конкурентами должны означать установление цены на более низком уровне, чем в среднем по классу.

Устанавливать цены с учетом относительной ценности продукта — такова основная логика ценообразования. Отношение «цена/качество» традиционно не используется при принятии решений о цене на фармацевтические препараты. В 1977 году Дункан Рики, экономический эксперт в области здравоохранения, заметил, что, похоже, фармацевтические компании считают, будто их рынки более чувствительны к цене, чем они есть на самом деле. Недавние ценовые решения многих компаний показывают, что замечание доктора Рики остается верным и спустя более 20 лет. На **рис. 7.3 (глава 7)** графически показан шаблон, используемый большинством компаний при ценообразовании, в ущерб прибыли.

Цены на многие, если не на большинство, новых фармацевтических препаратов устанавливаются на уровне ниже цен лидирующих конкурентов. Одним из объяснений этого факта может послужить замечание Рики о том, что компании считают рынки чувствительными и реагирующими на ценовые различия. Можно предположить, что компании, устанавливая цены на уровне цен конкурентов или ниже,

стремятся либо сделать ее «непроблемной» (в случае ценового паритета) либо использовать более низкую цену в качестве конкурентного преимущества, позволяющего достигнуть более высокого уровня продаж в упаковках. Стоимость этих решений для компании может быть измерена с помощью вычитания из благоприятной цены той цены, которая не соответствует уровню ценности препарата.

Ниже приведен перечень продуктов-лидеров, которые недавно были запущены на рынок с такими же ценами, как у конкурентов-лидеров, выше и ниже их уровня:

Препараты с ценой ниже уровня конкурентов:

- ✚ Липитор (Lipitor).
- ✚ Превацид (Prevacid).
- ✚ Байкол (Baycol).
- ✚ Аллегра (Allegra).

Препараты, выведенные на рынок на условиях ценового паритета с конкурентами:

- ✚ Диован (Diovan).
- ✚ Авапро (Avapro).

Продукты, имеющие цену выше их основных конкурентов:

- ✚ Виокс (Vioxx).
- ✚ Флоназе (Flonase).

Более тщательное исследование цен на недавно запущенные препараты представлено в **табл. 9.1**. Первый из новых препаратов — Лескол (Lescol) компании Novartis. Этот препарат, о котором было много написано и сказано, может послужить единственным примером успешного продукта, запущенного по заниженной цене на рынке США. Однако нет никаких свидетельств того, что заниженные цены каким-то образом помогли остальным препаратам, рассмотренным в связи с применением этой тактики. Почти 50-процентная скидка на Лескол не помешала ему уже через год занять 15% рынка. На фоне 30%, занимаемых его основным конкурентом, это означает конкурентный индекс, равный 0,5 ($0,15/0,30$). Достижение доли рынка, равной половине доли крупнейшего конкурента, — значительный успех. Достичь его позволила использованная компанией Sandoz (производителем Лескола) комбинация низкой цены и интенсивного, дорогостоящего продвижения.

Юниваск (Univasc), ингибитор ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) компании Schwarz Pharma, был тоже запущен со скидкой в 50%. По оценкам специалистов, этот продукт, ставший девятой маркой ингибиторов АПФ, выводимой на рынок, не должен был занять большую долю рынка. Но он не смог достичь и более низкой по сравнению с прогнозом планки — долю рынка хотя бы в 0,5%. Рынок ингибиторов АПФ очень «шумный» (с высоким уровнем рекламного «шума»). Безрадостное положение Юниваска можно считать подтверждением известного положения: чтобы препарат вы-

писывали, он должен обладать значительной клинической ценностью, и низкая цена здесь не поможет. Чтобы стратегия низкой цены увенчалась успехом, нужны значительные затраты на продвижение и... определенная доля везения. Очевидно, Юниваску не хватило ни того, ни другого. Конкурентный индекс этого препарата, равняющийся 0,01 (1/50 цены Лескола) подтверждает, что мало установить низкую цену, нужно делать что-то еще.

Таблица 9.1.
Цены на новые препараты, запущенные в производство
в середине 90-х годов

Препарат (дата запуска) конкурент	Доля нового препарата на рынке, %	Цена при запуске (ср. цена), \$	Цена при запуске (заводская), \$	Разница в цене (ср. цена), %	Разница в заводской цене, %
Лескол (4/94)	15,6	1,02	0,85	-49	-46
Мевакор	29,7	1,98	1,59		
Юниваск (6/95)	0,4	0,50	0,40	-50	-50
Вазотек	27,0	1,00	0,80		
Превацид (6/95)	3,4	3,25	2,64	-10	-13
Прилосек	22,0	3,63	3,03		
Зиртек (1/96)	N/A	1,71	1,37	-11	-15
Кларитин	53,0	1,93	1,61		
Эффексор (2/94)	4,9	2,00	1,60	-4	-8
Прозак	27,8	2,09	1,74		
Серзон (1/95)	3,2	1,66	1,38	-23	-23
Прозак	27,8	2,16	1,80		
Флоназе (1/95)	15,6	38,88	32,40	20	20
Вансеназе AQ	28,8	32,40	27,00		
Ринокорт (6/94)	8,1	27,00	22,50	-13	-13
Вансеназе AQ	28,8	31,01	25,84		

Следующим был выпущен на рынок ингибиторов протонного насоса Превацид (Prevacid) компании TAP Pharmaceutical Products. Запущенный с 10-процентной скидкой по отношению к пионеру рынка, Прилосеку, компании Astra Merck (этот препарат станет величайшей торговой маркой за всю историю фармацевтической отрасли), он, по мнению многих, должен был нанести мощный удар по Прилосеку. Но, похоже, TAP поняла ошибочность установления цены на уровне значительно ниже уровня цен конкурентов и выбрала цену не намного ниже стоимости Прилосека, что, однако, не снизило уровень цен в целом по терапевтическому классу. Конкурентный индекс Превацида (0,15) достоин уважения, но не восхищения.

Еще один продукт с хорошим потенциалом — Зиртек (Zyrtec) компании Pfizer, который конкурирует с Кларитином (Claritin) компании Schering на рынке неседативных антигистаминных препаратов. Pfizer также выбрала тактику небольших скидок (11%) по отношению к конкуренту, стремясь не сделать цену препятствием для продаж (мы рассмотрим этот вопрос позже). Хотя данные о доле рынка были собраны слишком рано для того, чтобы оценить положение Зиртека, по оценкам многих экспертов, он должен занять значительную долю рынка — примерно половину доли рынка Кларитина. Этот успех вновь стал следствием мощного продвижения, а не значительных скидок.

Далее рассмотрим два препарата, выведенных на крупный и высококонкурентный рынок антидепрессантов. Эффексор (Effexor) компании Wyeth-Lederle и Серзон (Serzone) компании Bristol-Myers Squibb (BMS) были выведены на рынок с разницей примерно в один год, но на значительном расстоянии друг от друга в ценовом отношении. Эффексор был запущен практически по той же цене, что и его крупнейший конкурент Прозак, со скидкой меньше 10%. Серзон, запущенный позже, был представлен рынку по цене на 23% ниже Прозака. Хотя Эффексор занял большую долю рынка рецептурных препаратов, чем Серзон, его появление на год раньше делает сравнение между ними некорректным. Стоило ожидать, однако, что если бы рынок был чувствителен к цене, Серзон занял бы большую долю рынка, чем у него есть на самом деле. Его конкурентный индекс (0,115) сравним с индексом Эффексора (0,17). Продажи Эффексора на 50% процентов выше продаж Серзона, а цена — на 20% выше, и это обстоятельство противоречит принципу эффективности ценовых скидок в процессе продвижения препаратов.

Сходная ситуация в сфере конкуренции сложилась на рынке аэрозольных стероидов. Лидер рынка, препарат Вансеназе (Vancenase) компании Schering, занимает долю около 29%. В середине 1994 года компания Astra вывела на этот рынок Ринокорт (Rhinocort) со скидкой в 13%, достигнув достойной уважения доли рынка в 8% с конкурентным индексом 0,275. Затем компания Glaxo вывела на этот рынок Флоназе (Flonase) с ценой на 20% выше, чем Вансеназе и заняла

15,6% рынка за первый год с конкурентным индексом в 0,54. Бесспорный успех этого продукта, чьи продажи в упаковках превышают продажи Ринокорта примерно вдвое при цене примерно на 40% выше, вновь противоречит рутинному представлению о низкой цене как главном стимуле продаж.

Поскольку в наши задачи не входит выяснение причин установления цен на описанные выше продукты, трудно оценить успешность таких подходов. Однако на этом примере мы видим, что более дорогие препараты продаются успешнее, чем те, что дешевле, причем нет никаких провалов, связанных с высокими ценами. Роль цены в успехе фармацевтического препарата может быть больше связана с тем, что компания уверена в нем и способна передать эту уверенность врачам с тем, чтобы они стали его выписывать. Как было сказано выше, некоторые фирмы уверены, что назначение цены немного ниже уровня цен конкурентов даст им какие-то преимущества или, по крайней мере, позволит избежать потенциальных ценовых проблем.

Решение установить на новый продукт цену на 5–15% ниже, чем конкуренты, и таким образом избежать ценовых проблем — это подход к ценообразованию для ленивых. В общем-то, он подразумевает, что конкурент уже установил хорошую цену и вы выбираете путь без проблем, «припарковавшись» поблизости. Кроме того, здесь может присутствовать допущение, что новый продукт не столь хорош, или, по крайней мере, не лучше тех, что уже есть на рынке. Однако если это правда, то такая стратегия может оказаться неплохим выбором. Хотя если команда, продающая препарат, верит в то, что он обладает клиническими преимуществами, выбранная цена опровергает эти предположения.

Единственным преимуществом такого выбора может быть спокойствие, но надо признать, что для большинства продуктов скидка в 10% означает возможность потери 10% продаж.

Значительные скидки, выше 20%, могут быть либо проявлением мужества, либо актом отчаяния. Можно предположить, что фирма Novartis проявила смелость, заметно снизив цену на свой препарат и потратив значительные средства для того, чтобы донести до врачей преимущество низкой стоимости лекарства. Остальные компании, сделавшие значительные скидки на свои продукты, вряд ли заслуживают комплимента за мужество, поскольку, по-видимому, низкие цены устанавливались в надежде, что они сами по себе продадут продукты, но это не сработало.

Некоторые, если не почти все производители продуктов, выпущенных на рынок по более высоким ценам, чем у конкурентов, поступили верно. Действительно, почти невозможно найти новый препарат, которому высокая цена нанесла бы урон. Примером может служить ЦОГ-2 ингибитор Виокс (Vioxx) компании Merck, который вышел на рынок полгода спустя после Целебрекса (Celebrex) компании Searle (теперь Pfizer) и был его дороже. В течение года Виокс

достиг примерно того же уровня продаж, а потом и превысил его. При этом высокая цена не оказала негативного влияния на уровень продаж Виокса, а незначительное ценовое преимущество Целебрекса не смогло повернуть к нему рынок.

Тот, кто понимает процесс ценообразования, принимает информированные и выгодные решения, а тот, кто боится ценообразования, делает ошибки!

Потребность в специальном ценообразовании

Неспособность принять ценообразование всерьез приводит к более низким показателям прибыли. Многие компании, похоже, передали полномочия по установлению цены своим конкурентам или своим клиентам, из которых никто не заинтересован в финансовом успехе этих компаний. Более того, они могут получить определенные преимущества от их гибели. Компании должны быть всерьез заинтересованы в инвестировании в культуру ценообразования, чтобы устанавливаемые цены соответствовали ценности продукта. Прибыльное ценообразование требует постоянного внимания и продолжающегося обучения, а также понимания внутри компании того, что роль цены состоит в сохранении финансового благополучия компании, а не в увеличении продаж в упаковках.

Литература

1. Corey R. *Industrial Marketing: Cases and concepts*. Third edition. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1983; p. 311.

Раздел IV. Распределение

Глава 10.

Принципы и каналы распределения

Можно разработать, испытать и вывести на рынок совершенно замечательный «чудо-препарат», но если он находится не в том месте, где пациент в нем нуждается, то препарат не станет для него источником никаких благ.

Ключевая задача маркетинга — сделать так, чтобы надлежащее количество надлежащего продукта достигло конечного потребителя тогда, когда в нем есть потребность. Звучит очень обыденно, однако на деле все не так просто.

Деятельность и решения, связанные с обеспечением доступности надлежащего количества продукта там и тогда, когда он необходим, составляют часть «четырех Р» маркетинга. В экономических терминах распределение имеет дело с выгодой или пользой*, получаемой потребителем от обладания:

- ✚ надлежащим продуктом;
- ✚ в надлежащее время;
- ✚ в надлежащей форме (цвете, размере, форме, вкусе, составе, качестве, классе, типе, текстуре и т.п.);
- ✚ в надлежащем количестве.

Средства достижения этих целей во всем своем разнообразии и сочетании позволяют управлять распределением, что является частью маркетинговой стратегии.

* Экономисты рассуждают о различных формах полезности товара (или услуги), которые могут определяться его пригодностью. Антибиотик более пригоден в готовой лекарственной форме, а не в виде порошкообразного активного вещества; он более полезен, если это именно тот антибиотик, который нужен, а не какой-нибудь антибиотик; и более ценен, если он доступен для использования прямо сейчас. Теория полезности помогает объяснить, как формируются и развиваются рынки, — чтобы предоставлять различные виды полезности и пригодности для потребителей.

Проблемы управления распределением

Управление распределением подразумевает решение трех основных проблем.

Первая основная проблема распределения состоит в том, что ассортимент, форма и количество каждого продукта, в котором нуждается конкретный потребитель в конкретном месте в данный момент времени, имеет мало общего с тем количеством, которое может быть экономично и эффективно произведено, складировано и транспортировано.

Инженеры, работающие на производстве, знают, например, что наиболее эффективно использовать производственные линии длительное время для изготовления препарата какой-то одной дозировки и формы (например, капсул антибиотика), допустим, в течение месяца, а затем упаковывать их в один барабан (по 500 000 капсул), поскольку переналадка линии на другой продукт занимает много времени и дорого стоит. Очевидно, что такой подход неприемлем. Можно привести другой, прямо противоположный и не менее фантастический пример, когда производится, упаковывается одна-единственная капсула антибиотика и отправляется специально в отдельную аптеку всякий раз, когда появляется единственный пациент, нуждающийся в приеме этой капсулы. Реальность лежит где-то между этими двумя крайностями. Осуществление всех необходимых манипуляций для удовлетворения рынка наиболее эффективным и приемлемым образом и составляет задачу маркетинга.

Второй проблемой управления распределением является то, что связанные с распределением решения растянуты во времени, они долго принимаются, их трудно осуществлять и менять после принятия. По этой причине решения, касающиеся распределения, принимаются реже, чем те, что связаны с остальными элементами комплекса маркетинга.

Когда компания уже обладает действующими, полностью оплаченными производственными мощностями, решиться передать производство сторонней организации очень сложно. Усилия, риски и затраты аптеки, связанные с изменением поставщика лекарственных средств (решение о распределении), более важно, чем решение о том, какую марку пенициллина закупить (решение о продукте), или как анонсировать новую услугу врачам (решение о продвижении). По своей значимости и смыслу решения о распределении — важнейшие из маркетинговых решений, поэтому они должны быть очень тщательно взвешены.

Третья основная проблема управления распределением связана с тенденцией некоторых производителей преувеличивать свою важность в управлении маркетингом. Вместо того чтобы исследовать роль распределения в обеспечении успешности продуктов, компаний,

армий и даже национальных экономик, наблюдается реальная тенденция уделять все внимание трем другим Р.

Долговременный успех крупнейшего поставщика закусок Frito-Lay больше объясняется его феноменальной способностью постоянно иметь в наличии полный ассортимент свежей продукции в каждом магазине, ресторане и автомате, чем качествами самой продукции. Просто Frito-Lay превосходит конкурентов в области распределения.

Многие компании, например L.L. Bean, Dell Computer, Merck-Medco, обязаны своим успехом в основном навыкам, обязательности и эффективности служб ночной доставки — UPS, FedEx, Roadway RPS, USPS и другим, — которые сделали возможной доставку товаров в значительно более отдаленные места на целевые рынки по приемлемой цене. World Wide Web (WWW) есть не что иное, как гигантский каталог с удобной формой оформления заказа с помощью нажатия клавиши. Все это — аспекты распределения.

Военные историки едины во мнении, что многие сражения, в которых принимали участие вооруженные силы США (например, некоторые сражения Второй Мировой войны, 100-часовая Буря в пустыне во время войны в Персидском заливе) оказались выигранными в основном благодаря превосходству служб логистики США — способности перемещать войска, вооружения и снабжение туда, где они необходимы на поле боя, — чем использованию исключительных стратегии, тактики, тренировок, персонала или оборудования.

Историки бизнеса приписывают основную часть беспрецедентного роста экономики США за последние 45 лет прозорливости бывшего президента Дуайта Эйзенхауэра, который в середине 1950-х настоял на принятии Конгрессом Акта о шоссейном сообщении между штатами. Система шоссейного сообщения между штатами и небывало высокие инвестиции в транспортную инфраструктуру способствовали образованию самой эффективной транспортной сети в мире. В конечном счете, наличие системы шоссейного сообщения между штатами составляет конкурентное преимущество Соединенных Штатов, поскольку товары и услуги достигают надлежащего места быстрее и дешевле, чем в любой другой стране мира.

Большую часть функции распределения составляет снятие различий в форме, количестве, времени, месте и праве владения, которые возникают между производителем и отдельным потребителем. Допустим, потребитель испытывает потребность в приобретении коленной скобы в Оксфорде, штат Миссиссиппи, в местной аптеке есть только скоба для



→ *запястья, ближайшая коленная скоба находится в Джексоне, на расстоянии более двух часов езды на автомобиле. Коленная скоба, собирающая пыль в Джексоне, среднего размера, а потребителю в Оксфорде нужна большая. Одной из составляющих коленной скобы в Джексоне является нейлон, а у потребителя Оксфорде, оказывается, на нейлон аллергия.*

Все эти несовпадения (несколько преувеличенные здесь для большей убедительности) ежедневно имеют место на рынке. Поэтому задача поставщика — во-первых, осознать эти несовпадения, а во-вторых — исправить их (и минимизировать шансы на появление их в будущем), чтобы и потребитель был удовлетворен, и поставщик сохранил свой бизнес.

Эти несовпадения, означающие **различие в месте**, многие люди не замечают и о них не думают. Почему? В процессе производства, закупки, доставки и выкладки товара и услуг, необходимых на местных рынках, вовлечены тысячи действий и решений, принимаемых десятками тысяч людей. Маркетинг управляет приведением их в соответствие с основными потребностями потребителей, включая следующие аспекты:

- ✦ **Накопление** — сбор достаточного количества продукта на локальном рынке для того, чтобы удовлетворять спрос до тех пор, пока придет новая партия, плюс обеспечить буфер, т.е. некоторое количество сверх ожидаемой потребности на случай, если спрос превысит эту потребность (что может случиться при экстремальных погодных условиях, очень сильной эпидемии гриппа или неожиданном всплеске популярности товара). Кроме стоимости самих продуктов, накопление товара подразумевает затраты на хранение, и по этой причине буферные запасы не могут быть безграничными.
- ✦ **Ассортимент** — разнообразие продуктов для удовлетворения потребностей и нужд. Люди нуждаются в совершенно разном ассортименте разных товаров, например, обувь, драгоценности и лекарства — высоко-ассортиментные товары, а кофейни, салоны фотоуслуг и автозаправочные станции самообслуживания представляют относительно небольшое разнообразие товаров.
- ✦ **Размещение** — соображения экономии и ограничение площадей ограничивают количество и разнообразие товаров, которые поставщик может накопить. Общий ассортимент товаров для здоровья в один взятый момент времени может превышать 500 тыс. наименований (лекарств, лечебной и декоративной косметики и т.п.). Лишь немногие аптеки (если такие есть вообще) могут позволить себе иметь в наличии одновременно ассортимент, превышающий 20 тыс. наименований, в большинстве случаев ассортимент составляет

5–8 тыс. наименований. Выбор тех товаров, которые будут храниться в соответствии с местными потребностями, связан с проблемой размещения.

- ✦ **Изменение размеров партии** — корректировка различий в размере и количестве. По мере движения товара от производителя к конечному потребителю каждый посредник изменяет размер партии в сторону уменьшения. Производитель может отправить 48 коробок по 24 флакона антигистаминного средства одному оптовому дистрибутору, поскольку дистрибутору это количество необходимо в соответствии с потребностями его клиента (аптек). Аптека заказывает флакон, содержащий 100 капсул антигистаминного средства, для того, чтобы выдать его по рецепту. Дистрибутор продает один флакон своему клиенту. Обслуживая рецепт на 20 капсул, фармацевт осуществляет пересчет и заново упаковывает необходимое данному пациенту количество капсул. В обоих случаях происходит процесс разбивки партии, и это один из важнейших процессов комплекса маркетинга для многих продуктов, включая фармацевтические препараты.
- ✦ **Упаковка** продуктов различным образом (по типу, дозировке, длительности действия, безопасности, защищенности от вскрытия детьми, по размеру и т.д.) для соответствия потребностям клиентов (а также требованиям закона и регулирующих органов). Упаковка подразумевает изменение размера упаковки или ее типа для повышения полезности товара. Например, очень немногие люди могут использовать заднюю часть бараньей туши целиком, поэтому мясники «переупаковывают» ее в порционные упаковки из пластиковых лотков и прозрачной пленки. Уникальным аспектом лекарств является то, что они распределяются в индивидуальных для каждого пациента количествах. Фармацевты упаковывают препараты в безопасные для детей контейнеры, в индивидуальных для потребителя количествах, снабжая эти контейнеры индивидуальными инструкциями.
- ✦ **Переработка** — изменение формы продукта в соответствии с потребностью клиента. Очистители бензина используют переработку в процессе перегонки нефти в топливо. То же самое делают производители шин (резина и синтетика перерабатываются в шины), кондитеры (мука, сахар и яйца — в торты и пирожные) и фармацевты (порошки и жидкости — в кремы и мази).
- ✦ **Доставка** — перемещение (распределение) выбранных продуктов в определенные пункты накопления (например, склады, аптеки). Доставка решает задачу перемещения товаров и услуг по направлению к потребителю.

Связанные с функцией распределения вопросы (когда и в каких функциях возникает потребность, какой из участников рынка будет их выполнять, как все будет происходить, т.е. на каком этапе процесса

продукты примут свою окончательную форму) могут показаться не относящимися к делу, аптеке и фармацевтической промышленности. Но это не так.

Хорошее объяснение того, почему эти вопросы распределения так важны, можно обнаружить в истории фармацевтики. В первой половине XX века почти все рецептурные препараты фармацевты изготавливали для пациентов индивидуально. Они собирали разные ингредиенты, смешивали их и получали готовую форму, которая могла быть использована пациентом. Набор «сырья» был очень ограничен и состоял в основном из корней растений, хины и различных очищенных химических соединений, таких как сера, оксид цинка и др. Существовало лишь несколько форм выпуска, не считая простейших наружных присыпок и растительного сырья, которое надо было заваривать кипятком и принимать при различных недомоганиях.

К 1940-м годам появились «готовые формы выпуска», т. е. препараты, произведенные в специальной форме, удобной для использования непосредственно пациентами. Они производились на мощных производственных линиях с использованием таблетных прессов и капсульных машин. Лекарства в готовых формах выпуска — таблетках, капсулах, сиропах, эликсирах, заранее упакованных кремах, мазях, каплях, спреях и пр. — продавали аптекам. Затем фармацевты выдавали их пациентам.

Теперь стало возможным обслуживать намного больше пациентов и по гораздо более низкой цене, что значительно увеличило оборот аптек и доходы фармацевтов. Это вызвало переворот в промышленности. Хотя то, что сегодня выглядит обычным, долго пробивало себе дорогу и сопровождалось множеством страхов, мрачных предсказаний и дебатов. Даже сегодня активное «шумное» меньшинство в фармацевтической отрасли поддерживает и инициирует возврат к ручному изготовлению лекарств, которое, якобы больше соответствует индивидуальным потребностям пациентов. Это означает попытку создать особую нишу для аптечной деятельности.

Как видим, изменения в распределении нельзя назвать незаметными и легкими!

Каналы распределения

Каналы распределения (или дистрибуции, цепи снабжения) — это пути, по которым товары от производителей попадают к конечным потребителям. Они развиваются в соответствии с характеристиками и особенностями конкретных продуктов и услуг, потребностями покупателей и возможностями и целями бизнеса участников каналов (компаний, играющих различные роли внутри каналов). Система каналов представляет собой группу независимых, но взаимодействующих и в какой-то степени влияющих друг на друга

предприятий, существующих для того, чтобы сделать товары и услуги доступными потребителям и клиентам¹.

Хотя каналы выглядят статичными и жесткими, на самом деле они постоянно развиваются и изменяются. Скорость и степень изменений в управлении распределением в каждой отдельной отрасли обычно менее заметны, чем для других «трех Р», но тем не менее изменения есть.

Рентабельность (стоимость) и эффективность (потребитель удовлетворен, а поставщик покрыл свои затраты), а также требования закона и регулирующих органов, изменения технологии — вот основные силы, определяющие конфигурацию каналов. Каналы чаще всего развиваются в сторону сокращения числа сделок, необходимых для обслуживания потребителя, потому что это может сделать их более рентабельными, но лишь в случае, если и потребители, и компании будут по-прежнему иметь доступ к товарам и услугам.

Определенную роль внутри каналов играют специализированные компании или услуги, которые оказывают производители, упаковщики, брокеры, агенты, оптовики, розничные торговцы, импортеры и экспортеры, а также специалисты в области складирования и доставки товаров. Каждая из этих компаний специализируется на выполнении группы взаимосвязанных функций, которые с течением времени определились как необходимые и прибыльные для канала. Численность и тип специализированных компаний внутри системы каналов сильно отличаются в зависимости от категории продукта.

Прямые и непрямые каналы

Система каналов может быть прямой — когда между производителем товара и его продавцом в розницу нет посредников или он только один, и непрямой — если задействовано больше одного посредника (например, брокеры, агенты, оптовики).

Функции каналов распределения

Функции внутри канала могут переходить от одного участника распределения к другому или участники могут разделять функции между собой (возможно даже между поставщиками и клиентами). Единственное, чего не может быть — это упразднения функций.

Функции могут выполняться более чем одной специализированной компанией. Например, производители упаковывают лекарства, а упаковщики и фармацевты затем делают свою упаковку. Производитель может передать свои товары на контрактный склад, откуда, в свою очередь, их в меньших количествах отправят оптовому торговцу, который еще меньшими партиями доставит их своим клиентам. Четыре разных участника плюс одна (или более) транспортная компания выполняли одну и ту же функцию: перемещают товары из одного места в другое.

Развитие каналов распределения

Каналы распределения развиваются в основном под воздействием следующих процессов:

- ✦ **Изменение потребностей.** Например, целевая аудитория рынка теперь включает меньше детей и состоит в основном из людей старшего возраста, нуждающихся в меньшем размере упаковки и изменении дизайна продукта для повышения удобства его употребления.
- ✦ **Появление новых приемов ведения бизнеса.** Например, конкуренты начинают работать круглосуточно и могут доставлять некоторые особые товары ночью.
- ✦ **Развитие новых услуг.** Так, товары из каталога сегодня можно заказывать по Интернету круглосуточно, 365 дней в году.
- ✦ **Появление новых участников системы** (конкурентов и специализированных компаний). Киоски, специализирующиеся на витаминно-диетической продукции, стали конкурировать с аптеками.

Традиционные каналы состоят из независимых специализированных компаний, действующих в направлениях, которые одновременно и взаимозависимы, и противоположны. Как независимый участник рынка, каждая специализированная компания стремиться к достижению целей в соответствии с собственной политикой. Независимость и раздельное руководство удерживают специализированные компании от контроля друг над другом или покупки друг друга для повышения рентабельности каждого участника канала.

Новые каналы состоят из вертикальных специализированных компаний (производитель, оптовик, розничный торговец), действующих в сотрудничестве, как взаимозависимые участники системы, достигающие общих целей. Идея состоит в повышении общей эффективности такого партнерства путем сокращения непродуктивных и бюрократических процедур и затрат. Окажутся ли конкурентные преимущества таких систем долговременными, покажет время.

Решающие факторы распределения

Маркетинг должен помочь решению некоторых важных вопросов, которые в большой степени определяют, насколько целевой рынок будет охвачен и обслужен (доля рынка), а также будут ли достигнуты бизнес-цели компании. Ниже приведен неполный перечень этих вопросов.

- ✦ Какой наилучший способ захвата и обслуживания различных целевых рынков (каналы дистрибуции и методы физического распределения)?
- ✦ Какие услуги потребуются на начальном этапе и далее?

- ✦ Какие есть методы распределения и каковы альтернативы в плане скорости, эффективности, контроля и стоимости?
- ✦ Какие каналы дистрибуции использовать — прямые, не прямые или смешанные?
- ✦ Каковы наилучшие способы коммуникации с участниками каналов (специализированными компаниями)?
- ✦ Какие шаги нужно предпринять для того, чтобы запланированные результаты стали реальными (т.е. как контролировать процесс)?

Покрытие рынка

Важный аспект достижения и повышения уровня продаж — поиск наилучших путей достижения целевых потребителей. Это вопрос покрытия рынка. Одним из измерений покрытия рынка является доля потребителей, которые были охвачены программой коммуникации компании и приобрели ее товары. Другим измерением может стать географическое покрытие заданной территории. Еще одним измерением может быть доля рынка, т.е. процент от общих продаж этого типа продуктов.

Определение процента обслуженных потребителей от общего числа потенциальных клиентов — не лучший способ измерить покрытие рынка, поскольку потребители неоднородны. Каждый человек нуждается в пище, но не каждый хочет постоянно есть определенный вид продуктов. С учетом этого надо отметить, что заявление о том, что сообщение достигло 1 тыс. человек, или 75% всех потребителей, менее полезно (и поэтому меньше значит), чем заявление о том, что сообщение об обезболивающем средстве достигло 75% людей, имевших головную боль и занимавшихся поиском анальгетика в данный момент. Первое — это обобщенное измерение неопределенных потребителей, в то время как второе оценивает целенаправленное измерение определенных и готовых к покупке потребителей. Здесь заключена идея концентрации усилий на определенных сегментах рынка и на оценке готовности клиентов приобретать продукт.

Обслуживание потребителей

Необходимые для достижения успеха тип и уровень обслуживания отличаются от рынка к рынку и от потребителя к потребителю. Они отличаются и по типу продукта, и по специализированным компаниям внутри канала. Более состоятельные, образованные и опытные потребители обычно требуют более высокого уровня обслуживания, хотя внутри этой группы есть различные направления.

Информация о продукте, гарантии, услугам по ремонту, возможности вернуть или заменить товар, службы технической поддержки и сервиса может стать частью сервисного пакета. Каждая

из этих услуг обладает стоимостью (которую необходимо учитывать), и способность их выполнять зависит от других решений, касающихся распределения. Например, ремонт на дому проданного по почте прибора организовать труднее, чем если бы он был доступен в любой аптеке страны.

Методы дистрибуции и связанные с ними затраты

Дистрибуция подразумевает одновременный учет веса, количества, расстояния и времени, а также потребностей клиента и затрат. Единовременная перевозка 144 флаконов сиропа от кашля из Пуэрто-Рико в Вирджинию стоит дешевле, чем отправка каждого флакона по отдельности всякий раз, когда в нем возникнет потребность. Альтернатива, однако, тоже сопряжена с проблемами — нужно закупить и хранить 144 флакона, в то время как пациенту сегодня нужен только один. Поэтому компании должны находить компромисс между этими альтернативами для выработки механизмов снижения их негативных последствий.

На первый взгляд может показаться, что разумнее всего отгружать товар потребителю с одного крупного склада в экономическом центре страны и привозить его с помощью службы ночной доставки (вместо того, чтобы иметь множество розничных торговых точек). Но стоит ли платить \$16 ночному экспедитору за доставку единственной батарейки стоимостью \$1 или набора бумажных носовых платков? И будет ли ждать пациент, у которого сегодня остановилось сердце, ночной доставки в течение 24 часов материалов и оборудования для начала инфузии лидокаина?

Безусловно, это примеры крайностей. Однако они иллюстрируют две вещи: 1) разные продукты и ситуации требуют разных решений, 2) комбинации и перестановки в распределении практически неисчерпаемы. Компании тратят много времени, чтобы принять решение касательно дистрибуции товаров, они избегают внезапных и резких изменений, поскольку они приведут к изменению всей сферы распределения, а отмена изменений — занятие трудное и дорогостоящее.

Выбор канала распределения

Другое важное решение надо принять в отношении выбора между прямым распределением непосредственно конечному потребителю или использованием одного или более посредников. Стоит ли использовать тот и другой прием одновременно (смешанная модель) или тот или другой тип канала в зависимости от характеристик целевого рынка или его географического положения? В фармацевтической отрасли можно найти несколько хороших примеров.

Производитель лекарств, желающий продавать свою продукцию розничным аптекам напрямую, может выбирать: обслуживать ли десятки тысяч независимых и сетевых аптек, тысячи больничных аптек, сотни служб доставки по почте, по несколько тысяч гастрономов, мерчендайзеров и аптек длительного обслуживания или же иметь дело с 74 дистрибуторами, которые будут обслуживать аптеки.

Первый вариант — это выбор прямого канала. Он означает развитие и поддержание отношений с 64 520 аптеками, получение от них заказов, осуществление доставки и получение оплаты от 64 520 аптек.

Второй вариант означает выбор непрямого канала. Он вовлекает посредника между производителем и каждой аптекой и требует меньшего контроля. Такое уменьшение работы означает и падение доходов.

Контроль над каналами

В данном случае имеются в виду действия, которые может предпринять компания для скорейшего достижения желаемых и реальных результатов. Например, быстрая, без промедления доставка производителем своих продуктов на полки каждой аптеки после получения разрешения на продажу. При наличии хороших отношений с несколькими крупными клиентами такой контроль легче осуществить, чем заставить быстро действовать десятки тысяч аптек. Определенно быстрее, дешевле и эффективнее обеспечивать лекарством две сотни центров дистрибуции, откуда оно будет доставляться в эти аптеки.

Информация о рынке и обратная связь

Все большую важность для компаний приобретает маркетинговая информация, которая охватывает сведения о деятельности конкурентов, характеристики потребителей, оценку их действий и отношений, анализ причин успеха или провала продукта, информацию о том, что розничные и оптовые торговцы делают для поддержания и наращивания объемов продаж и т.п. Хорошие деловые связи, наличие договорных отношений, включая контракты о поставках, а также совместные с партнерами действия усиливают и поддерживают обратную связь с рынком. Однако все эти мероприятия имеют стоимость и занимают время. Поэтому компания должна определить, сколько и какой информации ей нужно и по какой цене.

Специализированные компании

Специализированные компании внутри канала возникают в ответ на определенные потребности рынка. Так, например, рынок США

имеет очень большие размеры и в денежном выражении, и, с точки зрения численности потребителей, к тому же он очень разнообразен, и это разнообразие растет с каждым днем. Рынок свободен в том, как реагировать на возникновение новых потребностей, поэтому число типов различных специализированных компаний в Америке необычайно велико. Вот почему становится все труднее выделить чистые типы, т.е. те, что соответствуют только одной категории. Вопреки периодическим прогнозам о том, что рынки и продукты станут однородными, происходит как раз обратное — рынки становятся все более диверсифицированными, рост числа продуктов и торговых марок, кажется, не имеет пределов.

- ✦ **Рост числа рынков.** Новые каналы сбыта, такие как заказ продуктов по почте и через Интернет, домашние покупки по телевизору не заменили и никогда не заменят розничную торговлю.
- ✦ **Рост числа продуктов.** Микроавтобусы не заменили и не ассимилировались с семейными автомобилями, они образовали целую отдельную категорию продуктов. Так и НПВС не заменили аспирин или парацетамол, они просто стали новым типом обезболивающих средств.
- ✦ **Рост числа торговых марок:** Когда-то дистрибуторы безалкогольных напитков торговали двумя-тремя различными продуктами, упакованными в емкости нескольких объемов. Они доставляли продукцию в маленьких щитовых грузовиках. Теперь те же дистрибуторы продают 50 или более напитков разного вкуса, объема и в разной упаковке, доставляемых чудовищного вида двойными трейлерами. Впечатляющим примером роста числа торговых марок является то, что, по оценкам, сегодня на рынке существует более 5 тыс. средств от простуды.

Из-за постоянных изменений, происходящих на рынке, сделать единовременный срез становится проблематичным. С другой стороны, постоянный творческий процесс, эволюция и смешение добавляют динамизма практике маркетинга в США и стимулируют инновации в маркетинге лекарственных средств.

Розничные торговые и сервисные компании

Наиболее многочисленные и, наверное, самые известные специализированные компании на рынке — розничные торговые и сервисные компании. Примерами могут служить JCPenney, Kmart, Texaco, Staples, Goodyear, Safeway, 7-Eleven, Avis, служба такси H&R Block, аптеки, салоны красоты, химчистки, и салоны фотоуслуг. Розничные торговцы продают товары и услуги непосредственно индивидуальным потребителям (но и предприятиям тоже). В США насчитывается более миллиона предприятий розничной торговли,

и разнообразие их характеров, размеров и структур трудно охватить, не говоря уже о детальном описании. Они могут быть размером с несколько футбольных полей или же равняться крошечному киоску, стойке.

Большая часть розничных предприятий — специализированные компании с постоянным, известным местоположением и адресом. Традиционные розничные предприятия с постоянным адресом могут быть такие:

- ✦ свободно стоящие, т.е. находящиеся в отдельном здании, даже если они расположены в зоне парковки торгового центра (Wendy's, Borders Books, Pizza Hut, Red Lobster);
- ✦ занимающие отдельную, но интегрированную территорию внутри большого торгового центра (Sears, the Gap, Nordstrom);
- ✦ киоск или стойка (проявка фотопленки, бижутерия, дилеры услуг сотовой связи);
- ✦ магазин внутри магазина, т.е. занимает территорию на правах субаренды у более крупного оператора (отделение банка, арендующее часть помещения у бакалейного магазина, магазин оптики внутри универмага).

Некоторые новые формы розничной торговли удачно называются фирмами «с плавающими адресами», т.е. не обладающими постоянным, фиксированным адресом для ведения своего бизнеса*. Например, отдельные коммерческие операторы на торговых и продуктовых шоу (технологии, дизайн интерьера, автошоу, садоводство, антиквариат), а также так называемые разъездные продавцы выходного дня. Эти розничные торговцы часто располагаются в отелях, стоянках автомашин или в деловых центрах и предлагают сезонные или особые товары (произведения искусства, меха, детали компьютеров, растения, а также праздничные атрибуты, например фейерверки и рождественские елки) часто по предположительно низким ценам.

Франшизы, кооперативы и клубы покупателей

Категория франшизы включает несколько различных видов специализированных предприятий, осуществляющих продажу товара конечным потребителям. Некоторые дифференцируются, продавая единственную или эксклюзивную линию продуктов (Amway, Hallmark stores, Dairy Queen) или уникальный ассортимент товаров, модель обслуживания (Medi-Cap Pharmacies, Medicine Shoppe).

Кооперативы сейчас меньше, чем когда-то, но они все еще играют роль в сборе, закупке и предложении товаров и услуг. Наилучшим образом

* Такие розничные аптеки обычно имеют определенный адрес, но в этом месте продажи не производятся.

кооператив можно определить как компанию, находящуюся в собственности пользователя, созданную его членами для предложения продуктов по более низким ценам или тех продуктов, которые трудно достать. Кооператив сам по себе является, скорее, приспособлением для групповых закупок, чем отдельной специализированной компанией, созданной для решения определенных задач. Примерами могут послужить кооперативы по продаже сельскохозяйственной продукции, кооперативы, торгующие свежими фруктами и овощами.

Клуб покупателей похож на кооператив, отличие заключается в основном в организационной и операционной форме, иногда — в размере (большинство клубов меньше кооперативов). Клубы покупателей обычно состоят из индивидуальных покупателей, которые пользуются возможностью обмена информацией, осуществления общих закупок и объединения своих сил.

Служба закупок еще одной формы первоначально возникла из обслуживания других компаний, но быстро распространилась и на обслуживание индивидуальных клиентов. Эта специализированная компания с одной стороны действует в основном как розничные торговцы, но с другой — как кооперативы или клубы покупателей. Она имеет тенденцию к развитию до больших размеров, обороту тысяч товаров, ассортимент которых не всегда постоянен от недели к неделе, а также к продажам большими партиями (семейные упаковки, партии) по очень низким ценам. Их «клиенты» обычно платят ежегодный «членский» взнос за возможность делать в этих компаниях закупки (Costco/Price Club, BJ's, Sam's Club).

Продажи через Интернет

Самые новые специализированные компании — занимающиеся Интернет-торговлей. Они могут осуществлять операции только в Интернете или одновременно в Интернете и как обычные розничные торговцы. Интернет может быть эффективным для покрытия очень крупных географических регионов — например, Северной Америки, Соединенных Штатов полностью и даже всего мира — при разумных, конечно, затратах. Это удобно для высокоспециализированных товаров, необходимых очень небольшому контингенту потребителей, или когда продукт имеет такие крупные размеры, что стоимость его монтажа и хранения на небольшом местном рынке чрезмерно высока (по отношению к продажам на этом рынке).

Пионеры торговли чрез Интернет получили несколько весьма экономически болезненных уроков, касающихся ограничения роли распределения в маркетинговом уравнении. Интернет может стать действительно экономичным и эффективным средством информирования и продвижения товаров legionам потребителей. Он может также стать одним из наиболее эффективных способов сбора заказов от индивидуальных потребителей. Однако Интернет не предлагает

никаких преимуществ с точки зрения накопления и содержания товара, выполнения заказа и отправки товара потребителю.

Прямые продажи

Специализированные компании продают товар конечным потребителям, не являясь при этом розничными торговцами. Доля этих компаний, как категории, в общих продажах растет быстрее, чем доля розничных предприятий.

Торговля по почте

Предприятия торговли по почте осуществляют продажи индивидуальным потребителям, находящимся на большом расстоянии, используя для доставки продуктов общественные и частные курьерские службы. Обычно потребители могут только прочитать, увидеть или услышать описание товара по телефону, факсу, или в каталоге. Хотя значительное число таких компаний полагаются на печатную рекламу в различных средствах массовой информации, многие для привлечения потребителей и увеличения продаж используют вместо розничных точек печатные каталоги. Число каталогов растет за счет появления Интернет-каталогов.

С помощью заказа по почте можно купить все! Витамины, растительные препараты, пищевые добавки, гомеопатию, безрецептурные и рецептурные препараты. Большинство, если не все основные планы продвижения препаратов включают услуги по почтовой доставке рецептурных препаратов. Их преимущества заключаются в экономии на объемах закупок, на обслуживании рецепта, на отгрузке и выставлении счетов. К недостаткам относятся меньшая скорость и менее персонализированный сервис.

Торговля вразнос

Хотя этот вид торговли находится в длительном упадке и его трудно расценивать как значительный фактор, все же некоторые специализированные компании предлагают товары и услуги вразнос. Примерами могут служить поставщики домашних чистящих средств, новых видов мороженого, а также услуг по стрижке газонов (например, предложение соседа постричь ваш газон). Некоторые торговцы вразнос все еще предлагают отдельные безрецептурные препараты, включая некоторые виды средств от кашля.

Торговля на дому

Это вариант торговли вразнос. Многие специализирующиеся на такой торговле предприятия предлагают высококачественные и часто

высокоприбыльные специальные товары. Они приглашают людей на «праздник», создавая рынок на дому. Пластиковые контейнеры для хранения продуктов, косметика, витамины, декоративные корзины, поздравительные открытки и плюшевые игрушки — примеры товаров, продаваемых на дому. Некоторые линии витаминов и натуральных продуктов также продаются на дому.

Торговля по телевизору

Услуги, осуществляемые через кабельное телевидение, телевизионные продажи представляют еще один вид предприятий прямой торговли широким спектром товаров. Они действуют на кабельных каналах в качестве регулярных программ или появляются нерегулярно в виде того, что стали называть информацией — роликов, длящихся 30–60 минут, которые можно назвать гибридом телевизионной программы и рекламы. Через этот канал продается все больше медико-хирургических продуктов и средств ухода за собой.

Телемаркетинг

Учитывая то, что многие американцы работают целый день, а продажи вразнос теряют привлекательность, компании, занимающиеся телемаркетингом, обнаружили, что звонить людям на дом — не только более экономный, но и удивительно успешный способ продажи множества различных продуктов и услуг. Их перечень бесконечен и содержит гораздо больше товаров для здоровья и ухода за собой, чем можно было бы предположить.

Торговые точки производителя

Казалось бы, торговые точки производителя являются специализированными компаниями, находящимися в собственности производителя и непосредственно им управляемыми (что фактически делает его компанией, осуществляющей прямую торговлю). Это определение сегодня уже неверно, поскольку торговые точки все реже остаются в собственности производителя или каким-то образом с ним связаны, за исключением того, что имеют на складе продукцию с торговой маркой производителя. Короче говоря, многие торговые точки производителя стали предприятиями розничной торговли, а не прямой продажи. Предположительно, они торгуют высококачественными складскими излишками, второсортным или уцененным товаром по очень низким ценам. В некоторых случаях второсортный товар жульнически предлагается как высококачественная продукция, а цены неотличимы от розничной торговли.

Брокеры

Брокеры существуют на рынке для того, чтобы иметь дело с большими объемами или ценовыми несоответствиями или неопределенностью ситуации на рынке. Брокеры обычно не имеют права собственности на товары, и это означает, что их задача — только облегчение сделки между двумя другими сторонами, которые не знают о существовании друг друга, т.е. один имеет товар на продажу, а другой хочет купить этот товар. Их роль во многом похожа на роль свахи, поскольку они служат для установления рыночных контактов, которые до этого не существовали. Похожая деятельность имеет место и на рынке лекарств при избавлении от больших складских излишков и товаров с заканчивающимися сроками годности, а также как средство защиты от повышения цен.

Оптовые предприятия

Оптовиков и дистрибуторов (термин для обозначения оптовиков, которые предлагают множество услуг сверх и помимо обычной продажи товаров) часто называют посредниками. Они существуют, чтобы снять противоречия в отношении продукта (количества, распределения и прав собственности) и действуют как узловой аэропорт, облегчающий перевозку людей и грузов и сокращающий число полетов (т.е. рыночных взаимодействий), необходимых для их доставки. Оптовые предприятия исследуют рынок и закупают широкий ассортимент товаров у нескольких или у тысяч производителей и поставщиков. Затем они продают эти товары розничным предприятиям и другим предприятиям, которые, в свою очередь, продадут эти товары конечным потребителям в необходимых им количествах и ассортименте. Незаметные на первый взгляд, оптовые компании — одни из важнейших из всех рыночных специализированных компаний, обеспечивающих успешность отдельных каналов. Фармацевтические дистрибуторы играют стержневую роль в обеспечении успешности отрасли.

Импортёры-экспортёры

Импортёры и экспортёры — специализированные компании, перемещающие товары в страну и из нее с пересечением национальных границ. Они берут на себя роль транспортировки и выполняют требования регулирующих органов, поскольку владеют комплексной и часто скрытой информацией на этот счет, а также сведениями об противоречащих порой друг другу правилах и требованиях, предъявляемых к импорту или экспорту продукции, и могут обеспечить доставку товаров на место в целостности и сохранности.

Компании, специализирующиеся на хранении и транспортировке

Специализирующиеся на хранении компании существуют для снятия противоречий в количестве, когда, например, производитель выпускает большое количество капсул антибиотика в ожидании сезона простуды и нуждается в дополнительных площадях для хранения своих сезонных запасов. Складские компании позволяют более экономично хранить товары (естественно, в соответствии с требованиями регулирующих органов), чем если бы производителю пришлось строить дополнительные склады.

Транспортные компании могут специализироваться на дальних (контейнеры, поезда, самолеты и другие коммерческие перевозчики) или местных перевозках. Их услуги простираются от срочной ночной доставки до использования местных курьерских служб. Они могут быть и обычными перевозчиками (принимающими к отправке различные грузы), и контрактными (перевозки ограничены определенными отгрузками конкретным клиентам). В некоторых случаях производители, оптовики и розничные торговцы имеют собственные транспортные отделы, владеющие и берущие в лизинг транспортные средства для собственных нужд.

Отношения и конфликты внутри каналов

Есть множество причин, принуждающих участников рыночного канала (различные специализированные компании) к сотрудничеству в обслуживании потребностей клиентов. Однако верно и противоположное утверждение: из-за конфликтующих целей и задач существует множество очевидных причин для возникновения конфликтов между участниками канала. Некоторые конфликты по своей природе присущи конкурентной ситуации на рынке. Конфликт этот является естественным и не тревожит участников рынка до тех пор, пока он не начинает превалировать над общими нуждами. Когда такое случается, эффективность канала снижается, клиенты не обслуживаются должным образом.

Большая часть горизонтальных рыночных конфликтов, т.е. конфликтов между аналогичными или схожими специализированными компаниями, выполняющими, в общих чертах, одинаковые функции, проявляется как конкуренция. Это случается, когда, например, два разных продуктовых магазина (однотипные конкуренты) борются за одного потребителя, или когда сетевая аптека, аптечный киоск и универмаг (разнотипные конкуренты) конкурируют в предложении аспирина. Если такой конфликт не становится острым,

угрожающим или небезопасным, его можно приветствовать как здоровое соперничество, заставляющее всех участников наилучшим образом выполнять свои функции и дающее преимущества потребителям. Конкуренция в большинстве случаев выражается в выборе потребителем предпочтительной для него компании и способа взаимодействия с ней. Каждая из конкурирующих компаний свободна отвечать или не отвечать на действия конкурентов, что является характерной чертой свободных рынков.

Однако когда горизонтальная конкуренция становится враждебной или разрушительной, это может повлиять на эффективность канала. Ценовые и сервисные войны, при которых местные конкуренты постоянно снижают цены в ответ на снижения цен конкурентами, редко выливаются в создание нового бизнеса, но лишь угрожают существованию всех участников канала. В результате долговременные потребности клиентов также не удовлетворяются. Однако то, что соперники называют неконкурентным поведением, нарушением *status quo*, часто означает новые способы ведения бизнеса.

Куда более интересный тип конфликта — вертикальный конфликт внутри канала, между двумя или более функциональными уровнями специализированных компаний. Он интересен тем, что часто оказывает влияние на всю отрасль и представляет собой «конфликт влияний». Вот несколько примеров вертикальных конфликтов в фармацевтической отрасли:

1. Производитель хочет, чтобы аптеки закупили его новый продукт, но отказывается взамен предоставить им кредит. Аптеки сомневаются, смогут ли они продать новый препарат и с неохотой открывают новый контейнер для обслуживания небольшого количества рецептов.
2. Производители хотят, чтобы розничные аптеки предлагали их продукцию (в ущерб конкурентам), но предлагают другим аптекам-конкурентам намного более низкие цены или большие проценты за переключение на их продукцию.
3. У розничной аптеки иссяк запас препарата по повторному рецепту для продолжения лечения, у местных аптек и дистрибуторов этого препарата также нет на складе. Аптека звонит производителю и узнает, что его офис закрыт на три недели по случаю окончания года.

Доступность канала

Важный аспект управления распределением — доступность канала. При огромном количестве присутствующих на рынке продуктов посредники внутри канала, розничные торговцы и прямые торговцы должны сделать выбор, какие из продуктов будут ими закуплены. Производители также пытаются склонить партнеров по цепи распределения продвигать свои товары и не закупать товары конкурентов. Торговые марки оптового торговца и розничного торговца конкурируют с ними за место и внимание, что ограничивает доступность канала (место на полках, упоминание в каталогах).

В некоторых отраслях очень крупные компании имеют возможность блокировать товары конкурентов с помощью заключения долгосрочных соглашений о поставках на правах эксклюзивности или других приемов. Однако доступность рынка и баланс сил — это улицы с двусторонним движением, и каждый волен реагировать на попытки ограничить доступность канала или нарушить баланс силы. Последние инновации, подразумевающие новые каналы распределения и новые способы распределения товаров, являются уравнивающими силами, которые расстраивают большую часть попыток ограничить доступность канала или консолидировать силу.

Физическое распределение

Физическое распределение подразумевает перемещение товара как внутри отдельных компаний, так и внутри каналов. Товары на складе не могут быть использованы теми, кто нуждается в них или хочет их приобрести. Их полезность (в денежном эквиваленте) в значительной степени возрастает по мере их приближения к тому месту, где потребитель может вступить в права собственности на них. Значительная часть маркетинговой составляющей стоимости товара тратится на распределение, а в некоторых отраслях эта составляющая достигает половины стоимости (в фармацевтической отрасли значительно меньше).

Физическое распределение включает получение, хранение, управление, заполнение заявок, упаковку и отгрузку товаров другим специализированным участникам канала или клиентам. В процесс распределения вовлечены и такие важные вспомогательные процессы, как закупка и хранение сырья и оборудования в соответствующих условиях, обеспечение безопасности, получение и обработка заказов (включая накладные и напоминания о наступлении времени возврата кредита), сортировка и упаковка, отгрузка и заполнение документов об отгрузке.

Физическое распределение может иметь вертикальную интеграцию. Канал является вертикально интегрированным, если в выполнение операций вовлечены два или более последовательных специализированных участника канала. Розничный торговец может интегрироваться «вверх» по каналу, приобретя дистрибуторскую компанию, начав выполнять функции оптовика или создав собственное производство. Производители, владеющие и управляющие розничной сетью, интегрируются «вниз по каналу», как прямые торговцы.

Вертикальная интеграция — явление не новое, по-видимому, она становится актуальной каждые 20 лет. Новыми являются технологии контроля и коммуникаций, а также способы мышления, стимулирующие развитие вертикальных систем. Относительно недавно (с 1994 года) в фармацевтической отрасли также велись эксперименты с вертикальной интеграцией. Пока трудно определить, станет ли она приемлемой маркетинговой моделью — слишком мало времени прошло.

Проблема маркетинга компрессионных колгот

Фармацевтам было рекомендовано заняться и другими товарами для здравоохранения, кроме рецептурных и безрецептурных препаратов. Одну из возможностей роста дает продажа компрессионных колготок, разработанных для облегчения и стимулирования кровообращения и предотвращения образования тромбов в нижних конечностях. Их используют пожилые пациенты, люди с нарушениями циркуляции крови или застойной сердечной недостаточностью, пациенты с повышенным риском образования тромбов и беременные женщины.

Одна пара компрессионных колгот продается по цене от \$50 до \$95. Проблема в том, как организовать продажи компрессионных колгот без особых финансовых затрат и расширения торговых площадей. Для этого имеются следующие возможности:

Фактор	Возможность	Количество
Марки	Четыре основные линии	4
Формы	До талии, до бедер, до колен, носки, трико	5
Степени компрессии	8–15, 15–20, 20–30, 30–40	4
Компрессия	Равномерная, разная	2
Размеры	Малый, средний, большой, экстра-большой	4
Длина	Средняя, сверхдлинные, короткие	3
Носки	Открытые, закрытые	2
Тип верхней части	Обычный, бельевого	2
Цвета	Черный, темно-серый, бежевый, синий, белый	5

Для того чтобы хранить на складе хотя бы одну из указанных возможных комбинаций, аптеке необходимо найти место для 19 200 разных упаковок компрессионных колгот, что означает объем закупки от \$960 тыс. до \$1 млн. 824 тыс. Нет нужды говорить, что даже для крупнейшей аптеки это невозможно как физически, так и с финансовой точки зрения.

Литература

1. Havell G.D. and Frazier G.L. Marketing: Connecting with consumers. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall, 1997: pp. 14-15.

Опыт ЦВ «Протек»

Принципы, факторы и каналы распределения

Этапы формирования региональной сети:

1993 г. — начало работы на фармрынке России.

1994 г. — открыт первый филиал в Волгограде.

1995—1999 гг. — интенсивный процесс развития региональной сети, открывалось до 10 филиалов в год.

2004 г. — логистическая система компании полностью сформирована: 41 филиал, 4 склада-депо и 32 торговых представительства.

Иметь один централизованный склад для снабжения страны невозможно. Требования, предоставляемые клиентами по времени доставок ЛС и другому сервису, достаточно жесткие. Разветвленная логистика дала компании возможность полностью охватить клиентскую базу в 18 тысяч потребителей. ЦВ «Протек» имеет прямые договоры с организациями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность, — аптеками, аптечными сетями, ЛПУ по всей России.

Общая площадь региональных складов компании — более 100 тысяч кв.м, а складов в Москве — 33 тыс. кв.м. На складе в Москве установлен автоматический участок для обеспечения розничной торговли, возможно собирать ежедневно более 100 тысяч позиций («строк заказа»). В 2003 г. открыт высотный склад для палетного и коробочного хранения.

Общая информационная система обеспечивает связь всех филиалов компании с Центральным складом. Все операции Центрального склада поддерживаются компьютерной системой, что и гарантирует рациональное товародвижение. Из региональных складов конвейерное оборудование установлено на складе в Санкт-Петербурге (10 тыс. кв.м.). По мере роста региональных складов на них также будет устанавливаться сложное технологическое оборудование.

Филиалы — основной канал распределения товара для ЦВ «Протек». Доля продукции, поставляемой через них, составляет более 90%. Также компания работает через региональных оптовиков. В основном они представляют регионы, где местные оптовики имеют особую силу или работают в нишах, недоступных ЦВ «Протек».

Все поставки ЦВ «Протек» являются централизованными — поток импорта концентрируется в Москве (в структуре товародвижения большую долю занимает импорт). Консолидированные партии распределяются в соответствии с прогнозом заявок на региональные склады. По сравнению с европейскими товарные цепочки ЦВ «Протек» длиннее, больше неопределенности в поставках, поэтому компания вынуждена держать на складах достаточно большие запасы продукции.

Решая вопросы частоты поставок и размера партий, ЦВ «Протек» выбирает вариант наличия необходимого товарного запаса на складах, предоставляя производителям свою инфраструктуру, при низкой дефектуре. Такой вариант требует больших инвестиций в инфраструктуру и ее содержание, что с точки зрения бизнеса предполагает необходимость оптимизации. Важным требованием является наличие заявленного ассортимента продукции. Для сокращения дефектуры ЦВ «Протек» идет по пути создания страховых запасов и совместного планирования деятельности с поставщиками.

Перспективы развития логистики в ЦВ «Протек»:

1. Наличие адекватной инфраструктуры.
2. Появление более сложных схем товаропродвижения (расширяется ассортимент аптек как следствие дистрибьютора).
3. Выбор оптимальной кратности доставок товара для клиента дистрибьютором (влияние на формирование рынка сервиса, разумно снижающего издержки логистики).

Опыт ЦВ «Протек»

Франшизы, клубы потребителей

В 2001 г. ЦВ «Протек» поддержал инициативу создания общественной организации — ассоциации аптечных учреждений «СоюзФарма». Перед ней стояла задача объединения аптек и небольших аптечных сетей. Это позволило им получить дополнительный спектр услуг от дистрибьютора, участвовать в законодательном процессе, обсуждать нормативные акты (в частности отраслевые стандарты), формировать общественное мнение через СМИ, организовывать встречи с населением, представителями исполнительной и законодательной власти различных уровней.

Аптеки «СоюзФарма» объединены стратегической идеей — это аптеки, которым можно доверять. В них поддерживаются традиции качества, культуры обслуживания, неукоснительного соблюдения фармацевтических стандартов и гарантии от фальсифицированных ЛС. Все аптеки, входящие в ассоциацию, подписывают открытую декларацию о правилах ведения бизнеса.

В рамках ассоциации выделены Центр оказания услуг и Центр формирования общественного мнения. Центр услуг предлагает аптекам воспользоваться инструментами, позволяющими сократить издержки бизнеса, экономно распорядиться своими ресурсами.

Работает справочная служба «СоюзФарма», которая направляет покупателей в аптеки, входящие в состав ассоциации. Вместе с производителями ассоциация организует рекламно-сбытовые акции для стимулирования продаж в аптеках.

ЦВ «Протек» участвует от имени ассоциации в различных тендерах, взаимодействует с поставщиками и несет определенные затраты. Это является залогом формирования лояльности аптек к ЦВ «Протек», поскольку компания фактически инвестирует средства в развитие аптечных предприятий, обеспечивает им равные возможности ведения бизнеса с аптеками, входящими в другие сети, т.е. улучшает их позицию в конкурентной среде.

На январь 2005 г. в составе ассоциации 311 аптечных учреждений (1700 розничных торговых точек), 15 региональных представительств в регионах РФ.

Члены ассоциации могут также войти в сеть аптек «СоюзФарма», оставаясь юридически самостоятельными, тогда они получают торговую марку и рекламную поддержку. Около 25–30% членов ассоциации входят впоследствии в аптечную сеть «СоюзФарма».

Опыт ЦВ «Протек»

Формирование сервисного пакета

В ЦВ «Протек» существует базовый показатель сервиса, который во всех регионах должен быть выдержан. Компания допускает, что в ряде регионов будут разработаны собственные показатели сервиса. В базовом пакете предполагается, что доставка клиенту заказов будет осуществляться 1 раз в день по согласованному графику, но клиентам, живущим далеко от крупного города, удобнее обслуживание 1 раз в неделю.

Специалисты ЦВ «Протек» различают сегменты и каналы товара. Сегмент – это аптеки, аптечные учреждения, аптечные сети, ЛПУ, они все напрямую взаимодействуют с конечным потребителем. Кроме этого, компания осуществляет прямые продажи или опосредованные поставки – через тендеры, иные формы закупа или поставки через оптовые посреднические структуры. Для разных сегментов компания формирует разные сервисные предложения.

ЦВ «Протек» является «пионером» в области сбытовых технологий. Разработаны эксклюзивные инструменты для менеджеров, что позволяет сделать работу компании с каждым клиентом управляемой, планируемой и контролируемой. Менеджеры анализируют работу с клиентом по набору критериев, разрабатывают для конкретного клиента плановые показатели, выбирают оптимальную политику скидок и ассортимента, его индивидуальный ценовой профиль, в зависимости от того, где территориально клиент расположен и кто является его конечным потребителем. Так что существующий базовый комплекс сервиса может быть трансформирован для каждого клиента индивидуально.

В обязательный пакет сервиса входит удовлетворение заявки в срок, поставленный товар должен соответствовать заявленному, сопроводительные документы должны быть представлены. В городах доставка может осуществляться 1–2 раза в день. Доставка более 2 раз в день резко удорожает услугу для ЦВ «Протек» и клиента, что в конечном счете скажется на цене ЛС для потребителя. Ряду клиентов ЦВ «Протек» осуществляет поставки не каждый день, а 1 раз в 2 дня, что позволяет оптимизировать складские запасы у дистрибьютора и аптеки.

Глава 11.

Факторы распределения на фармацевтическом рынке США: среда

Лекарства и товары для здоровья

Фармацевтический рынок США состоит из трех основных частей:

1. Рецептурные препараты.
2. Безрецептурные препараты.
3. Альтернативные препараты.

Рецептурные препараты имеют указание на упаковке о том, что они не могут продаваться без рецепта врача. Именно о них чаще всего говорят как о фармацевтических лекарственных средствах, хотя не всегда есть указание на то, что речь идет о рецептурных препаратах. Получение такого препарата требует наличия рецепта, выписанного дипломированным врачом, поскольку его использование без врачебного надзора может быть опасным или способствовать формированию зависимости. Некоторые новые препараты должны продаваться по рецепту врача, так как даже после предрегистрационных клинических испытаний нет определенности в отношении их безопасности.

Рецептурные препараты в США должны быть зарегистрированы в FDA и государственных агентствах, которые обеспечивают выполнение Акта о маркетинге рецептурных препаратов. Все рецептурные препараты должны получить разрешение FDA до того, как их будут использовать врачи и продавать в аптеках.

Безрецептурные препараты также должны быть зарегистрированы FDA. Суть состоит в том, что они признаны этой организацией достаточно безопасными, чтобы пациенты могли с их помощью

лечиться самостоятельно. Разница заключена в самом названии — безрецептурные препараты могут продаваться без рецепта врача. Безрецептурные препараты продаются практически повсеместно.

Альтернативные препараты — это ненаучное название третьей основной группы средств на американском фармацевтическом рынке. Это лекарственные травы, гомеопатические препараты, нутрицевтики и то, что некоторые называют функциональной пищей. Термин, конечно, не указывает на то, что именно входит в данную группу, а также, что еще более важно, на то, каким образом эти препараты воспринимаются и используются сегодня большинством потребителей. Хотя это самый незначительный сегмент рынка с точки зрения продаж как в денежном выражении, так и в упаковках, тем не менее он демонстрирует наиболее высокие темпы роста.

Родственными фармацевтическим препаратам являются средства, определяемые как медицинские и хирургические товары. Медицинские товары также регистрируются FDA и все чаще воспринимаются как часть стандартного аптечного ассортимента.

Использование рецептурных препаратов

Население США продолжает расти в результате роста уровня рождаемости, увеличения продолжительности жизни и иммиграции (включая нелегальную*). Население США в 1990 году составляло примерно 250 млн. человек. В переписи 2000 года — уже 281,4 млн., что означает прирост в 13,2% за 10 лет. Прирост населения на 32,7 млн. человек между 1990 и 2000 годами — самый высокий прирост населения между двумя переписями, отмеченный за всю историю США, и в Статистическом управлении США не уверены, что он повторится между 2000 и 2010 годами. В **табл. 11.1** показан прогноз роста населения до 300 млн. к 2010 году. Планируемый прирост населения примерно на 18,5 млн. человек хотя и существенно ниже прироста за предыдущий период, но все же означает значительное увеличение числа выписываемых препаратов**.

Средний возраст американцев растет, и, по прогнозам, в обозримом будущем этот процесс будет продолжаться. Такими же важными для понимания использования препаратов являются всплески рождаемости, получившие название «бэби бум». Значительный рост

* Нелегальный фармацевтический рынок не является предметом данного обсуждения, кроме того, что некоторые зарегистрированные препараты переводятся на нелегальные рынки для немедицинских нужд.

** Аптекам потребовалось 90 лет (1900–1990), чтобы достичь уровня продаж в \$2 млрд. в год. Достижение уровня \$3 млрд. заняло 10 лет (1990–1999). Достижение отметки в \$4 млрд. потребует только пяти лет (2000–2004).

рождаемости был отмечен после окончания Второй мировой войны. В 1996 году первая волна поколения «бэби бума» достигла 50 лет, а следующие за ней всплески были еще большими. Фактор старения населения (когда средний возраст приходится на окончание возраста зрелости) важен для роста использования препаратов. Большая доля пожилых означает большее количество рецептов на душу населения и рост затрат на лекарства (табл. 11.2).

Таблица 11.1.
Численность населения США в 1950–2050 годы (тыс. чел.)

Год	Население США	Прогноз
1950	152 271	
1960	180 671	
1970	205 052	
1980	227 726	
1990	249 949	
2000	281 422	
2010		299 862
2020		324 927
2030		351 070
2040		377 350
2050		402 687

Источник:

U.S. Bureau of the Census. Census 2000 and Components for Change for Total Resident Population, 1999–2100.

Таблица 11.2.
Затраты на здравоохранение, лекарства и медицинскую продукцию по возрастным группам, 1997 год

Возраст (лет)	Общие затраты на здравоохранение (\$ млн.)	Затраты на лекарства и медицинскую продукцию (\$ млн.)
До 25 лет	425	65
25–34	1236	169
35–44	1605	210
45–54	1945	303
55–64	2187	407
65–74	2900	594
75 и более	2799	691

Источник:

U.S. Bureau of Labor Statistics.

Потребление лекарств росло постоянно в течение последних 50 лет, однако скорость роста потребления еще больше повысилась

за последние пять лет, а в течение следующих пяти лет ожидается еще более быстрый рост. Фактически, к 2005 году фармацевтическая промышленность США и аптеки должны будут произвести, упаковать, отгрузить и продать конечным потребителям столько препаратов, чтобы обеспечить дополнительный миллиард рецептов!

Выписка рецептов росла с огромной скоростью с 1990 года. В соответствии с информацией IMS Health, совокупные аптечные продажи бурно росли в течение 1999 года, рост составил 19,3% и достиг \$125 млрд. (в розничных ценах). Число обслуженных рецептов (в рознице) выросло на 9% и достигло 2 821 770 000. Это означает, что на душу населения приходится больше 10 рецептов (табл. 11.3).

Таблица 11.3.
Число выписываемых рецептов в США, 1999 год

Канал продаж	Общее количество рецептов (млн.)	Доля всего рынка, %	Рост по отношению к 1998 г., %
Сети аптек и мерчендайзеры	1492,0	52,9	+9,8
Независимые аптеки	737,7	25,5	+4,4
Продуктовые магазины	357,5	12,9	+16,9
Заказы по почте	133,6	4,7	+9,0
Аптеки продолжительного ухода	114,9	4,1	+7,1
Всего	2835,7	100,1 (округленно)	+9,44 (в среднем)

Источник:
IMS Health.

Значительная часть роста продаж лекарственных средств стала результатом роста цены на средний выписанный рецепт, на что, в свою очередь, влияет сочетание характеристик выписываемых препаратов, значительно более высоких цен на новые препараты, использование марочных препаратов или дженериков и число выписанных и обслуженных рецептов. Как видно на **рис. 11.1**, средняя цена на выписанный рецепт продолжала постоянно расти в течение последних 10 лет. Более того, продолжает расти разница в средней цене рецепта, выписанного на марочный или дженериковый препарат.

В 1990 году средняя цена препарата, полученного по рецепту, составляла \$22,06. Средняя цена марочного препарата по рецепту составляла \$27,16, а средняя цена дженерика — \$10,29. Восемь лет

спустя, в 1998 году, в среднем цена препарата по рецепту составила \$38,43. Цена на средний марочный рецептурный препарат составила \$53,51 при том, что многие новые препараты стоили более \$100 за один курс лечения. Средняя цена на дженериковый препарат в 1998 году составила \$17,33.

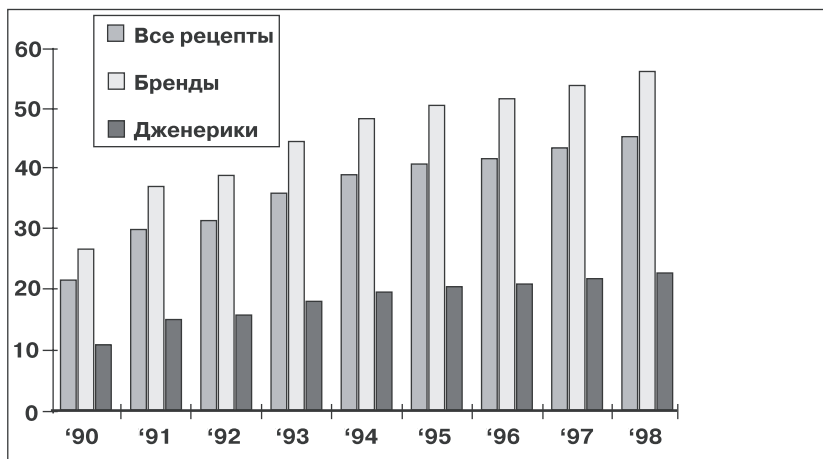


Рис. 11.1. Средняя цена на выписанный рецепт, 1990–1998 гг.

Источник:
IMS Health.

Хотя потребители продолжают придавать большое значение лекарствам, продолжающийся рост цен на препараты и тот факт, что цены на те же препараты в других странах значительно ниже, привлекли внимание основных групп потребителей, политиков и правительства.

Требования к лекарству

Распределение подвержено влиянию требований к лекарственным продуктам. Это означает, что маркетинговые решения, применимые к другим типам продуктов, не обязательно относятся к лекарственным препаратам. Ниже указаны важнейшие факторы, которые необходимо учитывать.

Хорошо согласованный широкий ассортимент

Несмотря на то что большинство всех выписанных рецептов касается ограниченного числа категорий фармацевтических препаратов, обслуживание пациентов требует наличия широкого ассортимента. Отдельные препараты (активные субстанции) могут быть в твердой

форме (капсулы, таблетки), жидких оральных формах (жидкости, эликсиры, тинктуры, капли) и инъекционных формах. Они могут быть предназначены для наружного применения в форме кремов, мазей, гелей, а также капель (для ушей, носа и глаз). Для педиатрической практики предусмотрен другой ассортимент.

Типичная аптека имеет в ассортименте более 1000 различных препаратов, что означает значительные постоянные расходы. С ростом цен на препараты фармацевтические дистрибуторы и аптеки делают все возможное для снижения складских запасов (без снижения уровня сервиса). Из-за необходимости предвидеть сезонные и другие изменения в потребности в лекарственных средствах нескольких тысяч пациентов, аптеки вынуждены запасаться широким ассортиментом препаратов. Если пациенты не захотят ждать своих лекарств дольше, чем они делают это сегодня, — а они ждут их, если только этого требует их план страхования или если при этом они получают значительные экономические преимущества (например, при заказе по почте они не оплачивают часть стоимости лекарств), — то возникают серьезные ограничения возможности аптек снизить свои затраты на хранение лекарств без снижения уровня обслуживания.

Постоянное наличие, быстрый и надежный доступ

В США люди привыкли к возможности получить препарат по рецепту без ограничений. Потребители знают, что смогут посетить аптеку в течение дня и вечера (от 10 до 16 часов в сутки) шесть–семь дней в неделю. Большинство круглосуточных аптек открыты ежедневно.

Уникальные требования к торговле и хранению

Лекарственные средства подвержены действию экстремальных температур, особенно тепла. Хотя обычно лекарства имеют небольшие размеры и вес, они легко разрушаются при неправильном и неаккуратном обращении, особенно при погрузке и хранении. Принимая решения о распределении, компании должны учитывать эти факторы.

Продукция, находящаяся под усиленным контролем

Фармацевтические препараты являются продуктами, находящимися под постоянным и серьезным контролем. Регулируются и условия, при которых они становятся доступными населению. Широкое разнообразие и сложность правил, касающихся распределения, часто недооценивается и не принимается во внимание новичками в этом

бизнесе. Из-за значительной стоимости и относительной устойчивости решений по распределению компании должны учесть все нормы и правила, касающиеся распределения, прежде чем принимать маркетинговые решения.

Физические и финансовые характеристики продукта

При рассмотрении вопросов распределения компании должны принимать во внимание некоторые уникальные физические и финансовые характеристики фармацевтических препаратов.

Малый объем, высокая стоимость

Лекарственные средства обычно невелики по объему и относительно дороги. Они требуют мало места для хранения и перевозки. В то же время их размеры и стоимость делают их привлекательными для хищений и перемещения по незаконным каналам. Высокая стоимость и малые размеры также означают и то, что препараты можно доставлять экономно с помощью специальных перевозчиков, а значит, они могут быстро быть доставлены в нужное место.

Гибкость в отношении количества

Рецепт — по определению важнейший документ, определяющий количество препарата. В этом его отличие от других товаров. Любой выписанный рецепт может различаться по количеству — от одной дозы (или меньше) до того, сколько врач, пациент и аптека могут реально использовать. Для производителя практически невозможно делать упаковки, соответствующие ситуации каждого пациента, поэтому врачи и фармацевты играют важную роль в определении физического количества препарата, поступающего к пациенту*.

Соображения безопасности

Несмотря на многочисленную охрану, фармацевты не свободны от риска. Они имеют дело с опасностью не без причин. Использование лекарств связано с рассчитанным риском, при котором преимущества

* Разные рынки относятся к вопросу размера упаковки по-разному. В Европе принята совершенно иная, чем в США, модель упаковки: препараты поступают от производителя в разнообразной упаковке, большинство видов которой разработано для того, чтобы выдавать лекарства непосредственно потребителю (в количествах, соответствующих, например, курсу лечения).

превалируют над рисками. Рецептурные препараты считаются слишком опасными для того, чтобы позволить людям использовать их для самолечения. Поэтому те, кто их выписывает и выдает пациентам, подвергаются серьезному контролю и должны выполнять определенные правила.

Дефектура, задолженности и потери инвестиций

Фармацевтические препараты являются «датированными» продуктами, т.е. имеют срок годности. В отличие от большинства других товаров, лекарства традиционно распределялись с возможностью возврата. Политика по отношению к возврату товаров разнится от производителя к производителю. Некоторые принимают (и дают в кредит) только неоткрытые упаковки, другие принимают открытые контейнеры. Возможность возврата и соображения стоимости должны учитываться компаниями при принятии маркетинговых решений.

Законодательные требования

В отличие от промышленных и потребительских товаров, не всякое лекарственное средство может продаваться на территории Соединенных Штатов, равно как не каждый желающий может их продавать и определять, является препарат рецептурным или безрецептурным. Сами препараты и те, кто их продает, являются объектами многочисленных ограничений и требований.

Контроль и регулирование производства и продаж рецептурных и безрецептурных препаратов выполняется в первую очередь силами федерального правительства. Основную функцию выполняет FDA (Food and Drugs Act), являющаяся частью Департамента здоровья и обслуживания населения. Основные федеральные законодательные акты, принятые в 1906, 1938, 1951, 1962 и 1989 годах, касались безопасности здравоохранения и имели целью защитить американцев от недоброкачественных, неэффективных, не имеющих внятной маркировки, неправильно используемых и даже поддельных препаратов. Интересно, что основная часть законодательных актов стала результатом проявления общественной тревоги по поводу безопасности лекарств, а также обсуждения проблем, возникавших в связи с неэффективностью отдельных препаратов и их комбинаций.

FDA образована в итоге принятия в 1906 году Акта о чистоте пищевых продуктов и лекарств, который возложил на эту организацию федеральную ответственность и юрисдикцию для регулирования и контроля над большинством аспектов продажи лекарств. Агентство приобрело мощные административные возможности для контроля над

фармацевтической промышленностью, включая далеко идущее право конфисковать и уничтожать фальсифицированные препараты. FDA имеет право налагать жесткие финансовые штрафы и даже привлекать виновных к юридической ответственности, что дает ей возможность эффективно контролировать каждый этап регистрации препаратов в США и их дальнейших продаж.

Возможности FDA были расширены важной поправкой 1938 года (Акт о пищевых продуктах, лекарственных и косметических средствах). Она была принята под влиянием общественного возмущения, вызванного фактом смерти 40 человек после приема патентованных препаратов, которые содержали ядовитый промышленный растворитель. Хотя сейчас в это трудно поверить, но до 1938 года производители не должны были доказывать, что препарат, который они хотели зарегистрировать, безопасен при использовании в соответствии с показаниями и инструкциями.

Поправка Дюрэма–Хамфри (Durham–Humphrey) к Акту о пищевых продуктах, лекарственных и косметических средствах, принятая в 1951 году, установила четкие критерии, отличающие рецептурный препарат от безрецептурного. До этого FDA использовала собственные правила, которые не были понятны ни фармацевтической промышленности, ни кому бы то ни было еще. Акт о пищевых продуктах, лекарственных и косметических средствах был вновь заметно расширен в 1962 году, после принятия поправок Кефове́ра–Харриса (Kefauver–Harris). В соответствии с этими поправками FDA получила право регулировать все мероприятия по продвижению и рекламе рецептурных препаратов (для профессионалов и общественности). Кроме того, теперь производитель должен доказывать не только безопасность новых препаратов, но и их эффективность.

Федеральные требования определяют состав препарата и то, может ли этот препарат применяться без рецепта. В них обозначены процедуры и практические указания по производству, хранению, торговле и импорту препаратов (правила и требования FDA, известные как GMP (Good Manufacturing Practice)*.

FDA определяет, каким образом препарат натурального происхождения или синтезированный должен быть идентифицирован (качественно) и испытан (количественно), а также в каких условиях он должен храниться. Даже характеристики упаковки, в которой могут храниться препараты, детально описаны в федеральных требованиях и правилах. Требования FDA определяют, какая информация может и должна быть напечатана на упаковке препарата, что должно быть вложено в упаковку, а также что производители могут и должны сказать в рекламе.

* GMP теперь называют cGMP. Дополнительная буква «с» в начале аббревиатуры означает «current» (текущий), что отражает факт изменения требований FDA с течением времени, а также то, что компании-производители должны модернизировать уровень своего производства в соответствии с наиболее поздней реакцией.

Требования, зафиксированные в Акте о продвижении рецептурных препаратов PDMA (Prescription Drug Marketing Act) 1987 года, являются общими для всей территории США, а повседневные требования находят отражение в указаниях федеральных агентств (которые могут быть представлены национальным советом по фармации или отдельными департаментами). Акт PDMA принят в ответ на серьезные злоупотребления со стороны промышленности в области импорта и реимпорта препаратов, перевод препаратов с одного рынка на другой, продажу образцов препаратов, переупаковку, а также фальсификацию препаратов.

PDMA запретил всем, кроме производителя, заниматься импортом и реимпортом собственных препаратов и установил новые требования, контролирующие органы и документы, необходимые для хранения, продажи и отгрузки препаратов. В результате принятия PDMA продавцы должны обеспечивать отдельные, зафиксированные письменно, гарантии (для покупателей) того, что препараты хранились должным образом. Кроме того, они должны по требованию предоставить информацию о каждом посреднике, через которого прошел препарат после производителя до момента последней продажи, — письменную историю, которая получила неформальное название «родословной препарата».

PDMA установил серию новых ограничений для образцов препаратов, а также обязанность хранить записи и требования к аудиту. Аптекам и фармацевтам было запрещено получать образцы препаратов и вступать в их владение, а фармацевтическим дистрибуторам — принимать открытые (частично заполненные) контейнеры с рецептурными препаратами.

Еще один важный документ, касающийся продаж лекарственных средств на территории США, это Акт о контроле и предотвращении нецелевого использования лекарств 1970 года, иначе известный как Акт контроля над активным веществом, или CSA (Controlled Substances Act). Этим актом было заявлено об образовании Администрации по контролю над препаратами DEA (Drug Enforcement Administration), которая занимается криминальным сектором и фокусирует свое внимание на нелегальном рынке лекарств. Это скорее силовая структура, чем регулирующий орган.

CSA и DEA вводят понятие «контролируемые субстанции», оборот которых регулируется на федеральном и региональном уровнях. Контролируемые субстанции требуют специальных ограничений по причине возможности их неверного использования, злоупотребления или перевода на незаконный рынок для употребления в медицинских целях.

Контролируемые субстанции разделяются на «списки» в соответствии с возможностью злоупотреблений и с тем, какой дополнительный контроль необходим для предотвращения этого явления. Препараты списков II и V могут продаваться в США.

Производители, дистрибуторы, упаковщики, аптеки и другие участники каналов распределения должны проходить отдельную регистрацию в DEA и отвечать отдельным требованиям по производству, хранению, продаже, заказу и документообороту во избежание административной, гражданской и уголовной ответственности. Требования DEA очень детализированы, некоторые из них легко не заметить. Каждое нарушение CSA, намеренное или случайное, может стоить до \$25 тыс.*

Компании должны иметь в виду, что в каждом штате оборот контролируемых веществ также регулируется. Большинство штатов приняло модель DEA, т.е. придерживается федеральных требований. Однако почти в каждом штате есть некоторые отличия, большая часть которых носит еще более ограничительный характер, чем федеральные требования, и которые легко нарушить. Компания должна выполнять более жесткие требования.

Помимо FDA и DEA, оказывающих значительное влияние на маркетинг лекарственных средств, фармацевтические компании должны учитывать некоторые другие федеральные требования. Комиссия по безопасности потребительских товаров CPSC (Consumer Products Safety Commission) контролирует перевозки препаратов и то, содержат ли они опасные вещества. Юрисдикция федерального Агентства по защите окружающей среды EPA (Environmental Protection Agency) касается уничтожения препаратов и брака, в то время как федеральный Департамент транспорта DOT (Department of Transportation) издает множества правил и руководств по хранению и отгрузке лекарственных средств.

Являясь частью федерального стандарта по обращению опасных веществ, поставщики лекарств должны обеспечивать заполнение справки о так называемой материальной безопасности и предоставлять Центру по контролю за отравляющими веществами информацию о каждом препарате, который они поставляют.

Местные законы и правила

Существует множество правил и требований, устанавливаемых на местном уровне и затрагивающих продажи лекарственных средств. Исторически так сложилось, что в основном они соответствуют федеральным требованиям, однако поставщики лекарств должны учитывать некоторые исключения или дополнительные требования, действующие на определенных территориях.

Обычно на местном уровне законодательство носит более ограничительный характер по отношению к распространению лекарств.

* Если производитель обслужил, например, 100 заказов для 100 различных покупателей без оформления необходимых бумаг, DEA может наложить на него штраф до \$25 тыс. за каждую из 100 отгрузок.

Местные аптечные коллегии

Хотя производство и продажа рецептурных и безрецептурных препаратов в основном регулируются на федеральном уровне, необходимо учитывать, что не только федеральное законодательство влияет на свободу поставщиков лекарств. Именно местные органы власти имеют высшую юрисдикцию по отношению к аптечным работникам и аптечной практике, а то, что влияет на аптеку, оказывает воздействие и на остальных участников канала, хотя бы и непрямым путем.

Регулирующая функция на местном уровне возложена на местные аптечные коллегии, чья основная задача — защита здоровья и благополучия местных жителей.

Аптечные работники должны иметь необходимый уровень образования и придерживаться в своей практике определенных стандартов, а также правил и законов. Они должны быть соответствующим образом зарегистрированы, периодически посещать курсы повышения профессионального уровня и вести себя так, чтобы способствовать достижению общественного блага. Кроме того, они не могут заниматься деятельностью, подразумевающей незаконное использование лекарств и их компонентов, а также иметь отношения с людьми, занимающимися такой деятельностью. Особенно это касается контролируемых веществ.

Местные аптечные коллегии обычно определяют условия и требования, которым должны соответствовать аптечные работники для того, чтобы иметь допуск к выдаче препаратов населению или другим зарегистрированным специалистам здравоохранения. Правила и установления таких коллегий определяют: каким образом должны храниться и охраняться препараты в аптеке; что должно быть отражено в рецепте; какая информация должна быть отражена на этикетке рецептурного препарата; какую информацию и советы аптечные работники могут и должны выдавать пациентам; какие записи требуются и как долго они должны храниться. Эти правила затрагивают также функциональные характеристики аптеки, требования к оборудованию и эталоны ведения хозяйства, обеспечения физической безопасности, а также использования технического персонала.

Особенность фармацевтического бизнеса — наличие длительного совместного существования двойных каналов распределения, когда верхний уровень (производство и оптовая торговля) контролируются на федеральном уровне, в то время как деятельность на потребительском уровне (аптеки) регулируется постановлениями отдельных штатов. Знание ограничений и возможностей, связанных с функцией распределения как частью комплекса маркетинга, означает понимание принципов работы всего канала в целом, а также характеристик, практики и требований, присущих каждому сегменту рынка.

Опыт ЦВ «Протек»

Политика работы с лечебно-профилактическими учреждениями

ЦВ «Протек» работает с тремя основными типами лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ): федеральными центрами, городскими больницами, ведомственными ЛПУ. Политика компании на госпитальном рынке схожа с действиями на коммерческом рынке — ЦВ «Протек» стремится удовлетворить весь комплекс потребностей ЛПУ в медикаментах.

Департамент маркетинга анализирует потребность клиента в препаратах и формирует прайс-лист. Основное конкурентное преимущество ЦВ «Протек» в сегменте ЛПУ — широта ассортимента. Компания может удовлетворить потребность ЛПУ в ассортименте на 95%. ЦВ «Протек» предлагает ассортимент АС и ИМН в 8,5 тысяч позиций. Для ЛПУ разного профиля запрашиваются 3—4 тысячи позиций, при этом каждое учреждение использует в 90% случаев не более 500 позиций.

Для российских ЛПУ важную роль играют логистические возможности дистрибьютора, которые также составляют конкурентное преимущество ЦВ «Протек». Скоропомощные препараты могут быть доставлены в стационар за 2—3 часа. В регионах больничные аптеки могут пользоваться общими для клиентов компании компьютерными программами «eZakaz» для поддержки связи с центральным складом ЦВ «Протек». Около 50% ЛПУ заказывают товар 1 раз в месяц, до 30% — 1 раз в неделю, 20% — ежедневно (обычно это самые крупные клиенты компании).

Для ЛПУ важна ценовая политика дистрибьютора. ЦВ «Протек» участвует в квартальных и годовых тендерах и их более простых аналогах — котировочных торгах. Если тендер выигран, то компания обязана держать постоянной цену по каждой позиции в течение года. Эта политика требует мониторинга и прогнозирования продаж службой маркетинга с учетом сезонности, профзаболеваний в регионе, социальной среды и других параметров.

На госпитальном рынке Москвы у ЦВ «Протек» 210 активных клиентов, в регионах 320—350 стационаров. В основном это средние и крупные учреждения. Постепенно увеличивается количество ЛПУ, финансирующих часть своей деятельности на коммерческой основе (через систему добровольного медицинского страхования). В 2004 г. порядка 20% заявок от ЛПУ пришлось именно на такие заказы. Данная тенденция наиболее ярко прослеживается в Москве и других крупных городах.

Особенность госпитального сегмента в России – его инерционность, микшированное влияние рыночных законов. Доля этого сегмента на рынке увеличивается медленно, поскольку финансирование привязано к бюджету государства. Особое значение для лечебно-профилактических учреждений имеют долгосрочный договор с дистрибьютором и возможность отсрочки платежа (до 3 месяцев для постоянных клиентов ЦВ «Протек»).

Тенденция последнего времени – создание внутри сегментов узких специализированных направлений препаратов по нозологическим группам. Такие направления курируются отдельными менеджерами – консультантами, работающими с узкопрофильными ЛПУ.

ЦВ «Протек» старается использовать свои резервы для поддержки научной работы ЛПУ, участия врачей в международных конгрессах, выступает спонсором профессиональных мероприятий в клиниках.

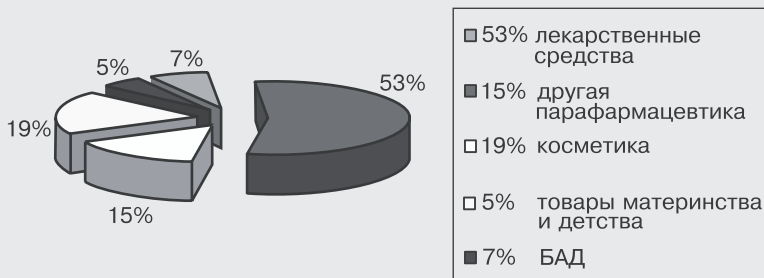
Опыт ЦВ «Протек»

Ассортиментная политика ЦВ «Протек»

Формирование ассортиментной стратегии ЦВ «Протек» на год происходит исходя из целей и задач, поставленных акционерами на этот период. В ней принимают участие все подразделения компании, данные аккумулируются в департаменте маркетинга. Выбираются стратегические сегменты рынка, рассчитываются их емкости, оценивается доля компании на фармрынке, которую планируется занять, и планируемая прибыль.

Затем происходит планирование по ассортиментным блокам и группам. Весь ассортимент делится на ЛС и не ЛС. Выделяется группа БАДов, имеющая свои законы развития на рынке, изделия медицинского назначения, товары материнства и детства, косметическая продукция и группа «прочих товаров». По некоторым группам прописывается более подробная политика: это готовые ЛС, БАДы, ИМН, косметика и товары материнства и детства.

Доля различных категорий товара в ассортименте ЦВ «Протек», 2004 г.



Ассортиментный план формируется следующим образом: специалисты анализируют, с каким ассортиментом ЦВ «Протек» присутствует в сегменте, каковы соотношения товарных групп, история продаж и динамика за последние 3 года. Наиболее доступный информационный ресурс – собственные продажи. На основании этих данных и внешних баз данных по розничному аудиту и госпитальным продажам можно прогнозировать данные на период. Ассортимент разделяется: для аптечных учреждений, аптечных сетей и ЛПУ. Обычно у маркетинговых агентств есть данные по готовым ЛС и динамика их продаж. В последние годы собирается информация по БАДам.

По нелекарственным группам обычно данных по розничному аудиту нет. Выводы делаются на основе собственных продаж, оцениваются

предложения, которые есть на рынке как у фармдистрибьюторов, так и оптовиков других отраслей. Проанализировав тенденции рынка, ЦВ «Протек» начал увеличивать ассортимент парафармацевтики и целенаправленно его развивать. Изучаются данные по промоционным акциям производителей, анализируется информация аптек — клиентов ЦВ «Протек». На основании этих данных определяются основные тенденции рынка и шаги, которые необходимо предпринять ЦВ «Протек».

В соответствии с потребностями сегментов строятся таблицы развития по каждой ассортиментной группе. Если структура продаж сохраняется, то в таких же соотношениях остается распределение ассортиментных групп, с небольшим нарастанием парафармацевтики. По целевым сегментам ЦВ «Протек» предполагает расти большими темпами, чем растет рынок. Суммируя цифры по каждой группе, компания получает общие задачи и цифры по ассортименту, а также объемы реализации.

Глава 12.

Практика распределения на фармацевтическом рынке США

Составные части практики распределения на американском фармацевтическом рынке продолжают развиваться в сторону еще более сложного разнообразия для удовлетворения запросов 281 млн. американских потребителей и обеспечения деятельности миллиона профессионалов здравоохранения. Для того чтобы понять, как принципы распределения применяются на практике, нужно в первую очередь разобраться с их элементами.

Основные элементы или компоненты американского фармацевтического рынка представлены поставщиками, дистрибуторами, складами и аптеками. Вторичный канал распределения включает обратных дистрибуторов, клиники, лаборатории и распределение образцов продукции.

Поставщики лекарств — производители, маркировщики, упаковщики

Производители

Производители лекарств — доминирующий тип поставщиков и наиболее крупный источник готовых лекарственных средств* на фармацевтическом рынке США. Они получают от FDA лицензию

* Готовые лекарственные средства — фармацевтические препараты, готовые для потребления конечными потребителями или назначения специалистами здравоохранения. Три предшествующие фармацевтические формы (промежуточная форма выпуска, очищенная активная субстанция и сырье) являются важными элементами фармацевтического промышленного рынка, но выходят за рамки данного обсуждения.

на производство и маркетинг, т.е. на продвижение и распространение зарегистрированных новых препаратов по соответствующим каналам распределения. Они получают новые препараты путем собственных разработок, закупки или лицензирования. Для этого производители тратят огромные средства и усилия на исследовательскую деятельность. Именно в результате таких исследований появляется большинство выводимых на рынок новых препаратов, т.е. препаратов, регистрируемых FDA.

Права* на маркетинг новых препаратов могут быть приобретены также посредством покупки и лицензирования. Производители лекарств могут приобрести право на препараты у других производителей (как отечественных, так и иностранных), у независимых исследовательских лабораторий, колледжей и университетов, а также у отдельных исследователей. Кроме того, иногда (гораздо реже) они могут оплачивать лицензионные сборы за право распространять и продвигать препараты, которые принадлежат другой организации (компании). Лицензионные сборы обычно подразумевают разрешение продавать препарат в течение ограниченного периода времени или на ограниченных участках рынка. Однако право собственности не переходит вместе с лицензией.

Производители лекарств несут ответственность за выполнение определенных федеральных и местных законодательных требований, касающихся производства, хранения, экспорта, импорта, транспортировки, продвижения и продажи зарегистрированных лекарственных средств. Несоответствие этим требованиям может стать причиной утраты разрешения на производство и распространение, конфискации некачественных препаратов, штрафов и даже уголовной ответственности.

Производители торговых марок

Производители торговых марок, известные также как производители оригинальных препаратов или компании-разработчики, фокусируются на разработке и коммерциализации уникальных химических соединений, которые могут быть защищены патентами и торговыми марками. Получив разрешение FDA на маркетинг препарата в США, производитель оригинального препарата, имеющий на него патент, приобретает эксклюзивные права на его производство и реализацию на 17 лет с момента оформления патента**. В течение этого периода

* В этом контексте термин «права» относится к торговой марке и защите прав пациентов, оговоренной в различных законодательных актах, и ограничению периода эксклюзивности для производителя.

** Надо отметить, что получение патента (и/или торговой марки) предшествует получению разрешения от FDA и не зависит от него. Часто значительная часть времени действия патента проходит до того, как производитель получает разрешение. Это вынуждает производителя прилагать дополнительные усилия для того, чтобы успеть возместить свои затраты за более короткий период времени, до истечения срока патента, пока другие компании не могут подать заявку на регистрацию.

компании прилагают усилия для возмещения затрат на исследования и разработку оригинального препарата (а также огромного количества других химических соединений, которые находились в разработке, но не смогли быть зарегистрированы) и получить возврат на инвестиции акционеров. Таким образом, стоимость получения оригинальных препаратов значительно превышает затраты на производство.

Производители дженериков

Другой тип представлен **производителями дженериков**, т.е. препаратов, не имеющих торговой марки или индивидуального наименования. С точки зрения маркетинга, любая компания, подавшая заявку на регистрацию в FDA, может продавать препарат под таким названием в США*. Дженериковые препараты обычно имеют более низкие цены, чем оригинальные препараты.

Марочные дженерики

Некоторые производители поставляют гибридную форму препаратов, известную как **марочные дженерики**. Это фармацевтические препараты, не имеющие патентной защиты, но продаваемые под торговой маркой. Производитель таких препаратов позиционирует их сходным с оригинальными препаратами образом и устанавливает на них цену, равную средней стоимости между оригинальными препаратами и дженериками.

Хотя поставщики часто известны как производители оригинальных препаратов или дженериков, большинство производителей оригинальных препаратов продает также дженерики, и все больше производителей дженериков разрабатывает марочные продукты.

Совместный маркетинг

В наше время многие компании занимаются совместным маркетингом препаратов. Иногда одно торговое наименование используется двумя разными производителями, в других случаях одному и тому же препарату присваиваются различные наименования. Это можно сравнить с тем, как компания General Motors (и многие другие) по-разному продвигает одно и то же транспортное средство с помощью разных торговых марок, изменяя упаковку (корпус автомобиля) и торговую марку (его наименование). При этом преследуется все та же цель — расширение выбора для потребителя.

* Заявка на регистрацию необходима для начала процесса регистрации в FDA. Производители дженериков подают более краткую заявку, известную как сокращенная заявка, или ANDA.

Маркировщики

Другой тип поставщиков (и второй по размеру источник поступления готовых лекарственных средств) — маркировщики. Как и производители, маркировщики лекарственных средств получают лицензию от FDA и часто являются теми же производителями, по крайней мере, внешне. Маркировщик отличается от производителя тем, что он не производит лекарства, которые продает. Готовые лекарственные формы маркировщик покупает у других производителей, а затем маркирует их так, как если бы они были произведены им. За исключением того, что маркировщик покупает препараты из других источников, в остальном он должен выполнять все те же требования, что и настоящий производитель (кроме требований GMP).

Упаковщики

Третий вид поставщика (и самый незначительный источник поступления готовых лекарственных средств) — упаковщики*. Упаковщики бывают двух основных типов: 1) упаковщики, которые продвигают и продают препараты как свои собственные; 2) упаковщики, сохраняющие идентичность препарата и указывающие на упаковке реального производителя и название.

Первый тип упаковщика также имеет лицензию FDA на упаковку, позволяющую упаковывать препараты в другие по объему упаковки, а затем продвигать и продавать продукт как собственный. Например, упаковщик может получить право закупить анальгетик в упаковке по 5000 таблеток, а затем упаковать эти таблетки во флаконы по 50 штук и указать на упаковке себя как производителя. Хотя упакованный продукт может продвигаться и продаваться под новым именем, существующее федеральное законодательство требует указания на маркировке и имени реального производителя.

Второй тип упаковщика не делает ничего кроме буквальной переупаковки из одного размера в другой. Его цель — получение экономии на закупке крупных упаковок. Маркировка на новой упаковке аналогична оригинальной**. Такие упаковщики могут входить в состав более крупного образования (например, отдел упаковки большой госпитальной сети) или быть независимыми операторами (например, упаковщик, выполняющий заказы определенных потребителей), или на контрактной основе выполнять упаковочные работы для отдельных клиентов.

* Аптечные работники, являющиеся участниками системы оказания фармацевтических услуг, упаковывают препараты в индивидуальные контейнеры, меньшие по размеру, чем заводская упаковка. Упаковщики не предоставляют индивидуальных услуг, они заинтересованы только в изменении размера упаковки.

** Часть номера NDC, касающаяся упаковки, будет отличаться, остальные части идентификационного номера останутся прежними.

Кроме того, поставщики могут быть охарактеризованы на основании поставляемых ими типов продуктов, хотя сегодня на рынке границы между этими типами бывают сильно размыты.

Дистрибуторы

Дистрибуторы, или оптовые компании, раньше называвшиеся посредниками и комиссионерами, часто являются незаметными, но жизненно важными участниками канала распределения в фармации. Как независимые специализированные компании, они располагаются в канале между поставщиками и аптеками. Их задача — поставка своим клиентам необходимого количества препаратов в нужное время с предоставлением необходимых услуг.

Широта ассортимента

Абсолютное большинство дистрибуторов являются оптовиками широкого профиля. Это означает, что они имеют на складе и поставляют практически все лекарственные препараты, средства для поддержания здоровья и косметические товары, которые могут потребоваться аптеке или клинике.

Специализированные дистрибуторы не имеют в своем ассортименте всего разнообразия товаров.

Набор услуг

Большинство дистрибуторов предлагают множество клиентских услуг и называются дистрибуторами с полным набором услуг. Такие услуги придают товарам дополнительную ценность, поскольку заметно выходят за рамки непосредственного распределения.

Иногда дистрибуторы предоставляют ограниченный спектр услуг. Однако сегодня таких дистрибуторов немного (за исключением вторичных поставщиков или специалистов по разрешению разногласий, описанных ниже).

Специализация

Один из нескольких растущих сегментов рынке дистрибуции представлен специализированными дистрибуторами. В отличие от оптовиков широкого профиля с полным набором услуг, специализированные дистрибуторы концентрируют свои усилия на определенном сегменте рынка. Некоторые занимаются продажами определенного класса препаратов, например онкологических, инъекционных или биотехнологических препаратов, или даже одного

лекарства, например Метадона. Другие специализированные дистрибуторы обслуживают определенный тип потребителей, например клиники, тюрьмы или отдельные хирургические центры.

Вторичные поставщики

В течение последней четверти века на фармацевтическом рынке наблюдался постоянный рост цен. Поставщики обычно повышали цены чаще, чем один раз в год, и, как правило, без объяснения причин.

Повышение цены дает кратковременные преимущества с точки зрения прибыли для всех участников канала, которые могут закупить больше товара до того, как цена будет изменена, и повысить на него цены немедленно после повышения цен поставщиком. Проблема, естественно, заключается в том, что закупка большего количества препаратов и их хранение влечет за собой дополнительные затраты. Затраты на хранение достаточно велики и могут поглотить всю дополнительную прибыль, полученную от закупки товара до повышения цен.

Неудивительно поэтому, что появились специализированные компании для обслуживания такого рода потребностей — вторичные поставщики. Это такой вид специализированных компаний, которые закупают большие партии товара по сниженным ценам или по ценам перед повышением. Затем они продают эти товары другим участникам канала, таким как дистрибуторы, склады и аптеки, в тех объемах, в каких они нуждаются в определенное время.

Специалисты по снятию разногласий

С начала 1990-х оптовики стали испытывать нарастающие трудности со сбытом аптекам препаратов с остаточным сроком годности меньше 6 месяцев. Примерно в это же время некоторые заявки на лекарства, поступающие от больниц (а в скором времени и большинство), стали выставлять в качестве требования поставку всех лекарств по контракту с остаточным сроком годности не менее года. Это происходило в то время, когда Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) ввела требование, чтобы все препараты, поставляемые в качестве гуманитарной помощи в нуждающиеся страны, имели остаточный срок годности не менее 12 месяцев. И вскоре дистрибуторы оказались лицом к лицу со значительными запасами товара на складе, который был годен к употреблению (в соответствии с требованиями FDA и поставщика), но его абсолютно невозможно было продать или вернуть.

Это проявлялось и на аптечном уровне, когда правительственными органами в лекарственных программах были изменены руководства и правила, касающиеся срока годности препаратов. До того считалось приемлемым продавать препарат, годный на момент продажи. Затем

требования изменились в сторону того, чтобы аптеки продавали препарат со сроком годности, достаточным для завершения пациентом курса или использования всей упаковки. Это, казалось бы, незначительное изменение, а также тот факт, что многие местные регулирующие органы стали требовать указания срока годности на этикетке рецептурных препаратов, значительно усугубили проблему неликвидных остатков в аптеках.

Когда на рынке возникает и становится значительной какая-то проблема, появляются компании, которые начинают заниматься ее решением, и проблема лекарств с истекающим сроком годности не стала исключением. Благодаря Интернету и электронной коммерции e-Bay появился новый тип специализированной компании, занимающейся проблемами лекарств с истекающим сроком годности. Специалисты по разногласиям занимаются тем, что предоставляют товары, имеющие истекающий срок годности, тем компаниям, которые смогут их реализовать за срок, меньший 6 или 12 месяцев, оставшихся до истечения срока годности.

Сетевые склады

Сетевые склады имеют много общих черт с дистрибуторами, за исключением того, что они обслуживают только собственные сетевые аптеки, универмаги, мерчендайзеров и клубы покупателей. Их ассортимент обычно не такой широкий (в особенности это касается рецептурных препаратов), и они предоставляют меньше услуг, а поставки осуществляют реже, чем дистрибуторы.

Сетевые склады в основном делают закупки у поставщиков и дистрибуторов, а затем перепродают товар собственным аптекам.

Аптеки.

Взаимодействие пациента и аптеки

Аптеки являются местом, где провизоры и фармацевты обслуживают население, а также основным источником лекарств. Они отличаются по размеру, характеристикам и среде, но существуют для одних и тех же целей. Обладая значительными запасами лекарственных средств, аптеки обеспечивают население широким ассортиментом лекарств, выписываемых врачами. Долгие часы работы и расположение на расстоянии пешеходной доступности добавляют удобства для потребителя.

Аптечные работники, обладая специальными знаниями и правом на суждения, имеют возможность и право хранить, составлять и продавать рецептурные препараты. Эта деятельность происходит

в аптеках, т.е. в местах, число которых по закону ограничено необходимостью получения лицензии на хранение, упаковку и продажу лекарств, особенно рецептурных препаратов*.

Попытка описать современные аптеки сходна с попыткой описать «среднего американского потребителя». Однако в целом аптеки можно разделить на пять основных групп:

1. Розничная.
2. Торговая по почте.
3. Институциональная.
4. Специализированная.
5. Правительственная.

Иногда аптеку трудно однозначно отнести к одной из этих категорий, одна аптека может действовать по разным направлениям, однако преимущественное назначение аптеки позволяет отнести ее к какой-либо категории.

Розничные аптеки

Это наиболее часто встречающийся тип аптек. Они еще называются общественными, поскольку они находятся в публичных местах и доступны потребителям. Существует несколько подтипов таких аптек.

1. **Независимые.** Хотя таким термином часто называют три или меньше аптек, управляемых одним владельцем, все же этот термин в основном должен относиться к единственной аптеке, находящейся в собственности одного владельца или небольшой группы партнеров. Независимые аптеки, входящие в группу из двух-трех аптек, имеют различные, взаимосвязанные или одинаковые наименования.
2. **Сетевые.** Четыре или более (чаще сотни и иногда тысячи) аптек, управляемых одним владельцем (часто крупным корпоративным владельцем). Сетевые аптеки имеют общий имидж, хотя в некоторых случаях элементы сети (внутри одной компании) имеют собственные названия или вывески (обычно по историческим причинам).
 - ✦ **Отдельно стоящие.** Это тип сетевых аптек.
 - ✦ **Кооперированные с универсамом.** Сетевые аптеки, управляемые универсамом (обычно представляют собой отдел внутри большого универсама).
 - ✦ **Клуб покупателей.** Это сетевая аптека, управляемая клубом покупателей (обычно является отделом, входящим в состав более крупного магазина клуба покупателей).

* Несмотря на усилия и желание преобразовать деятельность аптек, активнее использовать в ней информационные технологии, аптечные работники будут продолжать активно участвовать в процессе распределения лекарственных средств.

3. **Смешанный тип.** К этому типу можно отнести очень незначительное число розничных аптек. Такая аптека физически находится и действует на территории более крупного магазина, но имеет своего отдельного владельца, являясь, по существу, магазином в магазине.
4. **Арендованный отдел.** Это розничная аптека, расположенная на территории более крупного магазина, например, в продуктовом магазине или в офисном здании, но управляемая отдельно и имеющая собственного владельца. Часто она бывает представлена независимой аптекой, находящейся на территории крупного предприятия.
5. **Аптека повседневного спроса.** Этот тип аптеки обычно арендует площадь и находится на территории крупного магазина товаров повседневного спроса, например, 7-Eleven, Circle K, White Pantry.
6. **Станции обслуживания.** Этот тип аптеки обычно арендует площадь на территории станции обслуживания, обычно крупной.

Институциональные аптеки

Институциональные аптеки (относящиеся к лечебным учреждениям) — второй по численности и обороту тип аптек. В большинстве случаев эти аптеки обслуживают клиентов в стационарах (больницах), в местах жительства (домах ухода и домах престарелых), а также терминальных больных (хосписы), хотя бывают и исключения.

Доминируют здесь больничные аптеки. Расположенные на территории больниц, они имеют значительные различия по размеру и спектру оказываемых услуг. Большинство больничных аптек обслуживает только пациентов стационара, хотя все чаще они обслуживает и амбулаторных клиентов. Например, некоторые аптеки обслуживают тех, кто недавно выписался из больницы или чье здоровье требует продолжения наблюдения со стороны больничных врачей. Как правило, больничные аптеки являются частью больницы и управляются ею, хотя некоторыми управляют по контракту сторонние сервисные компании.

Второй по частоте тип институциональных аптек редко располагается на территории учреждений здравоохранения, но обслуживает людей, проживающих в домах ухода и пользующихся услугами различных типов вспомогательных структур. Этот тип обычно называется аптекой долговременного ухода и обслуживает определенное население, которое теоретически находится «на проживании» долгое время.

Аптеки долговременного ухода возникли из независимых различных аптек, которым в 1970-е годы поступило предложение оказывать услуги по доставке лекарств местным домам ухода. По мере роста аптек долговременного ухода и появления нового типа аптечного работника, получившего название аптечного консультанта, они вышли из «задних

комнат и хозяйственных помещений» различных аптек (как независимых, так и сетевых) и образовали независимый тип аптек, находящихся в отдельных местах и имеющих дело с особым типом клиентов.

Несколько меньшее число аптек оказывает услуги в основном хосписам (находящимся в них людям в терминальной стадии болезни). Большинство таких аптек управляется различными аптеками. И хотя большинство пациентов хосписа получают уход на дому (с периодическими госпитализациями), аптеки хосписов имеют статус и характеристики институциональных аптек.

Особая категория — **аптеки системы управляемой медицинской помощи** (Health Maintenance Organizations — НМО). Это частично общественные, частично институциональные, а частично — осуществляющие продажи по почте аптеки. Их услуги являются частью координированной медицинской и профилактической помощи, доступной определенному кругу подписчиков (тех, кто оплатил данную услугу) или бенефициариев (тех, кто получил такую услугу в результате трудоустройства). Такие аптеки недоступны всему населению, но число обслуживаемых ими рецептов растет в геометрической прогрессии. К концу предыдущего десятилетия аптеки управляемого здравоохранения обеспечивали услуги MedicAid по большинству государственных программ.

Аптеки, торгующие по почте

Такие аптеки выдают лекарственные средства по рецептам так же, как и обычные аптеки, только пересылают эти лекарства почтой по всей стране. У этих аптек совсем немного или вообще нет очных покупателей. Обычно у них большие обороты торговли при интенсивном использовании огромных объемов информации и различных технологий распределения материальных ценностей.

Специализированные аптеки

Специализированными аптеки называются по виду деятельности, которой они занимаются и по типу рецептурных препаратов, которые они продают. Небольшое число аптек известно как ядерные аптеки, поскольку они специализируются на продаже радиоактивных веществ, используемых, например, при химиотерапии. Другой тип специализированных аптек — инъекционные или аптеки домашних инфузий, которые специализируются на обслуживании рецептов на препараты, вводимые внутривенно и используемые для лечения пациентов на дому.

Небольшое, но растущее число аптек специализируется на выдаче по рецепту компонентов лекарственных средств (субстанций). Их работа с субстанциями имеет мало общего с тем, что происходит

с товаром в обычной розничной аптеке, хотя она может быть как обособленной, так и включенной в состав аптеки другого типа, например розничной аптеки.

Самый новый тип специализированной аптеки — Интернет-аптека. Такие аптеки имеют сайт в Интернете и взаимодействуют с потребителями в основном посредством электронной почты (в отличие от аптек других видов, имеющих веб-сайт в дополнение к прямым продажам препаратов, продажам по почте или к продажам ограниченному числу пациентов (аптека управляемого здравоохранения)*.

Правительственные аптеки

Федеральные, определенного штата или местные органы управления владеют аптеками и амбулаториями для определенных слоев населения. Крупнейшей из таких аптек управляет Департамент обороны США — DOD (Department of Defense), который обслуживает действующих военнослужащих и членов их семей. В аптеке DOD работают как военные, так и гражданские фармацевты.

Администрация ветеранов — VA (Veterans Administration) управляет сетью больниц и клиник, распределяющих и выдающих лекарственные средства ветеранам. Эта организация имеет и активно действующую аптеку торговли по почте.

Служба общественного здоровья США — PHS (Public Health Service), включая Бюро по делам индейцев, распределяет и выдает лекарства определенным категориям населения. Лекарства распределяются и выдаются заключенным в федеральных, штатных и местных тюрьмах, центрах лечения наркотической зависимости и клиниках общественного здоровья.

Специалисты по возврату — обратные дистрибуторы, специалисты по рекламациям и утилизаторы

На фармацевтическом рынке это относительно новый тип специализированных компаний, занимающихся препаратами, возвращенными потребителями их непосредственным поставщикам. Например, аптека возвращает торговую упаковку антибиотика с истекшим сроком годности на свой склад, дистрибутору, на сетевой склад или производителю в погашение кредита.

* Несколько Интернет-аптек, возникших в конце 1990-х, все еще действуют. Есть в такой модели бизнеса изъяны и подходящее ли для нее сейчас время, пока трудно определить.

Помимо возвратов из-за очевидных ошибок при оформлении заказа или отгрузке, которые постоянно возникают на практике, примерно 1,5–2% от оборота фармацевтических препаратов возвращается поставщику, находящемуся выше в цепи распределения. Причин возврата препаратов несколько, чаще всего встречаются следующие:

1. Истекший срок годности.
2. Отзыв со стороны производителя/упаковщика.
3. Изъятие с рынка, производимое производителем/упаковщиком.
4. Упаковка товара смята, нечитабельна или испачкана.

Реже встречающиеся причины возврата:

1. Изменения в продукте, упаковке или номере NDC, произведенные производителем/упаковщиком.
2. Прекращение деятельности производителя/упаковщика.
3. Изменение в контракте на поставку.
4. Истечение срока патента и появление дженериков, что приводит к сокращению спроса.
5. Истекающий срок годности (менее 6 или 12 месяцев).
6. Избыток товара в результате спекулятивной закупки или закрытия склада.
7. Низкий спрос, например, в случае низкого уровня сезонных простудных заболеваний.

Возврат неликвидных товаров нарастает по всей длине канала распределения. Однако процесс возврата товаров — чрезмерно дорогостоящее мероприятие для всех вовлеченных сторон. Это создало предпосылки для появления первого типа специалистов по возврату — **обратных дистрибуторов**. Сейчас в США порядка 30 обратных дистрибуторов занимаются возвратами от аптек, дистрибуторов и сетевых складов и добиваются кредитов у поставщиков.

Другой тип специалистов по возврату — **специалисты по рекламациям**. Они пытаются получить обратно товары, которые можно продать (либо другим потребителям, либо вторичным филиалам по сниженным ценам). Это относится только к безрецептурным препаратам.

Изменения в официальной политике, ужесточение законодательства по защите окружающей среды и усиление личной ответственности за последнее десятилетие принудило представителей отрасли прекратить сливы в канализацию, в реки и озера, вывоз на свалки и закапывание в землю отходов фармацевтического производства. Сегодня эти отходы все чаще перерабатываются **утилизаторами**. Эти специализированные компании следуют детальным инструкциям об утилизации фармацевтических отходов таким образом, чтобы не создавать угрозы для окружающей среды.

Клиники, хирургические центры, центры диализа, лаборатории и центры планирования семьи

Все чаще клиники, самостоятельные хирургические центры, центры диализа, лаборатории и центры планирования семьи потребляют лекарственные средства, особенно вакцины, хирургические препараты и инструменты, диагностические реагенты, средства контроля над рождаемостью. Большая часть этих продуктов используется или распределяется профессионалами здравоохранения, за исключением средств контроля над рождаемостью, которые обычно раздаются без участия фармацевта или медицинского работника.

Образцы лекарственных средств

Заметное число марочных лекарственных средств, особенно новых и дорогих, поступает к потребителю в виде образцов, и эта практика бурно растет. Предоставление образцов регулируется FDA с помощью Акта о маркетинге рецептурных препаратов 1987 года. Речь идет о возможности для производителя лекарственных средств предоставлять бесплатные образцы врачам (включая стоматологов, а в некоторых случаях — их ассистентов и медицинских сестер). Аптеки и аптечные работники не имеют права принимать и распределять образцы лекарственных средств.

Институциональный (больничный) маркетинг

Вопреки экономической и функциональной логике, производители традиционно подавали препараты непосредственно больницам (аптекам). Однако в середине 1970-х дистрибуторы стали искать возможность увеличить с помощью новых источников бизнеса свою долю рынка, при этом учитывалась практика закупки препаратов больничными аптеками.

В это время больничные аптеки закупали большую часть лекарственных средств непосредственно у производителей для того, чтобы получать максимальные скидки. Эти скидки были обоснованы в соглашениях и контрактах. Единственное, что оставалось дистрибуторам, — это делать небольшие и непостоянные «замещающие» поставки, когда прямые поставки запаздывали (производитель не мог поставить в срок необходимый препарат или имел небольшой ассортимент).

Из-за ведения прямых контрактов больничные аптеки были вынуждены тратить много времени на мониторинг запасов, заполнение и отправку заказов сотне и более разных поставщиков. Вследствие ограничений поставщиков по минимальному объему заказа и из-за длительности обработки заказов (обычно от четырех до восьми дней), больницы были вынуждены вкладывать тысячи долларов в «буферные» запасы препаратов на складе.

Для обслуживания больничных аптек производители лекарств были вынуждены вести более 10 тыс. отдельных счетов и осуществлять десятки тысяч мелких заказов. Они были вынуждены выписывать, отправлять по почте и отслеживать еще больше счетов, отчетов и напоминаний об оплате. Больничные аптеки стремились сократить объемы заказов и увеличить их частоту. Используя систему прямых поставок, они чаще предъявляли претензии и возвращали товар, при этом оплачивали товар медленнее, чем другие потребители.

Оптовые дистрибуторы оценили ситуацию, которая практически никого не устраивала, и предложили способ улучшить положение как больничных аптек, так и производителей. При этом они организовали новое дело и увеличили свою долю рынка. Возникшая система получила название **институциональный маркетинг**. Его суть в том, что отношения между больничной аптекой и производителем остаются незатронутыми, в то время как фармацевтические дистрибуторы вводятся в систему для участия в распределении лекарств.

Больничные аптеки, или, более корректно, **больничные группы принятия решения о закупке***, по-прежнему заполняют запросы на котировки для фармацевтических производителей, а также готовят и отправляют письменные предложения цены, в которых указано:

- ✦ какие препараты они хотят приобрести;
- ✦ на сколько хотят снизить цену;
- ✦ на какой период времени;
- ✦ перечень участников группы принятия решения.

Если предложение принято, «контракт» передается «ведущему» дистрибутору, который затем осуществляет поставку по оговоренной цене с добавлением платы за услуги.

Таким образом, основа деловых взаимоотношений между больничной аптекой и производителем остались неизменными. Больницы сохранили возможность приобретать препараты по ценам со скидками, а производители — возможность продавать препараты непосредственно больницам или их группам, и все получили преимущества.

- ✦ Дистрибуторы смогли заняться крупным бизнесом (они оказались для этого наиболее приспособленными).

* Группа принятия решения о закупке — форма коммерческого сотрудничества между конкурирующими, но сходными по своим характеристикам покупателями (компаниями, организациями, а также правительственными агентствами), которая помогает повышать закупочную силу для получения больших скидок у поставщиков продукции.

- ✦ Больницы приобрели возможность быстрее получать услуги (в течение ночи или нескольких часов) более высокого качества (больше число запросов стало выполняться), а также сократили свои запасы.
- ✦ Производители избавились от тысяч запаздывающих с оплатой дорогостоящих в обслуживании мелких счетов, передав их в пользу 200 дистрибуторов и их значительно более крупных заказов (сокращение затрат на обработку), оплачиваемых вовремя.

Ключом к созданию институциональной маркетинговой системы стал термин **обратный платеж**. Для того чтобы избежать необходимости вести два разных вида счетов — для аптек и для производителей, — дистрибуторы совместно с производителями лекарств разработали для больниц систему обратных платежей. В двух словах, эта система является разновидностью скидок. Дистрибуторы продолжали покупать препараты так же и по той же цене, как всегда. Однако когда они продавали нужные препараты больницам, цена на товар устанавливалась уже в соответствии с договоренностью между производителем и больницей (обычно эта цена намного ниже той, что действует на остальном рынке). В результате образуется разница между тем, что реально заплатил дистрибутор и тем, что заплатила больница. Эта разница оплачивается «обратно» производителем дистрибутору для покрытия недостачи.

Определение обратного платежа

Представим, что дистрибутор (Fast-Serv) закупил препарат Эффектамицин по \$150 за упаковку из 100 таблеток у компании Effecta-Labs. В свою очередь производитель имеет контракт на продажу Эффектамицина закупочной группе местной больницы по цене \$80. Представим, что больничная аптека делает заказ на закупку флакона Эффектамицина. Fast-Serv сверяется со своими записями и выясняет, что больничная аптека является членом местной группы больничных закупок, для которой установлена цена \$80 за упаковку. Продажа производится по цене \$80 с добавлением оплаты услуг дистрибутора (размер которой определяется во время переговоров между больничной аптекой и дистрибутором). При этом дистрибутор испытывает недостачу \$70, возникшую в результате вычитания \$80 из \$150. Эту сумму компания Fast-Serv получает в виде обратного платежа от производителя.

Дистрибуция

Примерно 50 дистрибуторов управляют 230 центрами дистрибуции по всей территории США. Они осуществляют отгрузки пять (или

более) дней в неделю, имеют в своем ассортименте более 250 тыс. различных типов лекарственных средств, безрецептурных препаратов, а также средств для красоты и здоровья, и обслуживают больше 100 тыс. различных потребителей.

Раньше некоторые представители отрасли считали, что единственное, чем занимаются дистрибуторы, это придают каналу еще большую неэффективность и повышают затраты. Это мнение больше не высказывается, поскольку оно вводит в заблуждение и вообще неверно!

Примеры некоторых фармацевтических дистрибуторов США

AmeriSource Corporation	J.J. Balan, Inc.
Barnes Wholesale Drug, Inc.	King Drug Company
Bellco Health	Kinray, Inc.
Bergen Brunswig Drug Company	McKesson HBOC
Bindley Western Drug Company	Miami-Luken, Inc.
Burlington Drug Company	Morris & Dickson Company, Ltd.
Capital Wholesale Drug Company	M. Sobol, Inc.
Cardinal Health, Inc.	N.C. Mutual Wholesale Drug Co.
C.D. Smith Healthcare, Inc.	Penner & Welsch, Inc.
D&K Healthcare Resources, Inc.	Prescription Supply, Inc.
Dik Drug	Quality King Distributors
Diversified Healthcare, Inc.	Rebel Distributors Corporation
Dixon-Shane Drug Company	Remo Drug Corporation
The F. Dohmen Company	Rochester Drug Cooperative
FMC Distributors, Inc.	Smith Drug Company
General Drug Company	Valley Drug Company
Goodwin Drug Company	Valley Wholesale Drug Company
Harvard Drug Group	Value Drug Company
H.D. Smith Wholesale Drug Company	Walsh Distribution
Jewett Drug Company	

Примечание.

В случае слияний названия компаний могут меняться.

На самом деле, верно как раз обратное утверждение. Без дистрибуторов американская фармацевтическая промышленность не смогла бы стать настолько эффективной, насколько мы это видим сегодня. Без фармацевтических дистрибуторов как неотъемлемых участников канала распределения каждый из 1000 производителей был бы вынужден вести дела как минимум 100 000 клиентов, включая сетевые аптеки, оптовые компании, правительственные агентства, клиники, лаборатории и обратных дистрибуторов. Большая часть этих дел (как минимум, 75%) будет вестись нерегулярно, закупки буду очень малых объемов, а счета — оплачиваться с большой задержкой.

Из-за больших расстояний, случайностей, связанных с доставкой, и ограничений объема заказа, аптеки и другие клиенты были бы вынуждены заказывать, хранить и финансировать гораздо большие запасы, чем нужно. Ограничения на объем заказов у производителя — сами по себе препятствие для закупки непосредственно у производителей для большинства клиентов. Поддержание отношений со 100 тыс. потребителей, чем постоянно занимаются дистрибуторы, дело дорогостоящее и требующее огромных затрат времени, это может быть доступно только крупнейшим производителям. Затраты средств и времени на отзыв и изъятие товаров, обеспечение доступа к информации о препаратах и к их рекламе, а также на выведение новых препаратов на рынок были бы значительно выше при отсутствии в каналах сбыта дистрибуторов.

Жизнь без дистрибуторов была бы совсем иной для аптек, аптечных работников и всех, имеющих отношение к системе здравоохранения, включая 281 млн. потребителей. Аптеки были бы вынуждены постоянно контактировать с тысячами поставщиков. Каждая аптека, клиника или лаборатория, неважно, что она мала и страдает от недостатка персонала, должна была бы сверять использование препаратов с продуктовой линией производителя и делать заказы каждому из них.

Фармацевтические дистрибуторы выполняют услуги по доставке товаров более быстро и качественно, чем это возможно при прямых поставках (закупках непосредственно у производителя), они сокращают затраты на оформление заявок, отгрузку и распределение товаров для своих поставщиков (производителей) и клиентов. Дистрибуторы на самом деле обеспечивают жизненно-важную связь внутри канала распределения, поскольку они также осуществляют следующее:

- ✎ финансируют складские запасы производителя;
- ✎ обеспечивают необходимые запасы товаров в непосредственной близости от мест распределения;
- ✎ сокращают время от заполнения заявки до отгрузки;
- ✎ обеспечивают доставку в течение 24 часов;
- ✎ предоставляют торговые кредиты;
- ✎ обладают эффективными средствами для вывода новых товаров на рынок;
- ✎ действуют как запасной источник жизненно-важных препаратов в случае стихийных бедствий и чрезвычайных ситуаций;
- ✎ обеспечивают эффективную деятельность по возврату лекарств;
- ✎ поддерживают отзывы препаратов и изъятия с рынка, производимые производителями;
- ✎ действуют как источник для приобретения товаров, отсутствующих на складе;

- ✦ обеспечивают доступность информации о препарате и его продвижении;
- ✦ обеспечивают различные виды услуг по поддержке клиентов.

Примерами дополнительных услуг могут послужить частные программы и специализированные услуги по обработке товаров, включая вакцины, замороженные продукты и препараты для лечения редких заболеваний, а также программы поставки дженериковых препаратов, установки аптечных компьютерных систем, выполнение заказов третьих сторон, установление зональных цен, системы рекламы на месте продаж, наклейки на продукты и полки и отчеты о физическом перемещении товаров.

Эти усилия сделали дистрибуторов признанными лидерами с точки зрения эффективности распределения. Дистрибуторы постоянно сокращали свои операционные расходы и цены и пришли к тому, что их клиенты могут покупать у них препараты практически по той же или даже более низкой цене, чем напрямую у производителей. Наилучшая цена и впечатляющий набор дополнительных услуг привели к сокращению затрат на дистрибуцию препаратов, а значит и национальных затрат на здравоохранение на десятки миллионов долларов, при том что дистрибуторы продолжают играть важнейшую роль в распределении лекарственных средств.

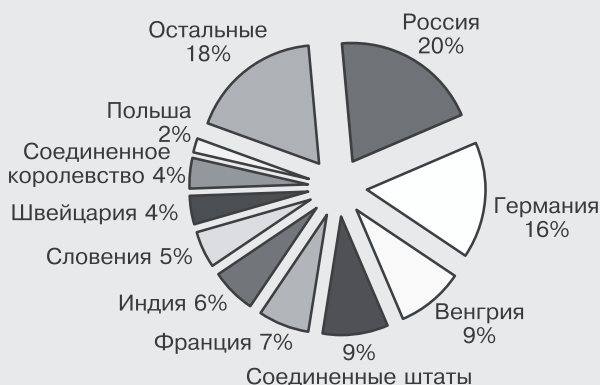
Опыт ЦВ «Протек»

Комментарий по теме «Связь с производителями»

ЦВ «Протек» работает с 200 поставщиками импортных препаратов и 400–500 отечественными производителями. 80% оборота компании составляет импортная продукция. Для многих импортеров ЦВ «Протек» стал дистрибьютором, через склады которого они вошли на российский фармацевтический рынок. Теперь их связывают с ЦВ «Протек» долгосрочные отношения, в основном это фармацевтические компании из Венгрии, Югославии и Польши.

Условия работы с импортерами отличаются от условий, предоставляемых ЦВ «Протек» отечественным производителям. Что проявляется в первую очередь в стабильности и прозрачности коммерческих услуг компании. У каждого поставщика есть свои условия поставок: оформление лицензий, проведение товара через таможню. Отличается и объем необходимых товарных запасов, логистические цепочки, цикл оборачиваемости товара.

Доля разных стран в общем объеме поставок



Политика ЦВ «Протек» – работа с поставщиками напрямую, без посредников, кроме случаев официальных эксклюзивных договоров производителей с иными компаниями. Работа напрямую необходима для контроля качества продукции, создания барьера использованию «серых схем» посредниками в сфере импорта.

На постоянной основе происходит обмен информацией с поставщиком по планам продвижения его препаратов на следующий период. ЦВ «Протек» предлагает свои наработки, совместный план мероприятий в разных сегментах рынка для увеличения продаж продуктов. План готовится по каждому препарату исходя из бюджета по продвижению

продукта и доли, занимаемой им в поставках ЦВ «Протек». Кроме совместного долгосрочного планирования ЦВ «Протек» осуществляет оперативные маркетинговые исследования для предоставления производителю данных по продажам его продуктов, результатам проведенных совместных акций, координации менеджеров производителя и дистрибьютора в регионах.

ЦВ «Протек» ежемесячно выдает производителю корректировку по продажам каждого продукта на 4 месяца вперед. Это обеспечивает ЦВ «Протек» необходимость хранить только необходимые объемы товарных запасов, ускоряет оборачиваемость товара, а для производителя оптимизирует складские запасы, дает возможность качественно планировать производство. Чем выше доля поставок через ЦВ «Протек» у производителя, тем эффективнее работает данная модель. При условии, что поставки происходят точно в срок, товарные запасы составляют не более 1,5 месяцев. При этом товар производителя присутствует во всех регионах в необходимых соотношениях, все потребности удовлетворяются на оптимальном уровне.

Много лет нашими стратегическими партнерами являются компании Gedeon Richter, Sanofi-Aventis, Berlin-Chemie, Nycomed, Lek, Egis, Hemofarm, из отечественных производителей «Нижфарм». У ЦВ «Протек» есть эксклюзивные договоры с производителями на поставку определенных продуктов, например Sanofi-Aventis, Gedeon Richter. Компания, которая работает по продвижению своих продуктов только с ЦВ «Протек» — Medesteia (Италия, бренд «Целласене»). В первый год вывода нелекарственного продукта на рынок объем продаж составил более 1 млн. долларов США, без использования телевизионной рекламы. План на 2004 год составил около 2 млн. долларов США.

ЦВ «Протек» оказывает услуги по регистрации препаратов, проведению клинических исследований, выводу нового препарата на рынок, обеспечения системы продвижения, совместного с производителем обучения работников первого стола аптек (более 15 программ в месяц), информационную поддержку через собственный каталог новых товаров на российском рынке, который является приложением газеты «Вести от «Протека». Как правило, при выводе производителем на рынок нового товара до 70% продаж приходится на долю ЦВ «Протек».

Раздел V. Продвижение

Глава 13.

Принципы продвижения

Введение

Использование «четырех Р» в качестве основы для структуры данной книги удобно для распределения функций маркетинга, но не лишено проблем. Продвижение — одно из «Р», с которым связаны некоторые проблемы. В продвижении многие, если не все, простые люди видят единственную функцию маркетинга — усилия по продаже ненужных человеку вещей по неприемлемой для него цене. И это действительно проблема, в особенности потому, что **продвижение, по крайней мере в контексте данной книги, это в первую очередь коммуникация**. Поэтому под «Р» в данном случае может пониматься профессиональная коммуникация, продуктовая коммуникация или потребительская коммуникация.

В любом случае продвижение препаратов — это то, что объединяет весь комплекс фармацевтического маркетинга. Продвижение является тем средством, с помощью которого продукт, его цена и методы распределения должны быть объяснены последовательно и убедительно. Поэтому продвижение определяет, «как компания проинформирует рынки о продукте, способах распространения и цене».

Продвижение, в особенности реклама, имеет более эффектный имидж, чем остальные элементы комплекса маркетинга. Очевидно, что оно больше находится на виду и часто более креативно. Остальные элементы комплекса маркетинга не имеют почти никакого значения, если информация об их преимуществах не донесена до тех, кому она нужна. С другой стороны, продвижение не может быть эффективным длительное время, если остальные элементы комплекса маркетинга работают неудовлетворительно.

С помощью продвижения можно продать хороший продукт или услугу, но оно не может заменить качество продукта или поддерживать некачественные товары и услуги длительное время. (Некоторые из

лучших телевизионных рекламных роликов рекламируют франчайзинговые товары и услуги. Много ли отличий вы можете найти между тем, что показывает единый для всего мира рекламный ролик McDonald's, и тем, что видите рядом с собой? А ведь между Мэдисон Авеню и вашим городом может быть очень большое расстояние.)

В этой главе мы рассмотрим некоторые вопросы, касающиеся принципов продвижения. Первый вопрос: что сказать о своих товарах и услугах? Как наилучшим образом объяснить потребителям и врачам то, что компания считает важным до них донести? Следующий вопрос: кто должен получить это послание? С ним связано содержание разных средств массовой информации, с помощью которых может быть реализована эта коммуникация. В следующей главе мы обсудим некоторые технические аспекты продвижения.

Очень трудно дать количественную оценку информации, в которой нуждаются люди, использующие ее или имеющие к ней доступ. Если свести все типы информации к формату машинописной страницы, то различные категории потребителей информации используют ее в следующих объемах:

1. Фармацевтические производители — 4000 стр. (см. главу 5)
2. Регулирующий орган здравоохранения — 200 стр.
3. Научно-исследовательская организация — 500 стр.
4. Врачи — 20 стр.
5. Пациенты — 2 стр.¹

Из-за некоторых ограничений, о которых говорилось в предыдущей главе, можно было ожидать, что продвижение лекарственных средств будет ограничено серьезными и бесцветными промышленными посланиями. Напротив, жесткое регулирование, похоже, стимулировало развитие творчества в написании, иллюстрировании информационных посланий потребителю и размещении их в средствах массовой информации. В случае рецептурных препаратов основной целевой группой остаются врачи, поэтому в данном разделе мы будем говорить преимущественно о них.

Рекламное послание называется модулем. В рекламных агентствах этот термин трактуется более широко и включает слова, рисунки, символы, расположение и другие характеристики рекламного модуля. Копирайтеры выполняют творческую работу, качество которой в огромной степени зависит от их способностей. Однако творчество само по себе не обязательно становится источником хорошей рекламы. В книге *«Medicine avenue the story of medical advertising in America»*, которую мы будем постоянно здесь цитировать, Фрэнк Хьюс (Frank Hughes) писал:

«Искусство написания медицинских рекламных материалов требует знания продукта и обширных научных познаний, равно как способности вдохнуть жизнь в сведения о продукте, сделать их неотразимыми и замечательными, используя

свежие неизбежные и запоминающиеся слова. Искусство написания медицинской рекламы дается особенно трудно, поскольку оно связано с медициной. В отличие от рекламы потребительских товаров, когда можно поместить рекламу авторучки в журнале, в котором рекламируются также парфюмерия, автомобили, продукты питания и одежда, в случае медицинской рекламы мы создаем рекламу гипотензивного препарата для размещения в издании по кардиологии, где большая часть рекламы будет посвящена гипотензивным средствам»².

Маркетолог должен вложить в рекламу собственное видение проблемы, однако ему нужно учесть цели рекламы, категорию продукта, целевую аудиторию, результаты деятельности конкурентов, а также этические и законодательные ограничения. Только после этого начинается уже творчество. Короче говоря, хотя написание рекламы может быть результатом творческого вдохновения рекламного гения, оно должно базироваться на систематическом, логичном, пошаговом представлении идей, особенно в случае лекарственных средств.

Врачи склонны быть более рациональными в принятии решений, чем обычные потребители. Они выписывают препараты, соответствующие нуждам их пациентов, и эти нужды обычно имеют практический характер. Однако не следует забывать, что врачи тоже люди, со своими потребностями и проблемами, которые иногда влияют на процесс принятия решений относительно пациентов. Даже выбор рецептурного препарата может быть основан не на рациональном, а на эмоциональном подходе. Рекламодателям известны факторы, влияющие на принятие решения, и они усиленно воздействуют на эти факторы. В **табл. 13.1** приведен список типов обращений, направленно влияющих на решение о выписке рецепта на препарат.

Цели рекламы могут быть следующими:

1. Обеспечить знание о продукте — **вспоминание**.
2. Донести до потребителя новую информацию — **коммуникация**.
3. Повысить заинтересованность в использовании продукта — **убеждение**.
4. Создать положительное мнение о продукте — **убеждение**.

Эффективность рекламы любого продукта зависит от цепи действий и реакций: внимание → интерес → получение послания → мотивация → действие. Из этого следует, что сообщения могут быть действенными (или недейственными в случае неудачи), и это определяется на первых двух-трех ступенях, которые, однако, являются частью общего процесса. Ключ к результату — последний шаг. Если действия нет, реклама была неудачной.

Функция рекламы, и об этом знают все маркетологи, хотя некоторые этот факт игнорируют, — эффективное донесение до потребителя информации, которая по плану должна напрямую или косвенно

стимулировать закупку товаров или услуг. В случае рекламы фармацевтических препаратов эта функция состоит из трех частей:

1. занять бóльшую долю рынка;
2. расширить спектр показаний;
3. расширить сам рынок;

Любой рекламодатель стремится в рекламном сообщении соотнести свои специфические характеристики и преимущества продукта со специфическими нуждами потребителей. Разнообразие рекламных обращений — всего лишь отражение многообразия потребностей целевых групп, избранных рекламодателем. Это верно для любых видов рекламы. Однако реклама рецептурных препаратов представляет собой особый случай. Вот некоторые отличительные особенности этого рынка:

1. Получатель рекламного сообщения не всегда является потребителем продукта.
2. Корпоративная реклама (созданная скорее для поддержания имиджа компании, чем для продвижения конкретного продукта) в данном случае имеет большее значение, чем на других рынках.
3. Из-за специфических характеристик продукта реклама и научная коммуникация стремятся к смешению. С одной стороны, реклама может способствовать распространению результатов исследований. С другой — благоприятные научные отчеты, напечатанные уважаемыми изданиями, могут стимулировать повышение интенсивности продаж. Утверждение о том, что реклама лекарственных средств имеет образовательную сторону, поскольку содержащаяся в ней информация может оказать ценную поддержку врачу при выборе средств лечения, имеет под собой некоторые основания. При этом с уверенностью можно утверждать, что врачи и фармацевты читают рекламные сообщения.
4. Наличие информации о врачах и аптечных работниках, а также подробных данных о фармацевтическом рынке может быть хорошей основой для того, чтобы привести рекламное сообщение в соответствие с потребностями целевой аудитории.
5. По теории, врач — лицо, принимающее решение на основании рациональных мотивов. В чем-то он сходен с тем, кто принимает решение о покупке товаров на промышленном рынке, поэтому эмоциональные аспекты, присущие рекламе потребительских товаров, в данной целевой аудитории могут быть (теоретически) лишними. Однако примеры эмоциональных обращений нередки в рекламе рецептурных препаратов. Наша рабочая гипотеза заключается в том, что рациональное обращение в рекламе более важно при стимулировании первичного спроса, а эмоциональное — для стимулирования избирательного спроса.
6. Похоже, что реальный круг получателей рекламы определяется в основном ее физическими характеристиками. Естественно, это

относится ко всем типам рекламы, содержащей графическое изображение.

7. Аудитория получателей рекламного сообщения о рецептурном препарате может во многом зависеть от тиража и репутации печатного издания (книга, журнал), в котором размещена реклама. Благоприятное отношение к рекламе может сложиться лишь благодаря доверию к самому изданию. Во многих издательствах есть персонал, занимающийся отсевом рекламы сомнительных продуктов.
8. Читатели могут быть (хотя и не всегда) расположены к рекламодателю, если тот — крупная фармацевтическая компания. Реклама продукта и корпоративная реклама (или их сочетание) очень важны для фармацевтического производителя, стремящегося продвинуть свою торговую марку. Хотя при определенных условиях откровенная реклама неизвестного производителя может быть эффективной, некоторые читатели относятся к ней с недоверием.
9. Лекарственные средства, скорее всего, будут приняты целевой аудиторией в ответ на комбинированное использование множества различных способов продвижения (реклама в печатных изданиях, визиты к врачам, прямая рассылка, а также общение с другими врачами/провизорами). Относительная важность рекламного послания, которая определяется его способностью стимулировать *продолжительное* использование препарата, может разительно отличаться от его способности *представлять* этот препарат.
10. Реклама лекарственных средств уникальна с точки зрения представления как положительных, так и отрицательных характеристик продукта. Хотя государственное регулирование играет в этом смысле важную роль, можно найти мало примеров на других рынках (если вообще таковые имеются) того, чтобы производитель указывал в своей рекламе на недостатки продуктов.

Обращения к аудитории, используемые в рекламе определенного продукта, настолько разнообразны и бесчисленны, насколько многообразны мотивы тех, на кого эти обращения направлены. Возможности вербализировать или символизировать обращение бесконечны, однако **цели обращения при продвижении лекарственного средства** сводятся к следующим:

- ✚ сформировать знание о существовании продукта или марки;
- ✚ создать имидж марки;
- ✚ предоставить информацию о преимуществах и выдающихся чертах марки (например, снижение тяжести побочных эффектов или более удобная форма выпуска);
- ✚ привести контраргументы утверждениям конкурентов;
- ✚ познакомить с образом торговой марки и упаковки, сделать их легко узнаваемыми;

- ✚ сформировать корпоративный имидж и благоприятное отношение к компании;
- ✚ подготовить основу для запуска новых марок или продуктов;
- ✚ проинформировать врача об уникальном предложении по продаже в момент стимулирования продаж.

В соответствии с этой классификацией можно выделить несколько вполне отличных друг от друга типов обращений (**табл. 13.1**). В основном они различаются между собой характером обращения — рациональным или эмоциональным. Другими словами, содержат ли эти обращения описание целей и средств или воздействуют на чувства и эмоции. Пользуясь этой классификацией, надо учитывать, что разделение поведения на рациональное/иррациональное не до конца принято в теории маркетинга, а также то, что поведение может быть *рациональным*, но *глупым*.

Таблица 13.1.
Типология обращений в рекламе лекарственных средств

Рациональные обращения	Эмоциональные обращения
Обращения, связанные с продуктом	Сопереживание
Экономия	Юмор
Степень новизны	Секс
Дифференциация/позиционирование	Любопытство
Упаковка	Страх
Форма выпуска/вкус	Необычные иллюстрации
Обращения, связанные с врачом	Восхваление
Принятие специалистами	Гнев/защита
Принятие профессиональными ассоциациями	Патриотизм
Помощь в лечебной практике	
Обращения, связанные с клинической практикой	
Надежность	
Безопасность	
Клинические примеры	
Эффективность	
Напоминающая реклама	
Обращения, связанные с пациентами	
Переносимость	
Качество жизни	
Принятие/предпочтения пациентов	
Обращения, связанные с производителем	
Опыт	
Сервис	
Компетенция	

Рациональные обращения

Обращения, связанные с продуктом

- ✚ **Экономия.** В последние годы доля рекламы лекарственных средств, содержащая обращения такого типа, сильно возросла.
- ✚ **Новизна.** Новизна традиционно присуща фармацевтической отрасли. Новые продукты являются источником жизни промышленности. Следовательно, слово «новый» появляется настолько часто в рекламе лекарственных средств, что отчасти утратило свое воздействие. Несмотря на это, эффект сообщения о том, что появился новый подход в лечении, может быть мощным.
- ✚ **Дифференциация.** Проявление разумной маркетинговой политики, направленной на определение отличий продукта от аналогичных продуктов конкурентов (указание на оригинальный вкус, форму выпуска, уникальность упаковки).
- ✚ **Способ действия или использования.** Один из наиболее рациональных видов обращения. Врачу сообщается, чем хорош препарат и как он действует. В случае, если у врача есть пациент, которому требуется препарат с таким действием, интерес возрастает.

Обращения, связанные с врачом

- ✚ **Принятие специалистами.** Продукт приобретает более высокую репутацию, если используется многими врачами, особенно специалистами.
- ✚ **Помощь в лечебной практике.** В рекламе этого типа дается прямое указание на то, что лекарство — инструмент в руках врача. Таким образом, продукт становится ценным без преуменьшения важности врача.

Обращения, связанные с клинической практикой

- ✚ **Надежность продукта.** Рекламное сообщение создано для привлечения внимания и повышения интереса к утверждениям как впечатляющим, так и правдивым. Сообщение содержит реальные свидетельства успешного использования препарата, чтобы вызывать к нему доверие.
- ✚ **Безопасность.** Сообщение отражает известную медицинскую сентенцию *Primum non nocere* (не навреди). В наше время

безопасность — важнейший аргумент на фоне повышенного интереса к побочному действию лекарств.

- ✚ **Клинические примеры.** В некоторых случаях в рекламном сообщении содержится описание и художественное изображение действия препарата *in vitro*. Задача рекламодателя в таком случае — скорее, создание более доказательного и впечатляющего сообщения с помощью конкретного клинического примера, чем чистое и сухое перечисление фактов.
- ✚ **Напоминающая реклама.** Визуальное обращение производителя к опыту врачей. Рекламные сообщения «непрочны» в основном по двум причинам:
 1. врач может забыть о нечасто использующихся лекарствах;
 2. препараты постоянно меняются. Поэтому напоминающая реклама имеет большое значение.
- ✚ **Реакция пациента.** Основная цель этого типа обращения — показ реальной эффективности препарата. Наиболее часто в такой рекламе используется иллюстрация типа «до и после».

Обращения, связанные с производителем

В этом типе обращения прилагаются усилия к тому, чтобы сформировать у врача благоприятное мнение о производителе. Поскольку доверие к производителю — один из мотивов выписки препарата, такие усилия оправданы.

Нерациональные обращения

- ✚ **Сопереживание** — соучастие в чувствах или мыслях другого человека. В данном контексте оно означает подход, при котором в рекламе лекарственного средства чувства пациентов проецируются на чувства врачей.
- ✚ **Юмор.** Юмористический подход к созданию рекламного сообщения — общий для рекламы, направленной и на врачей, и на пациентов. Однако тот факт, что рекламное сообщение вызывает смех, не означает, что смысл сообщения дошел до потребителя. Способность создать сообщение, в котором юмор естественным образом дополнял бы эффективность рекламного послания, — редкий талант.
- ✚ **Секс.** Когда не получается сделать что-то другое, есть соблазн использовать сексуальный подход к рекламе товаров, не имеющих к нему логического отношения (при этом сообщение или иллюстрация могут использоваться неадекватно).

- ✦ **Любопытство.** Похоже, это качество присуще врачам в большей степени, чем всему остальному населению. Следовательно, оно часто используется для привлечения внимания к рекламе лекарственных средств.
- ✦ **Иллюстрации.** Все необычное, шокирующее может быть с успехом использовано для привлечения внимания к рекламе. Если иллюстрация тщательно отобрана и приведена в соответствие с остальным сообщением, она может стоить тысячи слов.
- ✦ **Восхваление.** Этот основной подход к составлению сообщения. Используется тот факт, что наиболее интересным для любого человека является он сам. В рекламе такого типа врач является первичным объектом, продукт — вторичным.

Анализ рекламных страниц медицинских журналов показывает активное использование и рациональных, и эмоциональных типов обращений. Поэтому можно сделать вывод, что врачи способны следовать нерациональным мотивам при выписке лекарств. Как объяснить это в области, где решения, казалось бы, должны приниматься только на основании рациональных мотивов?

Среди врачей постоянно идет дискуссия о том, что врач должен оправдывать каждое свое назначение, основываясь на собственной системе ценностей. В этом процессе оправдания определенную роль играют нерациональные мотивы. Степень рациональности, в конечном счете, зависит от способности врача сопоставить цели и средства. Поможет нам разобраться с этим явлением **теория когнитивного диссонанса**.

Когнитивный диссонанс — многогранный исследовательский инструмент, используемый для того, чтобы объяснить многие типы мотивационного поведения. Уже с момента появления в 1957 году теории Леона Фестингера (L. Festinger) о когнитивном диссонансе она поразила исследователей своими потрясающими возможностями, но была подвергнута широкой критике за чрезмерное, некорректное для анализа, упрощение группы факторов.

Теория когнитивного диссонанса Л. Фестингера

Каждому процессу принятия решения присуща некоторая доля неопределенности. Была выдвинута гипотеза о том, что это приводит к психологическому дискомфорту, который был назван Фестингером диссонансом. Лицо, принимающее решение, стремясь уменьшить диссонанс, ищет позитивные или благоприятные элементы (т.е. информацию), подтверждающие правильность его выбора. Эти элементы могут иметь форму рекламы, иррационального или предвзятого



→ *мнения или же благоприятного мнения, высказанного авторитетным лицом.*

Врачи постоянно получают различную информацию о лекарствах от своих коллег, медицинских представителей, из прямой рассылки, рекламы в печатных изданиях и множества других источников. В соответствии с теорией когнитивного диссонанса, врачи предпочли бы, чтобы все эти частицы информации соответствовали друг другу. Если же эти знания не соответствуют друг другу, то, в соответствии с теорией, врачи будут стремиться уменьшать несоответствие (диссонанс), что они и делают, приняв решения о выписке препарата.

Например, врач, выбравший транквилизатор марки А в ущерб другой марке В, может испытывать диссонанс из-за того, что знает о преимуществах В и недостатках А. Одним из средств уменьшить диссонанс станет в данном случае чтение рекламы марки А (той, что была выписана), что поддержит решение о выписке этого препарата.

Некоторые из теорий, появившихся в связи с исследованиями потребительского поведения, имеют значение для применения во врачебно-маркетинговом плане. Говоря это, мы понимаем, что на поведение врача влияет множество взаимодействующих факторов, а теория диссонанса, описывающая ситуацию после принятия решения, представляет собой лишь часть более сложной проблемы.

Как показано в **табл. 13.2**, одна ситуация с выпиской препарата может стать причиной диссонанса, в то время как другая — нет. В этой таблице приведены некоторые ситуации принятия решения и диссонанса, случающиеся на потребительском рынке, в приложении к ситуации с рецептурными препаратами. Как показано в таблице, некоторые факторы могут действовать одновременно — один может стать причиной диссонанса, два других могут его снижать. Верно и то, что диссонанс, возникающий в разных условиях, может быть снижен несколькими способами. Так, врач может изменить мнение о препарате, найдя поддерживающую препарат информацию, или игнорировать (осознанно или бессознательно) информацию, конфликтующую с его представлениями о препарате.

Для определения того, насколько когнитивный диссонанс влияет на выписку рецептурных препаратов, нужны экспериментальные исследования. Результаты таких исследований помогли бы указать на новые, более эффективные средства продвижения рецептурных препаратов. Как маркетинговое образование в фармацевтике, так и постдипломное медицинское образование очень много выиграли бы от знания о психологических факторах, влияющих на выбор препаратов и на информацию о них.

Таблица 13.2.
Диссонанс и выписка рецептов

Ситуации при выписке рецептов	Варианты решений, вызывающие диссонанс		Причины диссонанса
	Сильный	Слабый	
Врач должен выбрать между четырьмя транквилизаторами	Эффективность трех доказана	Один явно лучше всех	Привлекательность альтернативы (не выбранной)
Врач выбирает между двумя аналогичными препаратами	Выбранный препарат обладает нужным действием, но вызывает привыкание	Выбранный препарат обладает нужным действием и не вызывает привыкания	Негативные характеристики выбранного варианта
Врач хочет выписать диуретик	Существует восемь торговых марок, из которых нужно выбрать	Существует только два препарата, из которых нужно выбрать	Количество альтернатив
Врач выписывает лекарство от кашля	Оба препарата содержат кодеин, остальные ингредиенты слабо отличаются	Оба препарата содержат кодеин, остальные ингредиенты отличаются	Когнитивное наложение
Врач выписывает препарат от ожирения	У пациента три фунта лишнего веса	У пациента тридцать фунтов лишнего веса	Положительный стимул
Врач выписывает средство от стенокардии	Врач выписывает препарат, содержащий новое вещество — мало информации	Врач выписывает нитроглицерин	Доступность информации
Врач настаивает на очень дорогом марочном препарате для стационарного больного	Препарат не входит в формуляр, но сходные препараты в него входят	Препарат входит в больничный формуляр	Ожидаемый диссонанс

Целевая аудитория для продвижения препаратов

Выбор целевой аудитории для продвижения рецептурного препарата кажется сравнительно простым. Рекламные послания должны достичь

того, кто нуждается в информации о цене, способах распределения и характеристиках продукта, и того, кто принимает решение о закупке препарата или влияет на это решение.

Решению о том, кому продвигать продукт, должны предшествовать решения следующих дополнительных стратегических вопросов:

- ✦ Какое обращение к аудитории является наилучшим?
- ✦ Какая часть вашего бюджета может быть потрачена на достижение цели продвижения?
- ✦ Какие методы продвижения выбрать?

Ясно, что естественная целевая группа для продвижения рецептурных препаратов — это врачи. Помимо них в принятие основных решений вовлечены также аптечные работники, медицинские сестры, администраторы и, в особенности, потребители. Кроме того, фармацевтические компании сталкиваются с новым типом лидеров мнения, чьи мотивы, роль, образование, происхождение и название заметно отличаются от врачей и аптечных работников — имеются в виду лица, принимающие решения, в более традиционном понимании. Во многих случаях это организации управляемого здравоохранения, больничные консорциумы, контролирующие доступ к большим сегментам рынка путем принятия решения о внесении лекарства в формуляр или о его закупке, формулярные комитеты и т.д.

Особый случай: реклама рецептурных препаратов, направленная на потребителя

В 1980-х годах в США произошли революционные изменения в способах продвижения рецептурных препаратов. Практически впервые реклама, нацеленная на конечных потребителей, на определенных условиях сообщала о том, для лечения каких заболеваний используются рецептурные препараты (**табл. 13.3**).

Стратегия, проблемы и стремления, приведшие к одному из наиболее ранних экспериментов в потребительской рекламе DTC (direct-to-consumer) рецептурных препаратов, многое объясняют. В 1986 году в ходе симпозиума, спонсорами которого стали Американская Ассоциация медицинских писателей и Совет по фармацевтической рекламе, были представлены взгляды некоторых первых практиков DTC, в том числе Элизабет Менч (Elizabeth Moench), которая описала стратегические взгляды на DTC-рекламу компании Boots³.

Таблица 13.3.
«Генеалогия» рекламы DTC

Год	Продукт/показание к применению	Компания
1981	Вакцина от пневмонии	Merck
1982	Вакцина от гепатита В	Merck
1983	Руфен против Мотрина	Boots
1983— 1985	Мораторий FDA на рекламу DTC с упоминанием торговой марки	
1984	Менструальные боли Прекращение курения	Syntex Merrell Dow
1985	Болезненные судороги конечностей Качество жизни	Hoechst Roussel Squibb
1986	Генитальный герпес Аллергия	Burroughs Wellcome Merrell Dow
1987	Диабет Артрит/ангина Тавист-1	Roerig Pfizer Pfizer Sandoz
1988	Язва желудка Высокий уровень холестерина в крови	Smith Kline French Merck

Источник:

McRoberts K. Direct to consumer: New route for ethical drug marketers. In: *Pharmaceutical Executive* 1988; November, 8 (11): pp. 48-52.

Руфен против Мотрина (по Э. Мэнч)

В 1969 году Boots, английская компания с оборотом \$3 млн., выдала компании Upjohn лицензию на маркетинг на рынке США препарата «ибупрофен». Upjohn продвигала ибупрофен на рынке под торговой маркой Motrin с 1974 года. На момент составления договора компания Boots четко заявила, что в обозримом будущем, как только она сформирует представительство в США, она выйдет на рынок с собственной версией ибупрофена. Приобретя компанию Rucker Pharmaceuticals в Шреверпорте, штат Луизиана, в 1977 году, Boots получила возможность для вывода на рынок в сентябре 1981 года препарата Руфен (Rufen).

При выведении Руфена на рынок Boots столкнулась со многими проблемами, уникальными как для Boots, так и для отрасли в целом. Boots должна была конкурировать со своим лицензионным продуктом Motrin, ставшим лидирующей маркой.

У Boots было только 110 торговых представителей, в то время как на рынке нестероидных противовоспалительных средств было задействовано в этот момент 5164 представителя. На рынке





США Boots была практически неизвестна, ей пришлось убеждать и врачей, и аптечных работников в том, что Руфен не дженерик, а Boots не только владелец патента, но и разработчик ибупрофена.

В связи с тем что срок патента истекал в 1985 году, у компании Boots было очень мало времени для укрепления Руфена на рынке. Единственным стимулирующим продажи рекламным слоганом компании был следующий: «Руфен — то же, что Мотрин, но стоит меньше». Ценовое преимущество должно было стать маркетинговым приемом при позиционировании Руфена. Это вызвало еще одно затруднение: как Boots может гарантировать врачам, что пациенты действительно получают Руфен по более низкой цене? Ответом послужило предоставление купона на возврат \$1,50 и пожертвование компанией 25 центов с каждого купона на исследования артрита. Таким образом, на первый план вышла цена, а не клинические или терапевтические преимущества. Это было первым тестом реакции потребителей на цену.

Программа возмещения \$1,50 стала катализатором DTC-программы по Руфену компании Boots. В процессе подготовки DTC-программы нужно было в первую очередь исследовать рынок потребителей, затем врачей и аптечных работников. Было проведено три волны исследований потребителей.

Вначале исследовались знания потребителей об артрите и рецептурных препаратах. Во время второй волны тестировались концепции цены и рекламы для оценки реакции и понимания. Третья волна была представлена самим рекламным роликом на телевидении. С помощью исследования рынка была определена целевая аудитория и разработана стратегия тестирования рекламных концепций.

Boots запускал рекламу на двух рынках (в Тампе с Майами в качестве контрольного города и в Оклахоме с Тульсой в качестве контрольного города). При выборе тестового рынка учитывались многие факторы, включая демографические характеристики населения, программы возмещения затрат и расценки на рекламу. Тест длился шесть месяцев, в течение которых исследования проводили как независимая аналитическая компания, так и Boots.

Прежде чем запустить потребительскую программу, было важно оценить реакцию врачей на телевизионную рекламу в районе Тампы и проинформировать их о программе. Если вас попросят высказать свое мнение о потребительской рекламе рецептурного препарата, что приходит на ум? Понравится ли вам концепция или вы будете категорически против? Когда





врачей попросили представить рецептурный препарат, продвигаемый потребителям, они были принципиально против, не имея иного опыта рекламы для потребителей, кроме существующей рекламы ОТС-препаратов. Поскольку в природе человека заложено ожидание худшего, то на вопрос: «Должны ли рецептурные препараты рекламироваться непосредственно населению?» – врачи почти всегда отвечали: «Нет!»

Надо отметить, что в этот момент компания почувствовала потребность в более глубоком исследовании рынка, в показе специальных роликов, созданных в лабораторных условиях совместно представителями отрасли и FDA для того, чтобы оценить достоинства потребительской рекламы, и для формирования политики в отношении рекламы. При сравнении рекламы Руфена и препаратов ОТС, содержавшей завуалированные обещания для ревматических пациентов, выборка врачей во Флориде отдали предпочтение рекламе Руфена. Информационные письма были разосланы всем участникам системы здравоохранения в районе Тампы.

После получения данных о принятии ролика врачами первая телевизионная реклама была запущена 19 мая. Президент Boots Джон Бриер появился в Today Show вместе с членом комиссии Хейсом, а в полдень 23 мая FDA провела в Вашингтоне первое заседание по обмену мнениями с потребителями, на котором обсуждалась реклама препаратов. Реклама была отозвана, однако позже в FDA было отправлено письмо, в котором были отвергнуты все претензии, поскольку Boots была убеждена (в основном в результате активной работы адвокатов), что ее реклама не нарушает никаких действующих правил.

Затем в FDA был представлен альтернативный ролик, который и был утвержден 24 мая. Реклама в газете запоздала на несколько недель, поскольку ее пришлось пересмотреть на предмет соответствия всем требованиям, высказанным в письме FDA.

Потребительская программа не ограничивалась телевизионным роликом и рекламой в газете. Информацию для пациентов, страдающих артритом, и врачей стал публиковать новый журнал «Go!», при этом \$1 с каждой подписки поступал в Фонд исследований артрита.

Компания паблисити была очень успешной, информационные письма для прессы, были разосланы во все основные СМИ. Запуск потребительской программы планировался на 19 мая, чтобы совпасть с выходом статьи в Wall Street Journal. Представители Boots должны были ответить на вопросы более 30 журналистов на пресс-конференции в Нью-Йорке, на той





же неделе Cable Health Network объявила о разрешении FDA на рекламу рецептурных препаратов.

После запуска первой потребительской рекламной программы по Руфену, выступая в Институте законов о пищевых продуктах и лекарственных средствах (FDLI), Э. Мэнч сказала:

«Впервые был представлен план маркетинга, в котором потребитель стал центральной фигурой, иными словами, мы учли нужды потребителей без нарушения отношений с врачами, и то, что мы сделали, — пролог того, что будет».

26 февраля 1986 года компания Zenith объявила о запуске потребительской программы для толзамида, действующей по тому же принципу, что и программа купона на \$1,5 по Руфену. Компания объявила, что готовятся более инновационные программы. Многие другие фирмы тоже приблизились к потребительскому подходу, но никто не демонстрировал «квантовый скачок».

Потребительская реклама может стать и станет успешной только в том случае, если будет четко определен профиль пациента, а программа будет четко направлена на конкретную аудиторию. Я также считаю, что препараты для долговременного лечения хронических заболеваний наилучшим образом подходят для продвижения непосредственно потребителям. Но, поскольку в Newsweek было недавно написано: «Берегитесь самопровозглашенных экспертов», то я признаюсь, что я тоже не эксперт по предсказанию будущего, я всего лишь философ!

Керк Шулер (Kirk Schueler), получивший на тот момент премию «маркетолог компании Merrel-Dow», описал этот подход иначе⁴.

ОТС-препараты продвигаются непосредственно потребителям совершенно закономерно, поскольку должны оправдать свой безрецептурный статус. Предполагается, что они:

- ◆ предназначены для лечения состояний, которые легко диагностировать самостоятельно;
- ◆ могут быть рационально использованы для самолечения;
- ◆ требуют незначительного или разумного объема дополнительной информации для правильного использования. Продукт сам по себе должен быть одним из тех, в использовании которых имеется:
 - достаточный опыт;
 - общее признание высокой эффективности и безопасности.

Рецептурные препараты отличаются от ОТС-препаратов по одному—двум, а иногда и по всем указанным критериям. Они могут предназначаться для лечения состояний, которые:





- ◆ трудно диагностировать;
- ◆ требуют профессиональный решений по лечению и мониторингу, требующих обладания более глубокой информацией для правильного использования.

Рецептурные препараты могут обладать:

- ◆ ограниченным опытом использования;
- ◆ не до конца определенным профилем относительно эффективности и безопасности.

Эти различия определяют различные способы распределения, требования к консультациям врача и различные способы продвижения. По нашему мнению, продвижение рецептурных препаратов аналогично безрецептурным совершенно неприемлемо.

Однако какие факторы тогда могут привести нас к потребительскому продвижению? По определению, мы исключаем рекламу конкретных торговых марок препаратов. Тот вид продвижения, которым пользуемся мы, подразумевает продвижение, ориентированное на конкретный вид заболевания. Есть несколько факторов в поддержку такого типа продвижения:

1. Потребители нуждаются в более глубокой информации о здоровье. Более информированный потребитель обычно и более здоровый. Фармацевтические производители могут помочь людям стать более информированными в отношении различных вопросов физического здоровья.
2. Сегодня потребители обычно более ориентированы на самолечение, чем когда-либо прежде. Хотя это дает им иногда некоторые преимущества, все же часто такой подход наносит ущерб здоровью. Потребительское продвижение может помочь человеку определять, при каких конкретных условиях и обстоятельствах врачебный контроль будет необходим и предпочтителен.
3. Медицинские познания и доступность различных способов лечения растут. Потребительское продвижение поможет потребителям быть в курсе информации и использовать ее на благо себя и своей семьи.
4. Препараты часто используются неверно. Приверженность пациента лечению может быть повышена с помощью продвижения непосредственно потребителям. Проблема правильного использования препаратов и распознавания их побочных эффектов может стать поводом для более активной коммуникации между пациентами и профессионалами здравоохранения.



➔ Эти усилия по продвижению препаратов непосредственно потребителям могут оказать благотворное воздействие на продажи отдельных препаратов, даже без ориентации на конкретные торговые марки в рамках продвижения. Что же неверно в продвижении торговой марки рецептурного препарата? Почему мы противостоям рекламе рецептурных препаратов потребителям? Существует несколько важных причин для этого:

1. Продвижение конкретных препаратов позволит пациентам требовать выписки им конкретного препарата. Как говорилось выше, если препарат имеет статус рецептурного, его принятие требует врачебного контроля. Этот контроль нужен на стадии постановки диагноза, правильного выбора лечения и правильных инструкций. Производители препаратов должны поддерживать и даже строить отношения между врачом и пациентом, и не разрушать и не обходить их.
2. Реклама конкретных препаратов, результатом которой станет выписка врачами препаратов на основании требований пациентов, повысит ответственность производителей лекарств, поскольку роль врача, как посредника, будет нарушена. Основная ответственность за донесение превентивной информации до потребителя теперь будет возлагаться на производителя, а не на врача. Естественно, нам бы не хотелось повышать нашу ответственность перед законом.
3. Адекватную превентивную информацию практически невозможно предоставить в рекламе рецептурного препарата, направленной на потребителя. Попытки дать такую информацию резко повысят стоимость такой рекламы из-за того, что она потребует значительных затрат эфирного времени и места для печати.
4. Активная реклама отдельных препаратов по различным терапевтическим группам вызовет растерянность у потребителей и общее повышение расходов на здравоохранение. Говоря о растерянности, возьмем рынок гипотензивных препаратов в качестве гипотетического примера. Представим себе производителя альфа-адрено-блокатора, продвигающего «преимущества альфа», другого производителя, продвигающего «бета отличие», третьего, делающего акцент на важности одного приема в день, и четвертого, заявляющего, что важнейшим фактором при гипертензии является задержка жидкости и что «наш продукт — самый мощный диуретик или мочегонное средство на рынке». Каким образом потребитель вос-





примет все эти послания? Теперь представим, что потребитель решил, будто «преимущества альфа» очень убедительны и пришел на прием к своему врачу с просьбой выписать ему «преимущества альфа». Это лекарство может не подходить пациенту. В такой ситуации врачи вынуждены либо отговаривать пациента от принятия «преимущества альфа», или предстать перед риском потерять пациента, так как он пойдет к другому врачу, который удовлетворит его требования. Если врач поддается давлению и под страхом потери пациента выпишет препарат, то мы перед нами встанет проблема ответственности производителя и нарушения отношений врача и пациента, о которых мы говорили. Не уверен, что это тот тип системы здравоохранения, к которому кто-нибудь из нас хотел бы прийти.

Суммируя вышесказанное, продвижение рецептурных препаратов, направленное на пациентов, может привести к приему пациентами несоответствующих препаратов, неудовлетворительному объему превентивной информации для пациентов, нарушению отношений врача и пациента, а также к повышению общих затрат на здравоохранение.

По-видимому, прямое продвижение рецептурных препаратов пациентам имеет смысл только при определенных условиях:

- ✎ потребителя можно обучить идентификации состояния, для лечения которого предназначен препарат;
- ✎ потребителя можно убедить пойти на прием к врачу для получения помощи;
- ✎ врачу будет доступен только этот продукт;
- ✎ врач его выпишет.

Конечно, маркетинговое уравнение для фармацевтической отрасли претерпело изменения. Компании должны находить и исследовать новые целевые группы и добавлять их к своему маркетинговому уравнению. Неважно, в какой маркетинговой ситуации действует компания, в любом случае она должна определить участников процесса принятия решения и их роли.

Где продвигать: стратегический выбор рекламного носителя

Стратегические решения в области рекламы включают распределение усилий между различными средствами продвижения, доступными для рецептурных лекарств:

- ✎ реклама (журналы, книги, прямая рассылка, другие);
- ✎ личные продажи (при личной встрече, по телефону, на собраниях и др.);

- ✦ предоставление образцов;
- ✦ сувенирная продукция (рекламные листовки, календари, ручки, ремайндеры и др.);
- ✦ новостные СМИ (телевидение, радио, компьютеры, Интернет).

Для принятия конкретных решений по комплексу маркетинга в определенной продуктово-рыночной комбинации должны учитываться разные факторы. Как показано в **табл. 13.4**, их можно распределить по следующим категориям: продуктовые, рыночные, потребительские, факторы среды, бюджетные факторы, а также факторы комплекса маркетинга. В этом разделе обсуждается важность каждой из этих категорий для определения комплекса маркетинга.

Таблица 13.4.
Факторы, определяющие комплекс маркетинга

Типы факторов	Факторы
Продуктовые	Происхождение продукта Соотношение риска и преимуществ Степень изученности, необходимая для успешного использования Потенциал с точки зрения демонстрации Потенциальная возможность перевода в категорию ОТС
Рыночные	Этап жизненного цикла Доля рынка Концентрация рынка Интенсивность конкуренции Перспективы роста спроса Конкуренция со стороны дженериков
Потребительские	Больница или аптека Конечный потребитель Учет условий физического распределения
Факторы среды	Контроль со стороны регулирующих органов Социальный климат
Бюджетные	Финансовые ресурсы организации Традиционные подходы к продвижению
Факторы комплекса маркетинга	Относительная цена/относительное качество Стратегия распределения

Продуктовые факторы

Входящие в эту категорию факторы в основном говорят о том, каким образом выписывается данный препарат, как он используется, покупается, употребляется и воспринимается. Воспринимаемый риск принятия решения — еще один из учитываемых факторов. В целом, чем больший риск связан с выпиской конкретного продукта

в восприятии врача, тем большее значение принимают личные продажи перед рекламой. Обычно в случае высокого воспринимаемого риска врачу нужна специфическая информация о продукте, что приводит к перемещению центра внимания на личные продажи. Личные продажи важны также в случае донесения информации о необычных или сложных преимуществах препарата.

Рыночные факторы

Первый рыночный фактор — этап жизненного цикла продукта. Создание первичного, не существовавшего до того, спроса является основной задачей при **выводе на рынок**. Значит, на этом этапе нужно очень активно продвигать новый продукт потенциальным потребителям или врачам. В этот момент логично использовать образцы.

На этапе зрелости интенсивность конкуренции возрастает, поэтому реклама, наравне с приемами стимулирования продаж, — хорошее средство для дифференцирования продукта от конкурирующих марок.

Во время спада усилия по продвижению не слишком отличаются от тех, что предпринимались во время периода зрелости, разве что снижается интенсивность продвижения. По мере нарастания ценовой конкуренции и сокращения спроса общая деятельность по продвижению сокращается.

Для конкретного класса препаратов, обладающих большой долей рынка, используется как реклама, так и личные продажи. Если доля рынка невелика, делается выбор между рекламой или личными продажами. Если рынок концентрируется в руках нескольких компаний, то реклама приобретает дополнительную важность по следующим причинам:

1. высокий уровень рекламной активности может удержать конкурентов от выхода на рынок;
2. они необходимы для сохранения доли рынка продукта.

Активная рекламная деятельность предполагает гарантию хорошего восприятия продукта и, возможно, снижает степень неуверенности, связанную с новыми продуктами. Таким образом предотвращается выход на рынок новых конкурентов, а существующие позиции укрепляются. Интенсивность конкуренции влияет на рекламную активность примерно так же, как и доля рынка. Когда уровень конкуренции высок, для поддержания и укрепления позиций компании на рынке используются все типы продвижения (информирование, напоминание и убеждение). Если рекламная активность ограничена, основной функцией продвижения становится информирование и, возможно, напоминание о продукте.

Гипотетически, реклама более подходит для тех продуктов, спрос на которые относительно скрытый. Инвестиции в рекламу открывают новые долговременные возможности, и, если ожидается эффект

переноса, затраты на один доллар продаж выглядят более привлекательно. Если спрос ограничен, а формирование нового спроса не ожидается, затраты на рекламу будут чрезмерно высокими. Таким образом, прогнозируемый потенциал рынка — важный фактор для определения роли рекламы.

Потребительские факторы

Безусловно, выбор комплекса маркетинга зависит от потребителя. Продажи на многие миллионы долларов подразумевают личную заинтересованность потребителя. С другой стороны, продажи, скажем, сезонного средства от простуды могут осуществляться и с помощью рекламы в журнале.

Факторы среды

В следующей главе мы обсудим моменты, связанные со строгим контролем, осуществляемым FDA за продвижением рецептурных препаратов. Кроме того, есть и соображения социального плана. Например, в США основные телевизионные сети неохотно принимают рекламу таких средств контрацепции, как презервативы. Проблемы побочного распространения лекарств, достигшие пика в 1980-х, привели к повышению контроля регулирующих органов над распространением образцов и разочарованию профессионалов в этой процедуре.

Бюджетные факторы

В идеале бюджет должен строиться исходя из тех задач, которые предстоит решить с помощью продвижения. Однако обычно (интуитивно или традиционно) компании ограничивают затраты на продвижение. Такие ограничения сказываются на выборе способа продвижения. Бюджетные факторы влияют на продвижение двояко. Во-первых, компания со слабыми финансовыми ресурсами будет ограничена в выборе способов продвижения. Во-вторых, во многих компаниях бюджет на продвижение определяется с учетом предполагаемых доходов (в процентном соотношении).

Факторы комплекса маркетинга

Решение о продвижении должно приниматься с учетом других аспектов комплекса маркетинга. Перспективы продвижения определяют цена и качество продукта в сравнении с аналогичными параметрами конкурирующего продукта. Более высокие цены должны быть оправданы реальными или воспринимаемыми преимуществами

продукта. Так, в случае если продукт имеет гораздо более высокую цену, реклама приобретает особое значение для того, чтобы сформировать отношение к нему как к продукту, обладающему высочайшим качеством.

Структура распределения продукта также оказывает воздействие на комплекс маркетинга. Если он распределяется по прямым каналам продаж, основные усилия по продвижению предпринимают медицинские представители. Непрямые каналы распределения, напротив, требуют сосредоточить усилия в основном на рекламе, поскольку возможности представителей в данном случае ограничены.

Типы носителей

Основные носители рекламы, которые можно использовать для продвижения рецептурных препаратов, это:

- ✦ публикации в печатных изданиях (журналы, газеты, книги);
- ✦ прямая рассылка;
- ✦ личные продажи (визиты к врачам, конференции и собрания, телемаркетинг);
- ✦ предоставление образцов;
- ✦ продвижение на месте продаж, а также в электронных и других СМИ.

Печатные издания

В качестве методов оценки эффективности рекламы в СМИ могут быть названы следующие:

- ✦ тематика и назначение издания;
- ✦ стоимость издания (цена, по которой его приобретают врачи);
- ✦ тираж (общий/по специальностям/смешанный);
- ✦ соотношение рекламы и редакционной информации;
- ✦ читательская аудитория;
- ✦ расположение рекламы (например, по всему изданию или в начале и в конце блоками);
- ✦ принимаются ли пресс-релизы или нет;
- ✦ наличие индекса рекламодателей;
- ✦ частота публикаций.

Рекламодаделец должен выбирать буквально среди сотен изданий. Одни издания касаются только клинической практики. Другие учитывают такие аспекты, как политика и экономика. Третьи, хотя и содержат рекламу лекарств, публикуют информацию о пу-

тешествах, рекомендации по финансовому планированию и о том, чем можно заняться в выходные дни.

Существуют также издания с одним спонсором и собственные печатные органы (корпоративные издания). Публикации с одним спонсором — независимые издания, имеющие единственного (а не многих) рекламодателей. В остальном — в задачах, аудитории, содержании — они практически аналогичны обычным изданиям. Собственный печатный орган (корпоративное издание), отражает взгляды и деятельность компании, спонсирующей его. Содержание публикации с единственным спонсором не зависит от спонсора.

Прямая рассылка

Использование прямой рассылки имеет определенные преимущества перед размещением рекламы в СМИ, поскольку может скорее попасть в адрес определенных лиц, чем групп. Это преимущество требует дополнительной платы, поскольку стоимость контакта при прямой рассылке выше. Однако это касается средних показателей, поэтому требуется правильный подбор средства рассылки.

Списки адресатов проходят частую проверку, поскольку их неверное содержание увеличивает долю недоставленных отправлений, заметно повышая стоимость контакта. Списки могут быть практически любого типа. Можно подобрать адреса врачей по специальности, по возрасту, типу практики, штату или стране и другим статистическим параметрам.

Прямая рассылка, помимо своей выборочности, позволяет использовать стратегии продвижения, недоступные при рекламе в печатных изданиях. Например, опыт показывает, что врачей трудно мотивировать купонами, опубликованными в журналах, в то время как запрос на продукт может быть представлен в форме готовых для обратной отправки карточек, включенных в рассылку рекламных материалов. Это важно учитывать, поскольку способствует установлению между производителем и врачом таких отношений, которые можно оценивать и использовать.

Компании-производители используют различные виды рассылочных материалов. Некоторые из них имеют форму «селф-мейлеров», конвертов, писем и бандеролей. Наиболее дешевый «селф-мейлер» не требует конверта и обычно имеет форму почтовой открытки (двусторонней) или четырехстраничного отправления. Могут делаться групповые рассылки всех этих типов отправлений или некоторых из них, при этом каждое печатается в нескольких экземплярах, чтобы их использовали неоднократно. Например, надо выбрать три отдельных вида, каждый из которых будет выслан три раза — всего девять отправлений.

Проведение исследований с помощью готовых для обратной отправки карточек дает информацию о том, как варьируется число ответов в зависимости от вида письма, использования почтовых штампов вместо печатных индексов, персонализации и других переменных.

Хотя почтовая рассылка — хорошее средство продвижения, у нее есть важный недостаток. В отличие от журналов, которые содержат редакционные статьи, направленные на повышение квалификации врача в области клинических, экономических и культурных знаний, почтовые отправления обычно имеют откровенно рекламный характер. Поэтому основная задача, которая решается с помощью рекламного обращения — формирование заинтересованности.

Преодолеть это препятствие позволяет выпуск журнала, спонсируемого производителем, или его собственного (корпоративного) печатного органа. Это дает преимущества обоих типов носителей информации: интересный редакционный формат и распространение путем прямой рассылки. Несмотря на то, что это дорогостоящее средство продвижения, оно приобретает популярность у рекламодателей. Подготовка редакционной части поглощает основную долю затрат, поскольку требует наличия редакционного персонала, не обязательного для рекламных нужд. Поэтому образуются специальные компании, собирающие редакционный материал. Специализируясь на одной области — новостях или клинических обзорах, один и тот же авторский коллектив может заниматься подготовкой нескольких печатных органов для различных компаний, обращенных к врачам разных специальностей.

Личные продажи, визиты к врачам

При условии высокого качества визиты медицинских представителей к врачам обычно считаются наиболее эффективной формой продвижения лекарственных средств. Сравнение между этим видом продвижения и печатной рекламой дается в **табл. 13.5**, а различные аспекты обучения продажам показаны в **табл. 13.6**.

Хотя в каждой компании свои порядки, в целом отмечается тенденция к ограничению рекламной активности (реклама в СМИ, прямая рассылка) и направлению основных средств, выделенных на продвижение, в отделы стимулирования сбыта. Разграничение сфер ответственности между рекламными отделами и отделами стимулирования сбыта наиболее легко определить с помощью описания различий в методах коммуникации: отдел рекламы в основном использует письменные и визуальные сообщения, а отделы стимулирования сбыта полагаются главным образом на торговых представителей, проводящих личные, в основном устные, презентации.

Как уже говорилось, личные продажи стоят дорого. Есть два способа поддержания их преимуществ: презентации на выставках и телемаркетинг.

Таблица 13.5.
Реклама и визиты к врачам: сходства и различия

Характеристики	Особенности рекламы	Особенности визитов к врачам	Сходства
Функциональные	Односторонняя коммуникация. Сильный «шум» в канале коммуникации. Отсутствие гибкости. Высокий уровень контроля над сообщением. Врач практически не может избежать получения послания	Двусторонняя коммуникация. Некоторый контроль над «шумом». Может приспосабливаться к ситуации. Трудности в поддержании контроля над сообщением. Врач может отказаться от встречи	Информация должна быть понятной, интересной, правдоподобной и убедительной
Относящиеся к восприятию	Невозможно усилить послание в процессе презентации	Вовлечение при необходимости всех пяти органов чувств или некоторых из них. В процессе визита можно усилить послание или повторить его	Необходимость вовлечения органов чувств врача с помощью тщательно отобранных стимулов
Относящиеся к познанию	Действует в основном с помощью внушения. Используется в основном техника формирования заинтересованности	Способность вести врача по процессу аргументации. Может использоваться техника снятия возражений	Стремление представить компании и продукт как лучшие и отличные от конкурентов
Относящиеся к отношению	Одно и то же послание может формировать различные отношения. Нет возможности адаптировать послание	Возможность корректировки послания в зависимости от благоприятного или неблагоприятного отношения	Стремление вызывать благоприятное отношение
Относящиеся к использованию	В основном эффективна до действия. После служит в основном для уменьшения когнитивного диссонанса	Непосредственный результат визита — влияние на выписку препарата. Возможность представить образец продукта пациентам в офисе и на дому	Оба вида коммуникаций важны в качестве напоминания для продолжения использования препарата

Таблица 13.6.
Важность различных тем обучения

Предмет	Средний показатель (1 = неважно, 5 = максимально важно)		
	Первоначальное обучение	Обучение по новому продукту	Повторное обучение/продолжение обучения
Миссия и цели компании	3,86	3,78	3,22
Навыки устной коммуникации	4,47	4,18	4,14
Навыки письменной коммуникации	1,86	1,70	1,97
Знание продукта			
Анатомия	4,07	3,78	3,11
Физиология	4,26	3,89	3,30
Фармакология	4,02	4,02	3,44
Биохимия	2,86	2,94	2,52
Микробиология	2,81	2,77	2,34
Медицинские термины	4,43	4,16	3,45
Клиническое взаимодействие лекарств	3,81	4,00	3,57
Правительственное регулирование	3,23	2,97	3,02
Этика	4,39	3,55	3,75
Сравнительный анализ конкурентов			
Продукты	4,55	4,71	4,30
Цены	3,45	3,97	3,28
Распределение	3,23	3,34	2,77
Продвижение	4,05	4,34	3,74
Представители	3,18	3,39	2,82
Навыки коммуникации с			
Врачами	4,89	4,38	4,80
Аптечными работниками	4,34	4,36	4,11
Медицинскими сестрами	4,08	3,94	3,88
Дистрибуторами	3,37	3,43	3,26

Источник:

Kodiyalam S., Segal R., and Pathak D.S. Anatomy of today's sales training programs. Medical Marketing and Media 1988; March 1 (23): pp. 8-12.

Презентации на выставках

Презентации на выставках сочетают некоторые качества рекламы (физический показ) и личных продаж и из-за двойственной природы требуют отдельных стратегических решений. К.Х. Дауден (Q.H. Douden) предлагает проделать семь шагов при формировании маркетинговой стратегии участия компании в выставках⁵. Вот эти шаги с уточнениями:

1. **Тщательная оценка ожидаемых в течение года выставочных мероприятий.** Вы знаете ваши целевые группы. Для врачей каждой специальности проводятся множество местных, региональных, национальных и международных встреч, семинаров, съездов и симпозиумов, в которых можно участвовать в качестве экспонента.
2. **Разработка специфических целей для каждой выставки.** Единая стратегия предполагает представление и демонстрацию нового продукта различным сегментам рынка. Если у компании нет новых продуктов, можно воспользоваться возможностью получить от посетителей маркетинговую и аналитическую информацию, а также предоставить им дополнительную информацию по продукту.
3. **Определение разумного бюджета** и распределение его между различными мероприятиями. Участие в выставочных мероприятиях — дорогостоящее удовольствие, но исследования показывают, что цена одного контакта здесь намного ниже, чем стоимость личного визита в офис. Поэтому затраты на участие в выставках должны рассматриваться как необходимые маркетинговые «фоновые» затраты, которые часто подготавливают другие виды продвижения, такие как прямая рассылка и визиты. Кроме того, исследования показывают, что компании, которые не снижали выставочную деятельность в периоды экономических трудностей, легче восстанавливали уровень своих продаж с наступлением более благоприятной ситуации, поскольку продолжали демонстрировать свое присутствие на рынке. Поэтому участие в выставках подразумевает учет факторов долгосрочного инвестирования.
4. **Оборудование и оформление стенда.** Если планируются личные встречи с врачами и пациентами, то могут потребоваться изолированные помещения; если намечено провести образовательные аудиовизуальные презентации, это надо также учитывать. Какова бы ни была цель, нужно быть уверенным, что окончательный внешний вид стенда в течение трех—пяти лет его использования может быть адаптирован к различным размерам и модифицирован в зависимости от изменения целей.

На некоторых стендах размещен лишь логотип и нет никаких иных знаков; на других их столько, что посетитель теряется. Чтобы избежать крайностей с размещением слишком большого или слишком малого объема информации, надо воспринимать стенд как рекламный щит

и сократить сообщение до простого заявления об исключительных чертах или впечатляющих преимуществах продукта. Чтобы определить содержание, вернитесь к определению целей участия в выставке. Ваша цель — донести до посетителя быстрое и краткое послание о том, кто вы и что он найдет на стенде.

5. Тщательное планирование напоминающих материалов и средств, включая приглашения, специальную регистрацию и события на стенде во время выставки.

6. Планирование участия персонала. Актеры на сцене стенда могут как сыграть, так и сорвать представление, поэтому представителям компании нужно уяснить разницу между ежедневными звонками из офиса и презентацией на выставках при краткой встрече.

Так, целью общения с посетителем стенда может быть быстрая идентификация посетителя и определение последующих действий по отношению к нему. Это занимает практически все время, которое можно уделить одному посетителю, пока он находится на стенде. Вступая в развернутую дискуссию с одним посетителем, представитель компании тратит время, которое он мог бы использовать на общение с несколькими в той же степени необходимыми людьми.

Кроме того, необходимо, чтобы на стенде были не только медицинские представители. Возможно, представитель исследовательских подразделений или лабораторий помог бы им отвечать на некоторые вопросы. Можно пригласить «лидеров мнения» — стоя возле стенда, они могли бы собственными словами подтверждать преимущества ваших продуктов. Более того, другие сотрудники отдела маркетинга, такие как директор по рекламе и представители отдела по обслуживанию клиентов, могли бы воспользоваться такой возможностью обновить свои знания о ситуации на рынке.

7. Разработка собственной системы для измерения результатов участия в каждом выставочном мероприятии. После завершения выставки вся собранная на ней информация о посетителях должна быть направлена в головной офис компании. Там с их визитных карточек должны быть сделаны копии, а имена — внесены в централизованный список рассылки. В соответствии с заметками на карточках должны быть разосланы необходимые материалы вместе с благодарственными письмами. Затем оригиналы карточек должны быть направлены торговому представителю для дальнейшей работы.

Телемаркетинг

Телемаркетингом называется продвижение с помощью телефона. Безусловно, при этом теряются многие преимущества личного общения (контакт «глаза в глаза», язык жестов, демонстрация). Однако эта техника использует преимущества обмена мнениями, и, безусловно, менее дорогостояща, чем личные контакты.

Большую часть услуг по телемаркетингу осуществляют специализированные компании по соглашению с производителем лекарств. Операторы, занимающиеся телемаркетингом, проходят специальное обучение, поэтому такие услуги лучше заказывать по мере необходимости, чем постоянно содержать штат для выполнения этих функций. Телемаркетинг может использоваться, например, в следующих целях:

- ✦ стимулирование продаж;
- ✦ дополнение/отслеживание работы медицинских представителей;
- ✦ осуществление продуктовой детализации, не входящей в поле деятельности медицинских представителей;
- ✦ контакты с врачами, отказывающимися общаться с медицинскими представителями;
- ✦ контакты с врачами тех специальностей, которые обычно не покрыты сетью медицинских представителей.

Предоставление образцов

Предоставление образцов — в определенном смысле самый лучший из всех видов продвижения. Что может лучше доказать эффективность препарата, чем его личное использование для лечения пациентов? Каждый врач кроме всего прочего должен обязательно проводить собственные «клинические испытания» по каждому новому рецептурному препарату, который он выписывает.

В результате исследования, проведенного для Ассоциации фармацевтических производителей (Pharmaceutical Manufacturers Association — PhARMA) компанией National Analysts в 1986 году, было выявлено, что предоставление образцов препаратов в целом хорошо воспринимается врачами⁶. Среди выводов исследования были такие:

1. Врачи использовали образцы умеренно, четыре из пяти пациентов в течение рабочей недели не получали образцов рецептурных препаратов.
2. Нет признаков того, что использование врачами образцов вызывает заметное снижение продаж в аптеках. Предназначенные для приема практически в кабинете врача, они выполняют функцию, для которой аптеки не предназначены. Более того, абсолютное большинство образцов выдается вместе с рецептом, который поступает в аптеку.
3. Знакомство врачей со многими препаратами, которые им выдают в качестве образцов, не означает, что врачи не выполняют исследовательских функций. Образцы рецептурных препаратов часто используются в «тестовом порядке», особенно интернами. Знакомство с препаратом вообще не означает знания о том, как

он поддействует на каждого конкретного пациента. Данные исследования говорят о том, что врачи придают большое значение оценке эффективности и безопасности препарата в том случае, когда он не известен пациенту.

4. Образцы играют важную роль в терапии, особенно для педиатров, а также в случаях, когда аптеки закрыты или недостижимы и образец нового препарата может быть единственным доступным средством лечения. Любые модификации практики предоставления образцов должны учитывать обстоятельство, связанное со временем.
5. По отношению к различным альтернативным путям предоставления образцов преобладает негативное мнение о замене его купоном. Несмотря на то что экономические соображения часто приводятся как основание для использования образцов, они не могут превалировать над медицинскими соображениями (немедленное лечение, оценка переносимости пациентом).
6. Скорее всего, использование купонов будет препятствием для использования новых препаратов. Те, кто использовал купоны, считают, что их использование откладывает принятие новых препаратов.

Однако такая практика стала вообще затруднена США после принятия Акта о продвижении рецептурных препаратов (1987 года). Несмотря на результаты исследования National Analysts, мнение Конгресса, выразившееся в законе, гласило, что «существующая система предоставления образцов препаратов врачам с помощью медицинских представителей компаний-производителей в течение десятилетий вызывала злоупотребления и приводила к продажам потребителям фальсифицированных препаратов неизвестного происхождения и с истекшим сроком годности». Принятая в конце концов поправка к Акту о пищевых продуктах, лекарственных и косметических средствах утвердила следующие положения:

1. Запрет на продажу, торговлю или приобретение образцов лекарственных средств.
2. Запрет на торговлю и подделку купонов на препараты.
3. Требование письменного запроса от врачей на предоставление образцов.
4. Запрет (за редким исключением) на перепродажу препаратов, закупленных больницами или другими учреждениями здравоохранения.
5. Установление уголовного наказания за нарушение этих правил.

Другими словами, в США медицинские представители теперь не смогут добровольно распространять образцы. Представитель может дать образец в ответ на письменный запрос, а в обмен должен получить акт приемки-передачи.

FDA позволяет производителям распространять среди врачей заранее подготовленные формы для запросов, которые затем будут отправлены в компании для получения образцов. Эти формы должны содержать информацию о том, кто делает запрос, наименовании препарата, нужное его количество, название производителя или дистрибутора и дату запроса. «FDA требует, чтобы на каждый образец или группу образцов заполнялся отдельный бланк запроса, и чтобы незаполненные до конца бланки не использовались для заказа образцов», — говорится в письме агентства.

Требование письменных запросов может стать меньшей проблемой, связанной с новыми правилами. Реальных преград для практически мгновенного обмена запросами и образцами между врачом и медицинским представителем, похоже, нет.

Проблемы могут возникнуть в сфере хранения, перемещения и учета образцов в соответствии с требованиями нового закона. Промежуточное заявление FDA содержит, среди прочих, следующие требования:

1. Надлежащее хранение образцов препаратов: все образцы препаратов должны храниться в условиях, необходимых для сохранения их стабильности, целостности и эффективности.
2. Инвентаризация образцов: производители лекарственных средств должны осуществлять полную инвентаризацию образцов, находящихся в распоряжении медицинских представителей.
3. Список представителей: производители лекарственных средств должны обновлять списки с именами и адресами всех своих представителей, распространяющих образцы препаратов, а также мест, где они хранятся.

Альтернативные носители

Появление новых технологий, усиление конкуренции, «шум» в традиционных рекламных носителях и изменение характеристик целевых групп — все это привело к разработке технологий продвижения, которые мы назовем «другими носителями». Эти носители слишком разнообразны, чтобы рассматривать их здесь детально и указывать на их относительные преимущества.

Процедура выбора носителя

Выбор носителя требует принятия двух решений:

1. какой тип носителя выбрать;
2. какое конкретное средство, относящееся к данному типу носителя, выбрать.

Например, если решено использовать журналы, то в каком из них будет размещена реклама?

При выборе носителя используются два подхода:

1. сравнение стоимости тысячи контактов;
2. соответствие целевой аудитории характеристикам носителя.

Сравнение стоимости тысячи контактов

Сравнение стоимости тысячи контактов было наиболее традиционным способом выбора рекламного носителя. Хотя его легко применять, этот метод оставляет желать много лучшего. При выборе носителя на основании исключительно численности контактов не принимается во внимание качество этих контактов.

Кроме того, сравнение стоимости тысячи контактов может ввести в серьезное заблуждение, если учесть во внимание то, как рекламодатели воспринимают термин «выход» (exposure). В соответствии с определением средств массовой информации, выход — это момент помещения рекламы в СМИ. Происходит ли на самом деле выход, никто не знает. Этот метод не учитывает ни имидж издания, ни силу воздействия различных каналов коммуникации.

Соответствие целевой аудитории характеристикам носителя

Альтернативный подход к выбору носителя состоит в определении целевой аудитории и подбор рекламного носителя в соответствии с ее характеристиками.

Выбор целевой аудитории, даже среди печатных изданий (журналы, газеты, книги), — комплексное, многовариантное действие. Каждое из них должно быть оценено по следующим критериям:

- ✦ редакционная концепция издания;
- ✦ частота выхода;
- ✦ тираж;
- ✦ объем рекламы;
- ✦ наличие специальных выпусков;
- ✦ сроки сдачи в печать;
- ✦ профиль рынка и целевой аудитории.

Специалист по фармацевтическим СМИ Джорджана Папациан (Georgiana Parazian) представила замечательное руководство по реализации этого процесса⁷:

«Выбор носителя — прямое продолжение плана маркетинга. Журнал — инструмент, с помощью которого продукт или услуга могут достичь своих маркетинговых целей. Качественная вводная информация по маркетингу/СМИ,

полученная из плана маркетинга, — это ключ к разработке программы публикаций».*

Определение бюджета, целевых аудиторий и рекламной стратегии более не считаются достаточными основаниями для составления графика размещения рекламы. Сегодня мы должны задавать себе и другие вопросы — и отвечать на них, — а также рассматривать другие аспекты, которые помогут выбору конкретного журнала. Вот некоторые из таких вопросов и аспектов:

- ✦ К какому терапевтическому классу относятся наши продукты, и каковы основные конкуренты внутри класса?
- ✦ Каков период размещения рекламы? Это должно быть совершенно ясно, чтобы при планировании можно было точно сказать, как размещать рекламу.
- ✦ На каком сегменте рынка должна быть сфокусирована реклама: амбулаторном, больничном или на всех врачах? Равный ли вес имеет каждая из врачебных специальностей на каждом сегменте рынка?
- ✦ Нужно ли обратить особое внимание на покрытие рынка и знание продукта на тех рынках, которые демонстрируют рост продажи или, наоборот, их падение?
- ✦ Существуют ли целевые аудитории помимо врачей? Каковы временные рамки для размещения рекламы? Какова стратегия рекламы? Является ли она частью общей стратегии продвижения с единым бюджетом?

Как правило, производители рассматривают издания как средство распространения рекламных сообщений. Число контактов, достигнутых с помощью единственной публикации, обычно не рассматривается, но можно оценить охват аудитории, интенсивность контактов, а затем и эффективность затрат.

Охват аудитории можно определить как численность различных читателей, имевших доступ к одной публикации или серии публикаций за конкретный период времени. Интенсивность определяется как среднее число контактов каждого читателя с одной публикацией или серией публикаций за тот же период времени.

Учет охвата аудитории и интенсивности при составлении программы позволяет гарантировать, что рекламное послание будет широко распространено, не будучи ограниченным целевой аудиторией.

Решение об объеме затрат

Объем средств, которые компания может потратить на всю деятельность по продвижению (на рекламу, личные продажи

* Этот отрывок печатается с разрешения из журнала *Pharmaceutical Executive*, 1985; March: p. 50.

и стимулирование продаж), трудно определить. Нет жестких стандартов, указывающих на то, сколько нужно потратить на продвижение в конкретной продуктово-рыночной ситуации. Это можно объяснить тем, что, принимая решения о затратах на продвижение, нужно учитывать целый комплекс факторов.

Затраты на продвижение входят в общий бюджет маркетинга. Поэтому затраты разных отделов (областей) маркетинга взаимосвязаны — финансирование одного отдела, например отдела рекламы, повлияет на бюджет другого. Так, может обсуждаться вопрос, что более важно — дополнительные затраты на рекламу или новый дизайн упаковки. Кроме того, затраты на продвижение должны рассматриваться в контексте ценовой стратегии компании. Чем выше цена на продукт, тем, очевидно, будет больше возможностей для его продвижения. Кроме того, затраты на рекламу определяются с учетом динамики продаж, которую очень трудно прогнозировать точно. Основной вопрос при исследовании в этой области — длительность рекламного эффекта, и этот вопрос еще далек от разрешения. Хотя обычно считается, что эффект от рекламы, как и от других способов продвижения, длится долго, конкретной информации на этот счет нет.

Действия по продвижению продукта вынуждают конкурентов реагировать, но точно предсказать их реакцию, чтобы определиться с бюджетом на этот счет, сложно.

Несмотря на все трудности, специалисты по маркетингу выработали понятные с точки зрения стратегии практические методы определения бюджета на продвижение. Эти методы можно разделить на собирательные и распределительные. Прежде чем их обсуждать, полезно будет вкратце рассмотреть маржинальный подход для принятия решения о затратах на продвижение.

Маржинальный подход — один из первых методов определения бюджета на продвижение. Согласно этому подходу, затраты на каждый элемент продвижения нужно выделить так, чтобы маржинальная прибыль равнялась маржинальным затратам. Например, бюджет на рекламу должен равняться сумме, равной увеличению прибыли, достигаемой в результате роста продаж вследствие этой рекламы. Аналогичным образом затраты на личные продажи должны равняться прибыли за счет деятельности медицинских представителей. Для продвижения в целом оптимальный бюджет должен быть установлен таким образом, чтобы маржинальная прибыль и затраты на рекламу, личные продажи и стимулирование продаж были равны. Другими словами, ассигнования на каждый из элементов продвижения должны увеличиваться или уменьшаться до тех пор, пока маржинальная прибыль не уравнивается с ними.

С точки зрения теории этот подход выглядит разумным. Однако измерение маржинальных затрат и прибылей представляет серьезную проблему. Даже если маржа определена, маржинальный подход может

быть неосуществим. Например, ни одна компания не захочет нанимать и увольнять медицинских представителей в попытках достигнуть оптимального соотношения маржинальных затрат и маржинальной прибыли. Кроме того, что делать, если маржа получается в результате работы тремя четвертыми медицинского представителя? Аналогично и в отношении рекламы: либо мы помещаем рекламу в печатном издании, либо нет.

Вопрос об эффективности рекламы носит комплексный характер, и нет единого мнения относительно того, как долго реклама влияет на продажи. Традиционно считается, что эффект рекламы на продажи длится несколько лет. Однако некоторые исследования в этой области говорят о том, что эффект рекламы — кратковременное явление, длящееся от трех до пятнадцати месяцев. Поэтому вкратце можно заключить, что хотя маржинальный подход к распределению бюджета на продвижение имеет хорошую теоретическую базу, его практическое применение ограничено.

Распределительные методы

Некоторые распределительные методы могут быть полезны при определении бюджета на продвижение. Затраты на продвижение представляют собой определенный процент от продаж предыдущего года или от прогнозируемых в будущем продаж. Первоначально этот процент находится интуитивно. Затем информация о прошлом опыте используется для того, чтобы более точно определить, какую часть от объема продаж нужно направить на продвижение. Этот подход основан на том, что затраты на продвижение должны быть оправданы продажами. Он используется многими компаниями, поскольку его легко понять, он прост и дает менеджерам определенную гибкость для сглаживания острых углов во времена экономического спада. Среди слабых сторон метода — то, что, ставя затраты на продвижение в зависимость от продаж, мы ставим цыпленка впереди яйца. Кроме того, логика этого подхода не учитывает кумулятивного эффекта продвижения. Продвижение рассматривается как обязательную статью расходов, которую нужно выделить из прибыли, без учета влияния и деятельности конкурентов на продажи и продвижение.

Другой метод распределения бюджета на продвижение заключается в том, чтобы тратить столько, сколько возможно. Согласно этому подходу, наличие фондов или ликвидных ресурсов — главный фактор принятия решения о расходах на продвижение. Другими словами, даже если ожидаемый уровень продаж компании высок, уровень затрат на продвижение будет оставаться низким, если финансовое положение компании затруднительно. Эффективность этого подхода вызывает сомнение по нескольким причинам. Он ставит затраты на продвижение в зависимость от ликвидности компании, в то время как лучший способ

улучшить финансовое положение компании — вложить средства в продвижение в надежде повысить продажи. Кроме того, этот подход достаточно рискован. В период, когда рынок ограничен, а продажи невелики, компания будет тратить больше денег на продвижение, чем необходимо, при наличии для этого средств. При этом ставка делается на долговременный эффект продвижения, т.е. на его кумулятивное действие. Однако в условиях неопределенности этот подход может не оправдать себя, а потому опасен.

Метод определения затрат на продвижения в соответствии с затратами конкурентов подразумевает, что затраты на продвижение напрямую зависят от занимаемой доли рынка. Поэтому затраты на продвижение компании должны сверяться с затратами конкурентов, чтобы компания могла сохранить свое положение на рынке. Так, если лидер рынка тратит 2% поступлений от продаж на рекламу, остальные компании отрасли должны тратить на рекламу примерно ту же долю своих поступлений. Если учесть природу конкуренции, этот подход можно считать вполне разумным. Однако для его применения есть несколько ограничений. Во-первых, он подразумевает знание планов конкурентов относительно продвижения, а такая информация не всегда доступна. Например, компания-лидер примет решение сделать акцент не на самом продвижении, а на снижении цен. Поэтому было бы неверно следовать за лидером в плане затрат на рекламу без учета ценовой стратегии. Во-вторых, компания может получить больший возврат на доллар затрат на рекламу с помощью тщательного отбора носителя, выбора времени продвижения, умелой подготовки рекламного ролика или модуля, хорошей поддерживающей программы в торговой сети и пр., т.е. она может получить то же, что другая компания получает за вдвое большую сумму. Поскольку продвижение — лишь одна из переменных, влияющих на положение компании на рынке, простое поддержание паритета затрат на продвижение с конкурентами может быть недостаточным для сохранения компанией своих позиций.

Собирательные методы

В штат многих компаний входят менеджеры по рекламе, продажам и продвижению (мерчандайзингу), которые подчиняются менеджеру по маркетингу. Менеджер по маркетингу определяет цели продвижения для рекламы, личных продаж и продвижения на месте продаж отдельно для каждой продуктовой линии.

На практике не всегда бывает просто определить соотношение рекламы, личных продаж и продвижения на месте продаж, поскольку эти три метода продвижения обычно в определенной степени перекрывают друг друга. Каждая компания должна выработать свои правила формирования комплекса продвижения. Как только задачи, выполняемые с помощью каждого метода

продвижения, определены, они могут быть формально названы задачами и доведены до соответствующих менеджеров. На основании этих целей каждый менеджер по продвижению может пересмотреть свои цели на более операционном уровне. Эти пересмотренные цели затем становятся руководством к действию для каждого отдела.

После определения целей отдела каждый из них разрабатывает детальный бюджет для каждого элемента, необходимого для достижения определенных целей. Затем из предоставленной бюджетом суммы менеджер по маркетингу готовит собственный бюджет в свете общей маркетинговой стратегии.

Собирательный метод заставляет менеджеров анализировать ту роль, которую, по их мнению, будет играть продвижение, а также вклад, который он может сделать в достижение маркетинговых целей. Кроме того, он помогает сохранять контроль над затратами на продвижение и избежать разочарований, часто испытываемых менеджерами из-за урезания затрат на рекламу вследствие ухудшения экономической ситуации.

Заключение

Комплекс продвижения состоит из рекламы, личных продаж, продвижения на месте продаж и формирования имиджа компании (паблисити). Для каждой из этих областей должны быть установлены цели, а взятые вместе, эти цели должны отражать цели продвижения в целом. Аналогично, цели продвижения должны вместе с целями, установленными для остальных элементов комплекса маркетинга (продукта, цены и распределения), отражать цели функции маркетинга и т.д.

Если цели по продажам устанавливаются перед рекламным отделом, то они становятся маркетинговыми целями. В противовес расхожему мнению, повышение уровня продаж происходит благодаря умелому применению менеджерами по маркетингу всех инструментов комплекса маркетинга. Имеющий место рост продаж может быть вызван снижением цены, изменениями в каналах распределения, изменением продукта (или упаковки), а также применением более быстрых способов доставки (логистики) — и все это в дополнение к рекламе или вместо нее. Поэтому очень трудно, если не невозможно, определить какой-то инструмент как единственный фактор повышения продаж.

Как можно оценить эффективность рекламы, если ее влияние на уровень продаж невозможно изолировать? Если после рекламной компании продажи реально выросли на 10%, какую часть этого роста можно отнести за счет исключительно рекламы? Ответы на эти вопросы могут дать продолжающиеся исследования.

Джон Пэлшо (John Palshaw) описал последовательность событий в цикле маркетинговой коммуникации следующим образом⁸:

- ✦ обзор проблемы или возможности маркетинга;
- ✦ изучение степени удовлетворенности рынка*;
- ✦ решение по позиционированию и сегментации;
- ✦ оценка основных конкурентов*;
- ✦ использование полученных данных в планировании маркетинговой кампании и определении целей;
- ✦ количественная оценка требований и характеристик*;
- ✦ создание технического задания для рекламного агентства, начало работы над рекламным сообщением;
- ✦ качественная оценка вариантов рекламного сообщения*;
- ✦ принятие решения о производстве отобранного варианта рекламы;
- ✦ предварительное тестирование для определения количественных, диагностических и прогностических характеристик;
- ✦ окончательное решение относительно творческой концепции, доработка и производство;
- ✦ начало кампании в средствах массовой информации;
- ✦ посттестирование, оценка качества рекламы*;
- ✦ отслеживание полного эффекта кампании*;
- ✦ новый цикл рекламы.

В конечном счете, продвижение препарата описывается следующей последовательностью:

- ✦ осведомленность;
- ✦ знание;
- ✦ расположение;
- ✦ предпочтение;
- ✦ уверенность;
- ✦ выписка рецепта/покупка по рецепту.

Литература

1. Herxheimer B.H. *The Scientific basis of official regulations of drug research and development*. Ghent, Belgium: Heymans Foundation, 1978.
2. Hughes F. *Medicine avenue: The story of medical advertising in America*. Huntington NY: Medical Advertising Hall of Fame, 1999.

* Необходимы маркетинговые исследования.

3. Moench E. *American Writers Association and the Pharmaceutical Advertising Council symposium*, *Journal of Pharmaceutical Marketing and Management* 1986; 1 (2): pp. 51-56.
4. Shueler K. *American Writers Association and the Pharmaceutical Advertising Council symposium*, *Journal of Pharmaceutical Marketing and Management* 1986; 1 (2): pp. 57-66.
5. Douden Q.H. *Medical Marketing and Media* 1980; 15 (3): p. 26.
6. *National Analysts. Study conducted for the Pharmaceutical Manufacturers Association (now PhARMA)*. Philadelphia, PA: Author, 1986.
7. Papazian G. *Media Selection as a fine art*. *Pharmaceutical Executive* 1985; 5 (3): p. 50.
8. Palshaw J. *Are you mining the wealth?* *Medical Marketing ana Media* 1982; 17 (10): p. 47.

Глава 14.

Среда продвижения

Наиболее важный внешний фактор по отношению к продвижению лекарственных средств — юридическая среда (**рис. 2.1, глава 2**). Рассмотрим ее на примере фармацевтического рынка США.

Юридическая среда

Так называемые поправки о лекарствах 1962 года дали FDA право регулировать маркировку рецептурных препаратов. FDA по-своему интерпретировала понятие «маркировка», распространив его не только на печатную рекламу, но и на устное продвижение препаратов при встречах медицинских представителей с врачами, а также на все остальное.

В отличие от любого другого товара, рецептурный препарат может продвигаться (независимо от способа) только в том случае, если реклама полностью соответствует утверждаемому FDA листку-вкладышу, если она содержит «благоприятный баланс» информации о положительных и отрицательных последствиях использования препарата, а также если она полностью информирует об этих последствиях. Кстати, согласно требованиям FDA, международное непатентованное наименование препарата должно быть указано в печатной рекламе шрифтом, составляющим по размеру не менее половины размера шрифта торговой марки. (По-моему, установление таких требований не входит в полномочия FDA.)

Что же все это значит?

Начнем с листка-вкладыша, который обычно представлен листком бумаги, в котором содержится официальная (т.е. утвержденная FDA) информация о рецептурном препарате. Он называется листком-вкладышем, поскольку каждая упаковка рецептурного препарата

должна, согласно требованиям FDA, содержать его. Информация, содержащаяся в листке-вкладыше, полностью зависит от регистрационного удостоверения, получаемого в FDA. В результате деятельности подразделений НИОКР формируется содержание регистрационного досье, которое, в свою очередь, влияет на содержание рекламных сообщений. По сути, начало продвижения зависит от структуры и успешности клинических испытаний, по крайней мере, так должно быть. Скажем, препарат, никогда не испытывавшийся на женщинах старше 60 лет, нельзя будет рекламировать с помощью изображения пациентов этого пола и возраста. Отсюда проистекает важность вовлечения маркетинга в процесс разработки новых препаратов.

FDA и фармацевтическая промышленность столкнулись с особым испытанием: с прямым продвижением рецептурных препаратов потребителям. Некоторым из правил было относительно легко следовать (международное непатентованное наименование печатать шрифтом половинного размера). Однако каким образом и зачем давать потребителям, особенно в телевизионной рекламе, напечатанную мелким шрифтом информацию, которую FDA требует предоставлять врачам? Нелегкий компромисс был найден и состоял в отсылке телезрителей, после краткого предупреждения о последствиях, к печатной версии рекламы в одном или нескольких потребительских журналах.

В статье, напечатанной в 2000 году в апрельском выпуске журнала *Pharmaceutical Executive*, подчеркивались и важность правил FDA, и экономические последствия их невыполнения. Проанализировав 376 «Извещений о нарушении» и 20 «Писем предупреждения», авторы пришли к выводу, что «несоответствие требованиям FDA в отношении рекламы стоит дорого»¹. Насколько дорого? Если FDA требует корректировки действий фармацевтической компании, то вот некоторые из возможных затрат:

1. Размещение рекламы в журналах может стоить очень дорого. Так, рекламный модуль размером со страницу и одна страница комментариев в *Journal of the American Medical Association* стоят около \$15 тыс.
2. Рассылка писем «Дорогой доктор...», в зависимости от числа врачей, которым их надо разослать, может стоить от \$15 тыс. до \$130 тыс.
3. Все виды материалов для продвижения на месте продаж могут быть по требованию FDA уничтожены или изменены. Некоторые из особенно сложных образцов могут стоить по \$20 каждый.
4. Может потребоваться корректировка работы медицинских представителей, и это будет стоить от \$400 до \$500 на представителя, плюс расходы на поездки и проживание.
5. Возможен и нематериальный урон, поскольку компания вынуждена будет заявить, что «то, что мы вам говорили, не соответствует тем или иным образом требованиям FDA».

Как можно избежать этих и других затрат и проблем? Делайте все правильно с первого раза! Мы предлагаем следующую тактику:

1. При составлении рекламных сообщений и программ продвижения следует уравнивать заявления об эффективности и обязательную информацию по безопасному применению.
2. Заявления о сравнительных преимуществах и о влиянии на качество жизни должны базироваться на данных адекватных и контролируемых исследований.
3. Не начинайте рекламировать препараты и показания к применению до их официального утверждения FDA.
4. Избегайте продвижения препаратов в стадии разработки до рассмотрения FDA, подтверждающих данные и выдачи разрешения на маркетинг, даже если правила регистрации позволяют «полный обмен научной информацией в научных и других средствах массовой информации».
5. Рекламные материалы должны рассматривать регистрационный и юридический отделы компании для того, чтобы быть уверенными в их полном соответствии последней интерпретации требований FDA.
6. Весь персонал, вовлеченный в разработку рекламных материалов и использование их внутри и вне компании, должен получать ясные, реалистические указания на то, что он может или не должен делать для продвижения продуктов компании².

Безрецептурные препараты находятся в сфере компетенции FTC (the U.S. Federal Trade Commission — Федеральная Комиссия по Торговле США), и так было всегда. Интересно, что, когда препарат меняет статус с рецептурного на безрецептурный, он одновременно переводится из компетенции одного федерального ведомства в другое, чьи требования относительно недостоверной и вводящей в заблуждение рекламы одинаковы для мышеловок и лекарств.

Опыта в отношении потребительской рекламы у FDA было мало, когда начала применяться прямая, направленная на потребителя, реклама рецептурных препаратов, и на рубеже нового века FDA все еще продолжала сопротивляться этому новому для себя веянию.

Технологическая среда

На рубеже веков основным технологическим прорывом стало использование электронных средств массовой информации. Личные продажи, почтовые рассылки, печатные издания, предоставление образцов и участие в выставках доказали свою большую или меньшую важность в качестве средств продвижения. А потрясающий технологический потенциал электронных СМИ, будучи признанным, все еще недостаточно изучен и слабо применяется.

Практически каждый профессионал и огромная часть населения имеют к ним доступ, а многие являются опытными пользователями компьютеров, получая с их помощью информацию практически обо всем, включая лекарства. Сколько тратить, кого считать целевой группой, что говорить — эти вековые вопросы продвижения теперь должны быть заданы по отношению к новым носителям. Их потенциал практически безграничен. Не видно и потенциальных рисков.

Электронная коммерция уже сейчас заметно влияет на передачу информации, равно как на реальные продажи и распространение препаратов. Хотя важность заказов по почте рецептурных препаратов по разным причинам растет, распространение препаратов с применением компьютерных технологий, скорее всего, превзойдет их как по количественным показателям, так и по темпам роста.

Экономическая среда

Лекарства стоят слишком дорого! Это всегда будет оставаться общим мнением, поскольку большинство людей предпочли бы вовсе не покупать лекарства. Почему они стоят так дорого? Одна из основных расходных статей отрасли — затраты на продвижение препаратов. Поэтому расходы на продвижение лекарственных средств всегда будут объектом критики.

Социальная среда

Прямое продвижение рецептурных препаратов потребителям — основной симптом происходящих в XXI веке изменений в социальной среде. Совершенно очевидно, что потребители хотят больше контролировать свое здоровье, а также обладают значительно более глубокими (или, по крайней мере, обширными) познаниями о лечении, чем раньше. Они не только больше знают о своих болезнях и лекарствах, но, как показывают исследования, многие из них расспрашивают своих врачей о препаратах, о которых они слышали по телевизору или где-либо еще, или даже просят их выписать.

Врачи как в целом, так и по отдельности имеют разные мнения о продвижении рецептурных препаратов потребителям. С одной стороны, врач вряд ли почувствует себя оскорбленным, если такая реклама будет направлять его пациентов к нему на прием (в противном случае они не обратились бы к врачу). Кроме того, данные исследований говорят о том, что у пациентов, пришедших на прием к врачу в результате получения потребительской рекламы DTC (direct-to-consumer), касающейся одного заболевания, в результате

обнаруживались одно или несколько дополнительных заболеваний, требующих лечения. С другой стороны, некоторые врачи и, возможно, их большинство, рассматривают рекламу потребителям как вмешательство в свою практику и в процесс принятия решения.

Показательно, что в конце 1950-х — начале 1960-х некоторые ведущие фармацевтические компании создали отдельные подразделения под другими названиями для того, чтобы их деятельность в отношении рецептурных препаратов в восприятии врачей не ассоциировалась с рекламой ОТС-препаратов.

Конкурентная среда

Для фармацевтической отрасли характерен высокий уровень знаний о деятельности конкурентов, особенно в области продвижения, поскольку она находится на виду. Статистические данные о рекламных затратах компаний в целом и по отдельным продуктам доступны в таких изданиях, как *Medical Marketing and Media*. Огромное количество более детальной информации можно получить, заказав маркетинговое исследование компании, специализирующейся на этом виде деятельности.

Информация о том, что и где говорят конкуренты, в сочетании с данными о продажах, предоставляемыми различными организациями, которые проводят исследования выписки рецептов, а также сравнение цен — все это позволит составить модель, помогающую планировать программы продвижения. Конечно, при этом нужно учесть, что между получением информации и реализацией разработанной на ее основе программы пройдет значительный промежуток времени, за который конкуренты могут поменять одно или несколько из своих направлений продвижения.

Внутренняя среда

Внутри каждой компании также существует конкуренция, поскольку бюджет на продвижение имеет свои рамки, и его необходимо распределять. Расходы на потребительскую рекламу DTC — новый и дорогостоящий пункт бюджета на продвижение. Можно ожидать, что отдел продаж, например, может выступать за то, чтобы не увеличивать и даже сокращать бюджет для дополнительных вливаний в DTC. Добавьте к этому вероятность того, что медицинские представители получают огромное количество жалоб врачей на рекламу DTC, и потенциальная возможность внутреннего конфликта в компании станет очевидной. Это испытание способности директора по маркетингу удерживать баланс и распределять ресурсы между разными элементами плана продвижения.

Отдельные потребители

Хотя убеждение — это часть продвижения, его основной функцией является предоставление информации. Возвращаясь к **рис. 2.1**, можно найти несколько основных моментов, возникающих при продвижении фармацевтических препаратов.

- ✦ **Знание.** Это просто. Продвижение должно и может предоставлять потребителю информацию, необходимую для принятия обдуманного решения о своем здоровье или здоровье его близких. Однако «знание» требует оценки. Как однажды сказал философ-юморист Джош Биллингс: «Все зло в мире проистекает не из того, чего люди не знают, а наоборот».
- ✦ **Мнения.** Это другой вид знания. Мнения могут основываться на истинном знании или нет. Эффект плацебо основывается на эффекте веры, и он иногда дает замечательные результаты! Продвижение может и должно менять мнения, основанные на некорректной информации, но очень осторожно. Человек редко доверяет усилиям изменить его устойчивое мнение.
- ✦ **Нужды.** Соответствие нужд и потребностей (рассматриваемое ниже) — один из важнейших инструментов системы здравоохранения, и продвижение может играть в этом ведущую роль. Например, очевидна роль, которую в течение многих лет играет фармацевтическая отрасль (и многие другие участники рынка) в том, чтобы убедить людей измерять свое кровяное давление. Потребность в этом была давно, но, будучи заболеванием, практически лишенным симптомов, гипертония редко заставляла пациентов обращаться к врачу (сейчас кровяное давление часто измеряется студентами в торговых центрах). Безусловно, фармацевтические компании стремятся продать свои препараты, но насколько снизилась благодаря этим усилиям заболеваемость и смертность?
- ✦ **Потребности.** Снова вернемся к рекламе DTC. Есть реальная опасность того, что пациенты станут требовать препараты, которые категорически им не подходят. Врачи, фармацевты и другие профессионалы здравоохранения должны твердо стоять на страже здоровья людей. Реклама препаратов должна не только содержать информацию о побочных действиях препарата и противопоказаниях, которые зарегистрированы FDA, но и предупреждать о вреде неадекватного требования и использования препаратов — как рецептурных, так и безрецептурных.

Состояние здоровья общества

Этот важнейший аспект окружающей среды подвергается постоянным и неизбежным переменам. Наше понимание того, что

сегодня является «медицинскими» вопросами и что будет таковыми в дальнейшем, также постоянно меняется. Мужское облысение — разве это медицинский вопрос? А эректильная дисфункция? Как поступать в случае нежелательной или не планируемой беременности? Каков характер этих вопросов — социальный или медицинский? Каждый из них может быть решен с помощью препаратов и медицинского персонала. Если существует технология изменения генетического кода, мыслительной деятельности и параметров тела (веса, роста), то должны ли мы влиять на ход событий и позволять обществу определять, что можно, а что нельзя, а затем вновь и вновь менять свое отношение к тому, что входит в зону ответственности медицины? И какое отношение эти риторические вопросы имеют к продвижению?

Заключение

Знание — сила, как говорится в поговорке. Продвижение дает знание — иногда в очевидной попытке принудить потребителя совершить покупку, иногда для информирования его о том, что существует медицинское решение его проблемы, а иногда для того, чтобы рассказать о проблеме, о которой он до этого не знал. Эта функция обладает определенной силой, и при изменении характера влияния среды (что, скорее всего, случится) люди, занимающиеся продвижением лекарственных средств, также должны будут меняться.

Литература

1. *McMillan B.G., Bergamo P.R., and Wyatt L.C. Pharmaceutical Executive 2000; April: p. 104.*
2. *Ibid.*

Глава 15.

Практика продвижения на фармацевтическом рынке США

В этой главе мы рассмотрим некоторые стратегии продвижения и тактические приемы, используемые профессионалами на самом трудном из всех существующих рынков. После небольшого экскурса в историю мы рассмотрим практику продвижения с точки зрения целевых групп, посланий, учета стадии жизненного цикла продукта, характеристик продукта, элементов комплекса маркетинга, конкуренции и бюджетов, а также собственный взгляд представителей отрасли на свою практику продвижения.

Прежде чем приступить к выполнению этой программы, рассмотрим историю Целебрекса (Celebrex), выбранного журналом MedAd News (май 2000 года) брендом года за последний год прошлого века. В течение первого года на рынке продажи Целебрекса составили \$2,5 млрд. Как это произошло? Вот краткое объяснение, полученное с использованием структуры данной главы.

- ❖ **Целевые группы.** Сильная программа продвижения для определенных групп врачей была поддержана агрессивной программой прямого продвижения потребителям.
- ❖ **Рекламное послание.** Заявление об избавлении от боли с помощью приема препарата один раз в день и о снижении побочных реакций со стороны желудочно-кишечного тракта повысили уровень приверженности лечению.
- ❖ **Стадия жизненного цикла продукта.** Продукт — первый представитель нового класса препаратов, перечень его показаний расширился «на ходу».
- ❖ **Характеристики продукта.** Новизна, безопасность и уникальный механизм действия были заявлены как основные характеристики на момент запуска.

- ✦ **Элементы комплекса маркетинга.** Использовалось около 3 тыс. торговых представителей компаний Searle и Pfizer. Представители первой компании занимались в основном ревматологами и ортопедами, второй — врачами общей практики. Одновременно велась агрессивная рекламная кампания, направленная не только на врачей, но и на конечных потребителей. Новизна препарата обеспечила значительный интерес к его запуску со стороны новостных средств массовой информации.
- ✦ **Конкуренция.** В момент запуска на рынке не существовало других ЦОГ-2 ингибиторов, однако вскоре появились Виокс (Vioxx) и Мобик (Mobic), причем последний в качестве основного аргумента использовал ценовую политику. В момент написания этой книги выяснилось, что ответом Целебрекса на повышение конкуренции стало расширение показаний к применению, а также форм выпуска.
- ✦ **Бюджеты.** Согласно официальным заявлениям компании Searle, были почти вдвое увеличены ресурсы, используемые компанией для продвижения других ее продуктов.

Итак, перейдем к практике.

Немного истории

В 1999 году была опубликована книга *Medical Avenue* с подзаголовком *История медицинской рекламы в Америке*. Этот прекрасно иллюстрированный текст мы рекомендуем прочесть из-за его замечательного языка, интересного изложения, а также наличия полной информации о рекламе препаратов с момента окончания Второй Мировой войны. По словам авторов, Фрэнка Хьюза (Frank Hughes) и Джона Каллира (John Kallir), они проследили «формирование из зародыша отрасли одной из наиболее успешных в сегодняшнем мире индустрий»¹.

О других элементах комплекса маркетинга ничего подобного написано не было, но некоторые тексты, например: «Одну — человеку, две — лошади»², — прослеживают достаточно длительную историю продвижения вплоть до нашего времени. Термин «продавец змеинового жира» (действительно был такой продукт — «змеиный жир») относится именно к начальному периоду, и связанный с ним остаточный скепсис все еще сопровождает и современное продвижение, несмотря на серьезное регулирование со стороны государства, описанное в предыдущей главе.

Некоторая напряженность в отношениях между FDA и фармацевтической промышленностью, в особенности начиная с 1962 года, была связана с регулированием процесса продвижения лекарственных

средств. В результате сложилась квази-система проверок и баланса, когда частые запреты со стороны FDA уравнивают попытки, и часто удачные, фармацевтических компаний повлиять на ее установки. Неудивительно поэтому, что те, чья профессиональная деятельность связана с продвижением, часто находятся на шаг впереди тех, кто его регулирует.

Целевые группы

Недавно в рекламном объявлении в журнале *The Female Patient* был напечатано следующее: «Сегодня реальное решение о здоровье принимают женщины-пациентки и их врачи». Отсюда следует три вывода:

1. Во-первых, о возросшей важности роли отдельного пациента в выборе лечения.
2. Во-вторых, слова «принимать решение» отражают очевидный факт: сама по себе выписка рецепта не обязательно означает, что сделан последний шаг в успешном выполнении плана продвижения.
3. В конечном итоге это означает признание того, что пациент в наш век медицинской специализации может получать помощь различных врачей. (Автор настоящей главы пользовался услугами семейного врача, кардиолога, электрофизиолога и уролога в течение трех месяцев.)

Повсеместно целевой аудиторией при продвижении рецептурных (и в определенной степени безрецептурных) препаратов были, есть и в обозримом будущем будут врачи. Однако к ним нужно добавить множество других принимающих решение людей, среди которых:

- ✦ аптечные работники, особенно те, кто влияет на формирование формуляра, а также на продвижение безрецептурных препаратов;
- ✦ медицинские сестры;
- ✦ другие врачи (стоматологи, ветеринары, офтальмологи);
- ✦ управляющие систем здравоохранения;
- ✦ политические деятели;
- ✦ потребители и их представители.

Что касается врачей, то здесь у компаний есть много возможностей разделить большую целевую аудиторию на множество более мелких субсегментов. Врачей можно разделить по медицинской специальности, частоте и характеру использования препарата, типу практики (одиночная, групповая, больничная и т.д.). Эту информацию можно использовать для организации прямой рассылки, размещения рекламных модулей в печатных изданиях и при организации работы

торговых представителей, и эффективность таких мероприятий можно приблизительно оценить. То же верно, правда, в меньшей степени по отношению к другим профессионалам здравоохранения. Можно даже получить списки потребителей, о которых известно, что они страдают астмой, диабетом или гипертонической болезнью, чтобы использовать их для прямого продвижения препаратов потребителям.

Другие лица, принимающие решения, включая управляющих систем здравоохранения, также относятся к целевой аудитории. Более 20 журналов, таких как *Modern Healthcare*, *Business and Health* и *Medical Interface* интенсивно используются в качестве рекламных носителей. Большая часть их читателей не выписывает рецепты, но может оказывать значительное влияние с применением экономических и административных рычагов на выписку и потребление препаратов.

Потребители — очевидная целевая аудитория для продвижения безрецептурных препаратов и всегда были ею. Когда-то даже писали, что журналы были «изобретены» для того, чтобы размещать в них рекламу готовых лекарственных препаратов. (Интересная параллель: первые коммерческие программы на радио служили для привлечения покупателей самих радиоприемников.)

К 2000 году стало очевидно, что потребители стали целевой группой для продвижения и *рецептурных* препаратов. Тогда было потрачено около \$2 млрд. на DTC. Этот относительно новый феномен сопряжен с определенными проблемами и возможностями, иллюстрацией чего могут послужить два примера.

Реклама Актигалла (Ciba-Geigy)

В 1991 году компания Ciba-Geigy (называвшаяся таким образом на тот момент) начала рекламную кампанию своего препарата Актигалл (Actigall) в нескольких **потребительских журналах**.

В рекламном сообщении, озаглавленном так: «Операция на желчном пузыре. Что если вы не хотите или не можете ее себе позволить?» — говорится, что ваш врач «может выписать вам Актигалл», если он «сказал вам, что нужна операция, а вы не хотите или не можете себе ее позволить». Упомянув, что не все пациенты с камнями в желчном пузыре нуждаются в лечении, в рекламе говорилось, что «пациенты с легкими симптомами могут находиться под наблюдением своих врачей, чтобы отслеживать развитие ситуации».

В рекламном сообщении Актигалл описывался как вещество, растворяющее камни в желчном пузыре, а в качестве наиболее часто встречающегося побочного действия указывалась диарея. «Полное растворение желчных камней в течение пяти лет наблюдалось у примерно 50% пациентов», — говорилось



→ в сообщении. Фраза «Обратитесь за советом к своему врачу» размещалась в конце сообщения, а краткая информация о препарате — в начале.

В ходе подготовки к потребительской кампании Ciba-Geigy разместила в **медицинских журналах** двухстраничную рекламу, включившую рекламное сообщение и рядом — в форме художественного диалога между руководителями компании подробное объяснение для врачей стратегии продвижения препарата потребителям.

Реклама для профессионалов началась в январских и февральских выпусках журналов для врачей, включая «Journal of the American Medical Association», «American Family Physician», «American Medical News» «Internal Medicine News» и «Medical Economics». Сообщение появилось и в нескольких изданиях для аптек, таких как «Drug Topics», «Pharmacy Times» и «American Druggist». В дополнение к этому группа медицинских представителей из 500 человек распространила среди врачей и аптечных работников 1,4 млн. экземпляров рекламных брошюр для потребителей.

Кампания среди профессионалов была нацелена на преодоление ожидаемого с их стороны сопротивления программе продвижения непосредственно потребителям.

Реклама Кардизема (Marion Merrel Dow)

В 1992 году в рекламном сообщении компании (называвшейся тогда Marion Merrel Dow) для потребителей препарата Кардизем (Cardizem) сообщалось о новом препарате — Кардиземе:

- ◆ Более экономичный.
- ◆ Легче принимать.
- ◆ Спросите у своего врача, подходит ли вам Cardizem CD.

В этом рекламном сообщении давался номер телефона, по которому пациент мог позвонить, чтобы получить бесплатную подписку на «газету о здоровой жизни» — CardiSense.

Реклама была направлена на использование трех возможностей:

1. Помощь пациентам для еще более активного напоминания врачам о новом продукте.
2. Замещение на дженерики было невозможно, поскольку дженериковых аналогов препарата не существовало.
3. Подписчики на CardiSense становились адресатами для рассылки.

Сообщение

В **главе 13** мы привели типологию обращений, используемых в рекламе рецептурных препаратов. Это одна из характеристик рекламного сообщения, которое может иметь одну из трех целей.

Информирование

Сообщения, информационные по своей природе:

1. Мы новые, и мы доступны.
2. Мы изменились.
3. Чтобы добиться успеха, наш препарат надо использовать следующим образом.
4. Существуют некоторые способы использования препарата, на которые вы, возможно, не обратили внимания. Например, в рекламе таблеток Берокка Плюс (Berocca Plus) врачу предлагались следующие кандидаты для лечения пищевыми добавками:
 - ✦ 10 000 000 алкоголиков;
 - ✦ 25 500 000 пожилых пациентов;
 - ✦ 23 500 000 хирургических пациентов;
 - ✦ 5 000 000 пациентов инфекционных отделений больниц;
 - ✦ неподдающееся подсчету число пациентов, придерживающихся низкокалорийной диеты.

Сопровождаемая фотографиями пациентов, эта реклама была действительно информативной.

Убеждение

Важную часть продвижения составляет убеждение: «Выберите этот продукт по таким-то причинам». Обращения, приведенные в **табл. 13.1 (глава 13)** по своей сути нацелены на убеждение, и все они используются в различных комбинациях как в отрасли, так и на всех носителях рекламы.

Напоминание

Даже если невозможно сказать ничего нового, никто не станет отключать двигатели на высоте 40 000 футов только потому, что полет происходит нормально. Реклама, на которой изображено яблоко, многие годы занимала заднюю обложку журнала Американской медицинской ассоциации (*American Medical Association*). Сообщение было простым: «Роцефин один раз в день».

Учет стадии жизненного цикла продукта

Как говорилось ранее, Целебрекс был назван брендом года благодаря успешности его запуска в 1999 году. В 1995 году брендом года журнала «*MedAd News*» был назван Премарин (Premarin) — препарат, которому на тот момент исполнилось 55 лет! Среди причин, по которым он был выбран, издатели привели следующие:

1. Сильный устойчивый рост продаж.
2. Устойчивое использование при различных показаниях.
3. Заметное влияние на увеличение длительности жизни пациентов.
4. Высокая степень доверия со стороны врачей и пациентов.

Как заявляла в своей рекламе компания Wyeth Ayerst, «ничто не сравнится с Премарином».

Целебрекс и Премарин — препараты, находящиеся на разных стадиях жизненного цикла, и основной задачей их продвижения является адаптация каждого к своей стадии, а иногда и влияние на нее.

На стадии выведения препарата на рынок специалисты по маркетингу занимаются информированием потребителей о доступности препарата и иногда, как в случае с Целебрексом, формируют **первичный спрос**, объясняя преимущества нового класса. Таким образом, первый препарат из класса оказывает определенные услуги тем, кто идет следом. (Компании Merck было намного легче говорить о том, что Виокс является ингибитором ЦОГ-2.) (табл. 15.1).

На стадии роста задачей менеджеров по рекламе является утверждение того, что «наш бренд — лучший», т.е. формирование **селективного спроса**. На этом этапе часто используется сравнительное продвижение, основанное на разнице в цене, безопасности, эффективности, удобстве использования и других факторах.

На этапе зрелости рынка, когда на нем может быть много конкурентов, продвижение должно работать еще больше и часто с большими затратами, чтобы сохранить за продуктом долю рынка. Для компаний с относительно высокой долей рынка «напоминающее» продвижение может стать относительно менее дорогостоящим способом сказать: «Наш бренд действительно лучше».

На стадии спада продвижение обычно ослабевает, хотя может продолжаться целевое продвижение препарата, направленное на тех, о ком известно, что они продолжают предпочитать этот продукт.

Отметим, что длительность отдельных этапов бывает очень разной. Более того, работа отделов НИОКР, направленная на поиск новых показаний к применению, новых форм выпуска, новых упаковок и т.д., может позволить продвигать препарат с новыми сообщениями и продлить или даже изменить стадию жизненного цикла продукта. Например, препарат Хайтрин пережил две стадии вывода на рынок — первоначально для лечения гипертонии, а затем — для лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

Таблица 15.1.
Запуск препарата

Реклама	Маркетинг	Продажи
<p>Определение затрат на печать и продвижение</p> <p>Определение затрат на прямую рассылку</p> <p>Контакты с рекламным агентством</p> <p>Разработка графической концепции и стратегии</p> <p>Расчет предварительных затрат на размещение рекламы в печатных изданиях</p> <p>Подготовка графика выхода печатных изданий</p> <p>Подготовка макета для прямой рассылки и продвижения</p> <p>Оценка и утверждение модуля для размещения в печатных изданиях</p> <p>Подготовка технической части</p> <p>Разработка плана продвижения</p> <p>Подготовка рекламного ролика</p> <p>Пересмотр и утверждение графика выходов рекламы в печатных изданиях</p> <p>Рассмотрение и утверждение характеристик промоционных материалов</p> <p>Подготовка и распределение бюджета на продвижение</p> <p>Печать материалов для прямой рассылки и промоции</p> <p>Проверка выхода рекламы в печатных изданиях</p> <p>Разработка пресс-релизов</p>	<p>Маркетинговые услуги</p> <p>Сбор и анализ маркетинговой информации</p> <p>Подготовка первоначального плана маркетинга</p> <p>Проведение фокус-групп</p> <p>Запрос на стоимость услуг</p> <p>Разработка первоначального прогноза развития рынка</p> <p>Запрос на исследование стабильности</p> <p>Определение характеристик упаковки для заявки на регистрацию</p> <p>Определение стоимости препарата и упаковки</p> <p>Анализ данных, полученных на фокус-группе</p> <p>Уточнение цены продукта и упаковки</p> <p>Разработка окончательного образца упаковки</p> <p>Разработка технических характеристик упаковки</p> <p>Изготовление частей упаковки</p> <p>Запрос на характеристики упаковки</p> <p>Разработка бюджета</p> <p>Формирование заказа на производство</p> <p>Планирование маркетинга</p> <p>Завершение формирования плана маркетинга</p> <p>Представление плана маркетинга руководству</p> <p>Контакты с коммерческими службами</p>	<p>Медицинские представители</p> <p>Определение плана работы медицинских представителей</p> <p>Выработка содержания визитов к врачам</p> <p>Разработка предварительного плана запуска и продвижения</p> <p>Расписание съездов и конгрессов</p> <p>Разработка щитов для выставок</p> <p>Разработка и печать слайдов, аудио- и видеоматериалов</p> <p>Разработка первоначального плана запуска и продаж</p> <p>Изготовление щитов для выставок</p> <p>Пересмотр плана запуска и продаж</p> <p>Производство щитов для конгрессов и съездов</p> <p>Печать плана запуска и продаж</p> <p>Рассылка окончательного экземпляра рекламных материалов персоналу</p> <p>Отправка щитов для конгрессов и съездов</p> <p>Рассылка персоналу плана запуска и продаж</p> <p>Сообщение персоналу о получении регистрационного удостоверения</p> <p>Представление персоналу слайдов, аудио- и видеоматериалов</p> <p>Обучение представителей</p> <p>Начало работы с отделом тренинга</p>

Продолжение ▼



Реклама	Маркетинг	Продажи
Размещение пресс-релизов в торговых печатных изданиях Рассылка промоционных материалов	Контакты с правительственными учреждениями Контакты с больницами Контакты с организаторами конгрессов Контакты с розничными точками Подготовка первоначального прогноза продаж Подготовка предварительного отчета по продукту Подготовка прогноза продаж Предложения по бюджету Анализ стоимости работ	Подготовка разделов, касающихся заболевания и препарата Представление персоналу раздела по заболеванию Представление персоналу раздела по препарату Рассылка завершающих обучающих материалов персоналу Проверка усвоения новых материалов

Источник:

Spilker B. *Multinational Pharmaceutical Companies*. Philadelphia, PA: Lippincott-Raven, p. 362.

Характеристики продукта

Происхождение продукта (и заболевания, для лечения которого он предназначен) влияет на способ его продвижения. Для эффективного использования некоторых препаратов требуется серьезная инструкция — в таких случаях могут превалировать личные продажи. Другие препараты могут действовать иначе, чем продукты, относящиеся к тому же классу. Часто большое значение имеет внешний вид препарата. По разным причинам врачи могут нуждаться в информации о том, как выглядит и каков на вкус рекламируемый препарат. Важным может быть и название продукта. Путаница в названиях может привести к серьезным ошибкам в лечении, и врачи не должны тратить свое время на заучивание названий препаратов.

Можно ли успешно применять препарат один раз в день? Можно ли его назначать детям? Действительно ли он уникален?

В марте 1999 года в издании *R&D Directions* было перечислено 46 впервые зарегистрированных препаратов, причем каждый из них обладал одной или более уникальной характеристикой, что предоставляло хорошие возможности для продвижения³. Вот несколько примеров:

1. Целебрекс (Celebrex), описанный выше.

2. Паксил (Paxil) — препарат для лечения навязчивых тревожных состояний и «боязни общества» в качестве нового показания.
3. Зофран-ODT (Zofran-ODT) — новая форма выпуска для тех пациентов, которые не могут использовать свечи или таблетки.
4. Комбипатч (Combipatch) — первый препарат для заместительной гормональной терапии в форме пластыря.
5. Превен (Preven) — первый «критический» контрацептив для использования в течение 72 часов после полового акта.

Эти и многие другие примеры содержат массу возможностей для продвижения.

После изучения и понимания рыночной ситуации первое и наиболее решающее стратегическое решение должно быть принято по поводу целевой группы для информирования о преимуществах продукта. После выбора этого сегмента маркетинговая команда должна определить позицию продукта относительно конкурентов — т.е. провести позиционирование.

Позиционирование

Согласно Э. Райсу (A. Ries) и Дж. Трауту (J. Trout), **позиционирование** — это не то, что вы делаете с сознанием предполагаемого потребителя, вы позиционируете свой продукт в сознании потребителя. Основной смысл не в том, чтобы создать что-то новое и отличное от других, а в том, чтобы манипулировать тем, что уже есть в сознании, чтобы укрепить уже существующие связи⁴.

- ✦ Позиционирование начинается с сегментирования рынка по признаку получения разных преимуществ от использования препарата.
- ✦ Позиционирование часто интуитивно.
- ✦ Позиционирование помогает в разработке карт восприятия, отображающих относительное положение конкурентов с точки зрения таких факторов, как преимущества и воспринимаемое качество продуктов.
- ✦ Карта позиционирования может использоваться для нахождения новых возможностей и определения текущего и желаемого положения продукта.
- ✦ Цель позиционирования — создание отличного от других продукта, который займет уникальную нишу в сознании потребителя, особенно в целевом сегменте рынка.
- ✦ Позиционирование подразумевает тщательное обдумывание позиций всех препаратов, предлагаемых компанией.
- ✦ Чужие позиции легче всего атаковать, фокусируясь на конкретных позициях или качественных характеристиках продукта конкурента.

- ✦ Собственные позиции легче всего защитить с помощью агрессивных, мобильных контратак с использованием перепозиционирования существующих продуктов и выведения на рынок новых.
- ✦ В процессе разработки продукта нужно убедиться в том, что качество — это та характеристика, которая в наибольшей степени влияет на желаемое позиционирование препарата по отношению к конкурентам.

Типы стратегий позиционирования

- ✦ По характерным признакам.
- ✦ По соотношению цена/качество.
- ✦ По способу применения.
- ✦ По пользователям.
- ✦ Позиционирование внутри класса продуктов.
- ✦ Позиционирование относительно конкурентов.

Золофт (*Zoloft, sertraline HCL*)

Производитель:

Pfizer

Тип позиционирования:

По характерным признакам

Золофт назначается для лечения депрессии. Основным конкурентом является Прозак (Prozac). Разработчики Золофта пытаются позиционировать его в сознании врачей как препарат, дарящий пациентам более счастливую жизнь. Это доводится до сознания аудитории путем постоянной смены сообщений и изображений в рекламных материалах.

Правакोल (*Pravachol, pravastatin sodium*)

Производитель:

Bristol-Myers Squibb (приобретен у Sankyo, Япония за 133,5 млрд. йен)

Тип позиционирования:

*По способу применения
Относительно конкурентов*

Зокор (*Zocor, simvastatin*)

Производитель:

Merck

Тип позиционирования:

*По способу применения
Относительно конкурентов*

Оба препарата позиционируются как препараты для снижения уровня холестерина в крови и имеют сходный принцип действия. Однако они отличаются друг от друга благодаря особым показаниям для лечения сердечной недостаточности. В то время как Правакол

позиционируют как специфический препарат для снижения риска первичного инфаркта миокарда, Зокор позиционируют более масштабно, делая акцент на общем снижении смертности, включая риск нефатальных инфарктов миокарда, а также осложнений после процедур реваскуляризации миокарда.

Аллегра (*Allegra*, активный метаболит *terfenadine*)

Производитель:

Hoechst Marion Roussel

Тип позиционирования:

*По характерным признакам
По соотношению цены
и качества*

Аллегра — антигистаминный препарат, и компания пытается подключить свой препарат Селдан (*Seldane*) к этому новому продукту. Чтобы дифференцироваться от более раннего продукта, Аллегра позиционируется в сознании потенциальных потребителей как «неседативный» антигистаминный препарат, что привлекательно для врачей, а его ценовое преимущество выступает на первый план при сравнении с Селданом и другими неседативными антигистаминными препаратами.

Китрил (*Kytril*, *granisetron HCL*)

Производитель:

SmithKline Beecham

Тип позиционирования:

*По соотношению цены
и качества*

Китрил относится к классу противорвотных препаратов и используется для профилактики тошноты и рвоты, вызываемой противораковой химиотерапией. Китрил позиционируется как более экономичный препарат по сравнению с его основным конкурентом Зофраном (*Zofran*), а также благодаря парентеральной форме выпуска.

Тайленол (*Tylenol*, *acetaminophen*)

Производитель:

McNeil

Тип позиционирования:

*По способу применения
Относительно конкурентов*

Тайленол используется для лечения отдельных симптомов, причем его продвижение следует за сезонными изменениями в структуре заболеваемости. Более того, он дифференцируется от других болеутоляющих средств как не имеющий побочных эффектов в отношении желудочно-кишечного тракта.

Налдекон (*Naldecon*/ *phenylpropanolamine/ chlorpheniramine/ phenyltoloxamine/ henylephrine*)

Производитель:

Apothecon (BMS)

Тип позиционирования:

По пользователям

Налдекон — препарат для лечения простуды и кашля. Имеет четыре формы выпуска для пациентов разных возрастов: пожилых, взрослых, детей и младенцев (капли).

Никвил (*Nyquil/doxylamine succinate/dextromethorphan Hbr/acetaminophen/pseudoephedrine HCL*)

Производитель:

Procter&Gamble

Тип позиционирования:

По способу применения

Никвил — препарат для избавления от симптомов простуды и гриппа. Поскольку эти симптомы усиливаются вечером, Никвил позиционируется как ночное средство для избавления от этих симптомов. Среди остальных средств для лечения от простуды и гриппа, Никвил выделяется своей уникальной позицией в восприятии потребителей. Классический пример удачного позиционирования.

Формирование комплекса маркетинга

Перечень средств для продвижения чрезвычайно широк. Четыре традиционных — личные продажи, прямые рассылки, реклама в печатных изданиях и предоставление образцов — дополняют многочисленные прочие методы продвижения, вплоть до Интернета. Как использовать все их наилучшим способом?

Две основные проблемы формирования комплекса маркетинга: **необходимость согласованности/последовательности промо-ционных сообщений** и **бюджет** — обсуждаются ниже. Некоторые, хотя не все критерии для определения элементов комплекса маркетинга приведены в **табл. 13.4 (глава 13)**.

Сложность процесса формирования иллюстрирует **табл. 15.1**, в которой отражена лишь часть деятельности по планированию запуска нового препарата.

Несомненно, ответственность за координацию всех этих видов деятельности ложится на отдел маркетинга, даже если некоторые его функции выполняются и координируются другими подразделениями. Более того, иногда то, что должно восприниматься как продвижение, называется в компании иначе (например, медицинским образованием). Поэтому поиск оптимального соотношения элементов комплекса маркетинга — скорее, искусство, чем наука, хотя инструменты для его достижения существуют.

Представим вице-президента по продажам, которого только что поставили в известность о том, что его *бюджет* будет урезан (в отличие от *плана* продаж), чтобы направить средства на потребительскую рекламу ДТС. Такие конфликты часто возникают из-за ограниченности финансовых ресурсов (а такое имеет место всегда). В отрасли публикуется немало информации о размерах и рас-

пределении затрат на продвижение. Можно узнать, например, что в 1999 году компания Schering-Plough потратила \$223 млн. на потребительскую рекламу, но, сколько было потрачено на личные продажи, вы не узнаете.

Хочется надеяться, что формирование бюджета на продвижение — скорее результат тщательного планирования, чем сражения подразделений за каждый доллар. Инструменты для принятия взвешенных решений есть.

В декабре 1993 года в выпуске *Product Management Today* Роберт Джиронди (Robert Girondi) описал один метод применения логических систем для планирования продвижения⁵.

«Применение метода относительной ценности носителя в процессе планирования продвижения лекарственных средств»

Планирование продвижения лекарственных средств сегодня важно как никогда. Никогда раньше столько внимания не уделялось возврату инвестиций на продвижение (*return-on-promotional investment* — *ROPI*). Занимающиеся этим рекламные агентства и команды по продуктам так или иначе задают один и тот же вопрос: **Какой эффект может дать реализация рассматриваемого плана продвижения?**

Практически каждый рабочий день мы выносим различные суждения относительно эффективности средств продвижения. Мы вынуждены принимать специальные решения по проблеме *ROPI*, например: как использовать автоматические телефонные сообщения, рекламу в печатных изданиях, визиты к врачам или формы для записи данных о пациентах для того, чтобы донести свою информацию до целевой группы. Все эти решения обычно принимаются с учетом личного опыта, динамики продаж и т.д. До сих пор альтернативного метода для решения этой проблемы не было.

Сложность сообщения

Ответы на поставленные вопросы на самом деле зависят от сложности сообщения, которое необходимо донести, и от возможности доступных (по финансам) средств достичь этой цели. Цель определяется как обеспечение такого контакта с врачом, относящимся к целевой группе, чтобы он при любой возможности выписывал препарат компании. Для этого нужно использовать некий комплекс носителей рекламы. И возникает еще более важный вопрос: какова относительная ценность каждого из имеющихся в распоряжении средств продвижения?



➔ Интуитивно мы понимаем, что пользы от автоматических телефонных сообщений меньше, чем от визитов к врачам, но определить, насколько меньше, довольно сложно, особенно если учесть возможность первого обеспечивать намного большую частоту повторений, чем при визитах к врачам.

Чтобы дать ответ на этот важный вопрос, а также документально подтвердить «относительную ценность» различных доступных менеджеру средств продвижения, компания HCl за последние пять лет провела более 260 контролируемых испытаний среди более чем 12 000 врачей. Результаты этого исследования содержат необходимые переменные для определения относительной ценности различных носителей в наше время, когда достижение максимального эффекта при минимальных затратах — единственно приемлемый способ ведения бизнеса (табл. 15.2).

Таблица 15.2.

Метод продвижения	Ценность по отношению к рекламе в журнале
Встречи за обедом	5,00
Симпозиумы/конгрессы	4,66
Визиты к врачам медицинских представителей (первичные)	3,33
Визиты к врачам медицинских представителей (повторные)	2,33
Медицинские телевизионные программы	2,00
Групповые встречи с врачами	1,66
Прямая рассылка	1,17
Напоминающие встречи с врачами	1,00
Реклама в журнале	1,00
Публикации с упоминанием	0,66
Бланки для рецептов	0,33
Использование других офисных принадлежностей (блокнотов, ручек и пр.)	0,16

Источник:

Данные компании HCl, Inc., Princeton, New Jersey.



Очень важно понять, что концепция «относительной важности» не связана с объемами продаж, достигнутых в результате продвижения, она основана на относительной способности средства продвижения, как элемента комплекса продвижения, донести сообщение до аудитории. Используя эту информацию, можно соответствующим образом взвесить и объединить журналы и другие носители рекламы, включая такие средства продвижения, как визиты к врачам, конференции, обеды и пр.

Применение данных об относительной ценности в ходе планирования продвижения

Для того чтобы наиболее эффективно ответить на вопрос о максимизации ROI , надо сделать несколько логических шагов:

1. Оценить потребность в частоте контактов с врачами (как часто нужно контактировать с каждым конкретным представителем целевой группы для достижения прочного запоминания и принятия решения о выписке препарата); определить число рабочих недель, в течение которых препарат будет продвигаться, а также целевую аудиторию. Менеджеры по продукту могут подсчитать число контактов, необходимых для достижения желаемого эффекта (**см. А в табл. 15.3**). Затем выделяется число личных контактов, которые могут быть осуществлены с помощью команды медицинских представителей.
2. Остальные контакты распределяются между не персонализированными средствами продвижения в пропорции, соответствующей требованиям конкретного продукта и этапа жизненного цикла, на котором он находится (**см. В и С в табл. 15.3**). Например, в начале своего жизненного цикла продукт должен занять определенное положение в сознании представителей целевой аудитории, должно быть сформировано знание марки и понимание ее преимуществ, а также обеспечено принятие продукта новаторами из состава целевой аудитории. Исследования показывают, что реклама в журналах — наилучшим образом и с высокой степенью достижения обеспечивает широкий охват аудитории, высокую частоту контактов при низкой стоимости. На это средство продвижения, соответствующее потребностям на данном этапе, приходится 75% контактов (с учетом других печатных носителей — рецептурных бланков, листовок и пр.).





Остальные 25% нужно использовать для того, чтобы контактировать с наиболее активной частью врачей чаще и продуктивнее, чем это возможно при использовании одних журналов.

Теперь к данному процессу могут быть применены описанные выше сведения об относительной ценности. Возвращаясь к нашему примеру (**см. Д в табл. 15.3**), поскольку относительная ценность первичных визитов к врачам в 3,3 раза выше, чем журнальной рекламы, то по своей способности донести сообщение, ценность контактов, обеспечиваемых в ходе визитов к врачам, возрастает с 366 000 до 1 207 800 ($366\,000 \times 3,3$). Это сокращает число дополнительных контактов, обеспечиваемых печатными носителями, до 17 092 200, которые распределяются в соотношении 3 : 1 между рекламой в журналах и другими печатными носителями, как это наилучшим образом соответствует жизненному циклу продукта.

3. Расценки на размещение рекламы, периодичность и длительность кампании продвижения, численность целевой аудитории и цели по частоте контактов могут быть переведены в соответствующие плану маркетинга финансовые затраты.
4. Для установлении бюджета на продвижение для планирования общего возврата на инвестиции (ROI) и для тактического применения, распределение контактов может быть переведено в домаровое выражение путем простого умножения их на соответствующие средние цены (**см. Е в табл. 15.3**). В данном случае были сделаны следующие расчеты:
 - ◆ 12,8 млн. выходов рекламы в журнале по \$0,38 = \$4,9 млн.;
 - ◆ 4,3 млн. контактов с помощью нежурнальной печатной рекламы по \$0,60 каждый = \$2,6 млн.;
 - ◆ общий бюджет на печатную рекламу, необходимый для достижения целей = \$7,5 млн.

Этот бюджет, рассчитанный с нуля, в дальнейшем может уточняться, чтобы он соответствовал уровню затрат конкурентов или каким-либо другим моделям, принятым в компании. Возможно, будет верно принять уровень затрат, представляющий нечто среднее между этими тремя разными подходами.





Таблица 15.3.

Цели по контактам: гипотензивные средства — приведение к эквивалентной ценности

	<i>Начало жизненного цикла продукта</i>	<i>Приведенная эквивалент- ная ценность</i>	<i>Полученный бюджет</i>
Контактов за неделю	3	3	
Число рабочих недель	$\times 50$	$\times 50$	
Численность целевой аудитории	$\times \frac{122\,000}{18\,300\,000}$	$\times \frac{122\,000}{18\,300\,000}$	
Число целевых контактов <i>A</i>			
Контакты в ходе визитов к врачам <i>B</i>	$\frac{366\,000}{17\,934\,000}$	$D \times 3.3 =$ $= \frac{1\,207\,800}{17\,092\,200}$	\$7 435 107
Необходимое число контактов			
Выход рекламы в журналах	13 450 500	12 819 150	<i>E</i> \$4 871 277
Другая печатная реклама	<i>C</i> * 4 483 500	<i>C</i> * 4 273 050	<i>E</i> \$2 563 830
Общее число контактов	18 300 000	18 300 000	

* Журнальная и другая печатная реклама соотносятся как 3 : 1.

Разработка медиа-плана

После достижения соглашения по формированию бюджета нужно разработать обычный медиа-план для распределения этих средств. Именно на этом этапе используются данные по относительной ценности различных средств продвижения (интересная тема для обсуждения, но не объект для данной статьи).

Небольшие эксперименты в рамках этого процесса могут послужить источником дополнительной выгоды, особенно если разработать разные сценарии развития ситуации. Среди множества преимуществ такого подхода — удобство планирования продвижения, а также повышение уровня доверия, что помогает защищать предлагаемые бюджеты.

Преимущества метода относительной ценности средств продвижения лекарственных препаратов многочисленны и очевидны. Но ни одно из них не превосходит по очевидности и важности возможность объединить визиты к врачам с другими элементами комплекса маркетинга так, чтобы оценить синергетический вклад каждого из них в обеспечение наиболее эффективного *ROPI*. (Перепечатано с разрешения из *Product Management Today*, December 1993.)

Заключение

Будучи важнейшим из всех «четырёх Р», продвижение отвечает как за информирование потребителей, так и за стимулирование продаж. Ответственность распределяется более или менее, если не полностью, эффективно. Обязательная творческая составляющая продвижения *может* отвлекать на себя внимание от результатов.

Для присуждения награды «Мэппу» рекламному агентству года, список номинантов которой ежегодно публикует *MedAd News*, используются следующие критерии:

- ✦ управленческий потенциал;
- ✦ рост доходов;
- ✦ творческий маркетинговый потенциал;
- ✦ новые клиенты;
- ✦ потерянные клиенты;
- ✦ способность привлекать, развивать и удерживать персонал⁶.

Хотя все это важно для успеха рекламы и любой другой деятельности по продвижению, нужно еще оценить и наградить за способность информировать и убеждать.

Литература

1. Hughes F. and J. Kallir *Medicine avenue: The story of medical advertising in America*. Huntington, NY: Medical Advertising Hall of Fame, 1994.
2. Carson G. *One for a man, two for a horse*. New York: Doubleday, 1961.
3. Engle S. *Latest in the pipeline*. R&D Directions 1999; 5 (3): p. 20.
4. Ries A. and Trout J. *Positioning: The battle for your mind*. New York: Warner Books.
5. Girondi R. *Applying relative media values to the pharmaceutical promotion planning process*. Product Management Today 1993; 4 (4): pp. 21-23.
6. *MedAd News*, September 2001; p. 14

Раздел VI. Заключение

Глава 16.

Фармацевтический маркетинг в системе общественного здоровья

Очень немногие отрасли подвергались критике так же часто, несправедливо и нечестно в связи со своей маркетинговой деятельностью, как фармацевтическая промышленность. Термин «маркетинг» часто используется неверно, в уничижительном смысле. Критики часто придерживаются одного из указанных ниже негативных мнений и игнорируют преимущества, которые дает фармацевтический маркетинг.

Ошибочные негативные представления о фармацевтическом маркетинге таковы:

- ✦ Разработка фармацевтических препаратов ведется в отрыве от потребностей пациентов, а маркетинг используется для продажи бесполезных, дорогостоящих и излишних лекарств, изобретенных недостижимыми исследователями.
- ✦ Продвижение не нужно. Хорошие продукты с заметными преимуществами всегда найдут потребителя. Врачи всегда знают обо всем новом и хорошем. Продвижение не вызывает доверия у врачей и не приносит им никакой пользы.
- ✦ Компании тратят слишком много денег на маркетинг, особенно на продвижение и рекламу.
- ✦ Маркетинг повышает стоимость препаратов.
- ✦ Фармацевтический маркетинг почти полностью означает продвижение. Другие, менее заметные функции маркетинга, такие как, например, поддержание эффективной дистрибуции, не столь важны.
- ✦ Стимулирование спроса на лекарственные средства неуместно, оно провоцирует ненужные траты.

Короче говоря, критики считают, что маркетинг практически не добавляет ценности фармацевтическим продуктам. Это довольно распространенное мнение отражает большую потребность в объяснении роли маркетинга в фармацевтике и той ценности, которую он придает препаратам.

Совершенно очевидна добавочная ценность лекарственных средств в удобных формах выпуска, с приятным вкусом и в удобной упаковке. Однако маркетинг придает много других, более глубоких ценностей фармацевтическим препаратам, но большинство из них менее очевидны и обычно остаются непонятными.

Основная роль фармацевтического маркетинга состоит в передаче технологии. Лекарство имеет ценность только в том случае, если оно доступно тогда и там, где в нем есть потребность. Суть фармацевтических разработок состоит в том, чтобы определить, как химическое вещество будет так или иначе действовать на человеческий организм. Сущность фармацевтического маркетинга состоит в донесении этой информации до врачей и потребителей. Таким образом, исследования, разработки и маркетинг — это элементы информационного потока, проходя который исследовательские концепции трансформируются в практические терапевтические инструменты, информация заметно усложняется и становится более полезной для системы здравоохранения. Передача информации конечным пользователям с помощью маркетинга — критическое звено фармацевтической инновации. Если врачи не будут проинформированы о возможности лечения с помощью новых препаратов, не будет никакой реальной инновации¹.

Маркетинг проходит путеводной нитью сквозь все процессы фармацевтической отрасли. Он объединяет многие аспекты этой сложной сферы производства и лежит в основе бизнеса всех успешных фармацевтических компаний. Более полное понимание фармацевтического маркетинга необходимо для того, чтобы признать: маркетинг — не только важная деловая функция, он жизненно важен для всей системы общественного здоровья.

Маркетинг на этапе разработки

Компании все больше осознают тот факт, что **исследования и разработки, потребности пациентов и коммерческий успех тесно взаимосвязаны**. Вовлечение маркетинговых специалистов в команды, разрабатывающие лекарства, обеспечивает учет потребностей пациентов, врачей и оплачивающих лечение организаций.

Сами по себе препараты имеют низкую ценность — востребовано их благотворное воздействие на жизнь и здоровье пациентов, а также на затраты на здравоохранение. Маркетинг определяет потребности, совершенствует продукт для соответствия этим потребностям

и информирует врачей, пациентов и страховые компании о доступности препарата и его характеристиках. Таким образом, разработка лекарственных средств направлена на потребителей, и маркетинг обеспечивает связь между потребностями пациентов и определенными продуктами, он играет важную роль на всех этапах разработки лекарства.

Разработка препарата — процесс, который начинается с пациента, направляется его потребностями и заканчивается на нем. Маркетинг обеспечивает передачу информации на каждом этапе. Маркетинг последовательно:

1. направляет разработку препаратов, основываясь на оценке потребностей пациентов;
2. информирует врачей о существовании и характеристиках препаратов;
3. убеждает пациентов использовать их подобающим образом.

Маркетинг двигает нас от знания о неудовлетворенных потребностях пациентов к удовлетворению многих из этих потребностей с помощью новых способов лечения. Все начинается с начала после обнаружения маркетингом недостатков в каком-либо продукте.

Маркетинг не принуждает врачей пользоваться препаратами, напротив, он предоставляет врачу возможность сделать информированный выбор между детально описанными веществами для того, чтобы лечение наилучшим образом соответствовало потребностям отдельного пациента. Требования к лечению разных пациентов отличаются большим разнообразием, обусловленным заболеванием и его симптомами, сопутствующими заболеваниями, принимаемыми препаратами, наличием побочных эффектов и аллергических реакций, возрастом, полом, этнической и расовой принадлежностью, прошлым опытом использования препаратов и многими другими факторами. Широкий выбор препаратов позволяет тщательно подобрать индивидуальное лечение. Маркетинг помогает профессионалам здравоохранения делать более взвешенный выбор благодаря тому, что им становятся известны характеристики препаратов.

С помощью маркетинговых исследований ведется поиск новых возможностей отрасли в виде неудовлетворенной потребности пациентов. Например, хотя явно есть потребность в более качественном лечении раковых заболеваний, нужны исследования для обнаружения пробелов в применяемых способах терапии, выявления тяжелых побочных эффектов, которые нужно ослабить, а также для оценки и корректировки переносимости лекарств. Маркетинг выявляет все эти проблемы и передает информацию подразделениям НИОКР.

Маркетинг аккумулирует пожелания пациентов и врачей. Препараты, созданные для удовлетворения несуществующей потребности, потерпят неудачу, несмотря на все усилия. Рыночные неудачи стоят дорого, и в конечном итоге их стоимость ложится на плечи по-

требителей. Маркетинг позволяет снизить затраты, отсеивая препараты, обреченные на неудачу в коммерческом плане.

Некоторые препараты сходят с дистанции в процессе разработки, некоторые перепозиционируются. Малый размер рынка сам по себе необязательно убивает продукт. Тот факт, что фармацевтическая промышленность разрабатывает препараты для лечения редких заболеваний, свидетельствует о том, что стремлению компаний удовлетворить потребности медицины могут сопутствовать очень низкие шансы получения экономической прибыли. Коммерческий успех может быть усилен разработкой «дружественного» пользователю препарата, т. е. препарата с оптимальной дозировкой, вкусом, формой выпуска, легкого в применении, легко переносимого и удобно упакованного. Разработка препарата редко заканчивается получением регистрационного удостоверения, она просто переходит в другое русло, в большей степени связанное с маркетингом. Типичные направления разработки после вывода продукта на рынок могут быть следующими:

- ✦ разработка форм выпуска с более низкой дозировкой для использования пожилыми пациентами и другими группами пациентов;
- ✦ дополнительные показания к применению;
- ✦ разработка системы доставки с медленным высвобождением активного вещества для снижения частоты приема;
- ✦ улучшение вкуса и упаковки;
- ✦ дальнейшее определение побочных эффектов.

Фармакоэкономические исследования

Кроме основной деятельности, связанной с определением и удовлетворением нужд потребителей, теперь **маркетинг должен выполнять дополнительную задачу — доказывать организациям, оплачивающим лечение, экономическую ценность продукта.** Правительство, организации здравоохранения, работодатели, а также другие покупатели услуг здравоохранения тщательно изучают цены и ценность всех элементов терапии, включая лекарства.

В 1980-х годах фармацевтические компании стали положительно реагировать на эти новые рыночные потребности. Они начали учитывать технологические оценки и доказательства ценности как новые правила игры. Крупнейшие компании стали предоставлять данные анализа соотношения эффективности и затрат, будучи уверенными (и не зря) в том, что рыночная потребность в информации такого рода будет возрастать².

Фармацевтические компании играли важнейшую роль в формировании, финансировании и совершенствовании новой области

знаний под названием **фармакоэкономика**. Первые плодотворные усилия в этой области были предприняты не позднее 1977 года компанией Smith, Kline & French, которая продемонстрировала радикальные экономические преимущества от использования циметидина в качестве альтернативы хирургическому лечению язвы желудка. В 1981 году Дункан Нейхаузер (Duncan Neuhauser), профессор эпидемиологии и общественного здоровья в университете Case Western Reserve University, рассмотрев проведенное этой компанией экономическое исследование, оценил его высокий вклад и высказался в поддержку проведения такого анализа «при широком спектре медицинских вмешательств»³.

Фармакоэкономика продолжала развиваться, и на данный момент научная литература изобилует сравнениями альтернативных курсов лечения медикаментами между собой, сопоставлением с другими способами лечения, и оценками ценности препарата относительно его цены.

Эти течения стали движущей силой рыночных процессов. Число опубликованных оценок различных препаратов с точки зрения фармакоэкономики в последнее время бурно растет. Исследования охватили такие области, как **оценка качества жизни, измерение результата лечения и анализ принятых решений**. Компании уделяют особое внимание тому, чтобы фармакоэкономическое исследование было информативным и научно обоснованным компонентом маркетинговой стратегии продукта. Изобретенные ими технологии сегодня используются как серьезные инструменты для принятия решения различными органами и правительственными чиновниками.

Снижение давления на цены

Уникальная, свойственная только фармацевтической отрасли проблема — часто негативное восприятие ее продукции обществом. Каждый хотел бы быстро избавиться от симптомов, получить эффективное лечение, но только немногие могут в полной мере оценить стоимость и ценность продуктов, обеспечивающих достижение этих, казалось бы, простых целей. Пациентов, страдающих бессимптомными заболеваниями, часто раздражает необходимость нести расходы, которые не дают явных и немедленных результатов, и предпочитают вместо этого приобрести что-нибудь, обладающее очевидной ценностью — новую одежду, билет в кино, обед в ресторане. Покупка препаратов больными с выраженной симптоматикой или страдающими хроническими заболеваниями обычно осложнена связанными с болезнью негативными эмоциями. Наконец, препараты нередко покупаются впрок и оплачиваются самим пациентом, в то время как другие, зачастую более дорогие элементы системы здравоохранения оплачивают страховые компании. Все эти факторы

вместе делают препараты непопулярными, а цены на них — непопулярными вдвойне. Правильной цены нет, есть только «непомерно высокая».

Однако **маркетинг позволяет контролировать цены на препараты**, поскольку компании конкурируют между собой, борются за наибольшую долю рынка. Производство дженериков основано на ценовой конкуренции, но ценовая конкуренция идет и между различными марочными продуктами одного терапевтического класса. Хотя разные продукты редко имеют равную терапевтическую ценность, все же замену часто найти можно. Таким образом, препарат с чрезмерно высокой ценой, ставшей результатом некачественного анализа рынка, не найдет много покупателей.

Кроме того, **маркетинг, снижая цену на препараты, увеличивает число пользователей**. Ценообразование в определенной степени зависит от ожидаемого объема рынка, и стимулирование соответствующего спроса с помощью методов продвижения позволяет расширить аудиторию пользователей. Широкое применение препарата может увеличить масштаб производства и снизить цены. Удельный вес затрат на НИОКР и производство уменьшается (они распределяются на более широкую базу), поэтому себестоимость единицы снижается. Вот почему широко используемые препараты, в частности, для лечения таких хронических заболеваний, как артрит или гипертония, стоят значительно меньше, чем те, в которых нуждается относительно небольшой круг потребителей, например, препараты для лечения онкологических заболеваний.

Развитие эффективной дистрибуции

Фармацевтические средства не могут самостоятельно находить путь к аптечным прилавкам. Жизненно важная, но часто упускаемая из виду функция маркетинга состоит в развитии и поддержании системы дистрибуции (распределения) препаратов.

Так, маркетинг стал причиной создания в США одной из наиболее эффективных и экономичных систем дистрибуции препаратов в мире. Эта система позволяет быстро, немедленно после регистрации в FDA, распределять новые жизненно-важные препараты. После получения в FDA разрешения на маркетинг новый важный препарат может практически сразу стать доступным для всех практикующих врачей страны, а также быть доставленным в каждую аптеку страны в течение 48 часов.

Система дистрибуции позволяет также быстро отреагировать на «плохие новости» с помощью информирования врачей и аптечных работников об обнаруженных важных побочных эффектах. Если возникли проблемы с качеством или обнаружены фальсифицированные препараты, то характеристики и номер партии таких

препаратов может быть немедленно определены для того, чтобы некачественная продукция могла быть отозвана из всех аптек.

Подтверждает эффективность этой системы доступность практически любого рецептурного препарата в любом городе Америки. Система дистрибуции создавалась объединенными усилиями производителей, оптовиков и розничных точек. Ее работа практически не заметна для потребителей.

Производители — лишь часть сложной фармацевтической отрасли, и в обеспечении доступности ее продукции играют роль многие другие элементы этой отрасли. Потребность в эффективных взаимоотношениях между производителями и их клиентами потребовала создания сложных каналов дистрибуции, включающих независимые и сетевые аптеки, организацию торговли по почте, с помощью распространителей препаратов среди врачей, оптовиков, розничных торговцев, больниц, клиник и правительственных учреждений. Выбор конкретного канала зависит от ситуации, потребностей и желаний разных групп пациентов. Географическое распределение пациентов и участников каналов дистрибуции влияет на расположение завода, склада, развитие системы торговых площадей и транспортных услуг по доставке продукта.

Тысячи розничных аптечных точек сами по себе являются частью фармацевтической отрасли. Многие из них осуществляют доставку конечным потребителям. Доступность препаратов для потребителей поддерживается либеральным отношением производителей к возврату непроданного товара, что позволяет аптекам иметь запасы широкого ассортимента товаров. Другие связи между производителями и дистрибуторами также направлены на повышение доступности товаров. Доступность кредитов, эффективный документооборот и налаженные коммуникации служат тому, чтобы пациент мог получить по рецепту любой препарат буквально везде.

Особый вклад в эффективность системы распределения и снижение затрат вносит оптовое звено фармацевтического рынка. Оптовые компании осуществляют отбор, закупку и хранение товаров в непосредственной близости от розничных аптек. Оптовики обеспечивают экономию средств с помощью концентрации товаров, распространения их в оптимальных объемах и последующей транспортировки по аптекам. Реализация этой сортировочной функции снижает необходимое число транзакций, что способствует снижению затрат.

По данным Национальной ассоциации фармацевтических дистрибуторов (National Wholesale Druggists' Association) общее количество транзакций в год с использованием оптовых компаний достигает 40,3 млн. (7,8 млн. транзакций между производителями и дистрибуторами и 32,5 млн. — между дистрибуторами и аптеками)⁴. Если сравнить эти данные с 439,2 млн. транзакций, которые потребовались бы для осуществления непосредственных контактов всех производителей со всеми аптеками, то выигрыш очевиден. Таким

образом, фармацевтические дистрибуторы в США сокращают число транзакций на 90,8%. Если перевести эти данные на язык экономии, то получается, что экономия затрат на дистрибуцию лекарственных средств достигает \$10 млрд. в год.

Маркетинговые коммуникации с врачами

Фармацевтические компании предпочли бы тратить время и средства не на продвижение, а на свою непосредственную деятельность, или распределить эти затраты между акционерами. К сожалению, хотя маркетинг может преуспеть в создании необходимого продукта по хорошей цене, без прочных связей производителей с врачами и аптеками, этот продукт может потерпеть на рынке неудачу. Движущей силой такой коммуникации является продвижение.

Безусловно, одна из целей продвижения — повышение объема продаж. Однако деятельность фармацевтической промышленности в сфере маркетинговых коммуникаций носит в первую очередь информационный характер и служит цели обучения врачей тому, как и когда использовать препараты, а когда их не использовать. И эта деятельность — одна из самых важных для фармацевтической промышленности. С этой точки зрения эта высоко инновационная, высоко технологичная отрасль является также и отраслью оказания информационных услуг.

Маркетинговые коммуникации часто становятся объектом критики, основная часть которой отражает неполное понимание следующих моментов:

- ✦ потребности людей в информации, сверх той, что дают некоммерческие источники;
- ✦ достоверности и полезности промоционных материалов;
- ✦ роли и важности рекламы.

Почему недостаточно медицинской литературы?

Практически нет механизмов, которые заставляли бы любых представителей системы здравоохранения — от деревенского лекаря до узкого специалиста — оставаться в курсе новейших разработок в фармакологии⁵.

В настоящее время деятельность фармацевтических производителей в области маркетинговых коммуникаций представляет собой наиболее организованную и всестороннюю систему донесения до врачей и других лиц, ответственных за принятие решений, последней информации о доступности, безопасности, эффективности, рисках

и способах использования лекарственных средств. Медицинские школы, больницы и медицинские общества признают вклад отрасли в обучение профессионалов здравоохранения, и тот факт, что, в отличие от промышленности, они не обладают ни персоналом, ни ресурсами для поддержания медицинского образования на существующем уровне.

Так, по мнению представителей Американской медицинской ассоциации, поддержка медицинского образования фармацевтической промышленностью — «важная часть системы здравоохранения»⁶, а член Комиссии FDA Д. Кесслер (D. Kessler) сказал, что «FDA прошла долгий путь, прежде чем осознала, что презентации для врачей, спонсируемые фармацевтическими производителями, могут играть важную роль в информировании и обучении профессионалов здравоохранения»⁷.

Если бы внезапно был наложен запрет на все виды продвижения лекарственных средств, влияние этого запрета на уровень знаний врачей при отсутствии заменяющих источников информации было бы немедленным и негативным. Поэтому критики этого исключительного источника информации должны предложить альтернативу. Любую альтернативную систему нужно тщательно сравнить с существующей с точки зрения масштабов, объективности, своевременности донесения информации, эффективности коммуникаций и затрат. Важность этих факторов для тех, кто будет ее реализовывать и оплачивать, и для пациентов разная. Для большинства альтернатива может оказаться гораздо менее приемлемой, чем существующая система продвижения препаратов компаниями-производителями. Один ученый предложил заменить коммерческую информацию программой, которую осуществлял бы Национальный фонд лекарственного образования. По приблизительным оценкам, эта гипотетическая программа стоила бы \$167 млн. в год в ценах 1976 года⁸, что, скорее всего, является заниженной суммой.

Маркетинговые коммуникации, осуществляемые фармацевтическими компаниями, являются основным каналом, по которому врачи получают информацию о лекарствах. В отличие от тренингов и формальных программ переподготовки, доступных большинству врачей — фармацевтические производители с помощью маркетинговых коммуникаций обеспечивают динамичное и своевременное информирование медиков о своих продуктах.

Главная информация о продукте, которая должна быть донесена до врачей, — его доступность. Прежде чем выписывать препарат, врачи должны узнать о том, что он существует. Врач постоянно ищет

возможность замены препарата в интересах пациента, т.е., зная потребности больного, врач стремится найти наиболее подходящий препарат с соответствующими характеристиками. Хотя такой поиск обычно ведется активно и квалифицированно, скорее всего, врач не узнает о новом препарате, если кто-то, обычно производитель, не будет делать официальных и систематических усилий для того, чтобы проинформировать его о новинке.

Медицинская литература очень обширна, но доступ к ней в реальной медицинской практике затруднен. С точки зрения врача, торговые представители фармацевтических компаний — чрезвычайно эффективный и экономичный способ получения информации. Потратив пять-десять минут, без поездки в медицинскую библиотеку практикующие врачи, имеющие мало свободного времени, могут получить нужную информацию. Визиты торговых представителей дорогостоящи, но это ценная услуга врачам, экономящая их время, которое они могут потратить на лечение пациентов.

Важность для врачей информации, предоставляемой о конкретном препарате фармацевтическими компаниями, зависит от этапа его жизненного цикла. Для новых препаратов коммерческий спонсор — основной источник информации, поскольку на этом этапе препарату может быть посвящено лишь несколько статей. Спонсор же обладает большим объемом информации о продукте, полученной для регистрации в FDA. Таким образом, коммерческие материалы приобретают особую важность для обучения врачей новым технологиям лечения и для получения возможности лечить пациентов новыми способами. (С точки зрения бизнеса, интенсивное распространение информации о продукте в момент его запуска требуется для успешного вывода продукта на рынок, а общий его успех в большой степени зависит от успешности первых лет его жизненного цикла.) По мере приближения стадии зрелости публикации в специализированной прессе становятся более частыми и основная тяжесть распространения знаний по использованию продукта ложится на официальные медицинские публикации, листовки, обзорные статьи и другие печатные источники.

Успех в продвижении препаратов опирается на понимание врачом заболевания и механизма действия предлагаемого препарата. Например, одной из задач для компаний, которые выводили на рынок первые бета-блокаторы и первые оральные антидиабетики, стало исследование физиологических процессов, определяющих действие препарата. Эта деятельность имеет также образовательную ценность.

Обучение практикующих врачей должно иногда сопровождаться помощью в определении диагноза. Примером может служить язвенный колит. Исследования 1960-х годов показали, что врачи затруднялись в постановке этого диагноза, что становилось причиной опоздания с назначением эффективного лечения и иногда даже приводило к трагедии. Образовательная программа компании-лидера

в производстве и продаже соответствующих лекарств была направлена на совершенствование диагностики. Безусловно, это послужило увеличению объема продаж, но также способствовало повышению уровня медицинской помощи.

Некоторые считают продвижение пристрастным, и поэтому его роль как источника информации кажется им сомнительной. Хотя информация из коммерческих источников действительно показывает препарат в лучшем свете, врачи осознают такую пристрастность и корректируют свое восприятие информации. Более того, доверие врача к торговому представителю компании зависит от того, насколько разнообразна представляемая информация. Торговые представители добиваются наибольшего успеха именно тогда, когда создают атмосферу доверия, основанную на честном, непредвзятом информировании об утвержденных показаниях. Представители, отступающие от правды, немедленно утрачивают доверие.

Конкурентная среда влияет на врачей, формирует различные взгляды на ситуацию, поскольку каждая компания говорит о преимуществах своих препаратов и сравнивает их с конкурентами. Это позволяет врачам делать более осознанный выбор наилучшего препарата для лечения конкретного пациента.

Регулирование сферы продвижения фармацевтических препаратов установило правила игры. Руководства и рекомендации FDA содержат точное описание того, что компании могут, а чего не могут говорить о своих продуктах. Коммуникация сокращается до исключительных преимуществ продукта, таких как эффективность, улучшенная форма выпуска, более низкая стоимость или меньше взаимодействие с другими препаратами. Кроме того, торговые представители не имеют права привлекать внимание врачей к тем показаниям к применению, которые не включены в официальный перечень, даже если эти показания подтверждены серьезными клиническими испытаниями.

Перспективы рекламы

Реклама — это то, что многие люди имеют в виду, говоря о продвижении, хотя реклама составляет его небольшую часть. И затраты на эту деятельность, заметную большинству людей, сравнительно невелики.

Если взять отрасль в целом, то на рекламу в печатных изданиях тратится менее 10% маркетинговых бюджетов, и около 20% этой суммы уходит на отчет, предоставляемый в FDA⁹.

Основная цель размещения рекламы в медицинских изданиях — убеждать врачей выписывать препарат, предоставлять исчерпывающую информацию о нем, но чаще всего — формировать и поддерживать имидж препарата и компании. Реклама является средством с высокой эффективностью затрат для информирования о новых продуктах, новых разрешенных показаниях к применению

старых продуктов, новых формах выпуска и новых побочных эффектах. Реклама стимулирует интерес врачей к новой информации, которую они могут получить у торговых представителей или из журнальных статей. Реклама не претендует на то, чтобы стать основным способом передачи информации, скорее, она пытается привлечь внимание к основным отличиям препарата от конкурентов.

Хотя цель большей части рекламы — продвижение новых препаратов, немалая ее часть продвигает уже известные продукты. Она служит напоминанием об альтернативных средствах, а также о том, что новое — не всегда лучшее для конкретного пациента. Сочетание рекламы новых и существующих препаратов помогает врачу сохранять «сбалансированный список» препаратов, из которого можно сделать оптимальный выбор для лечения заболевания.

Реклама фармацевтических препаратов в медицинских изданиях отличается от рекламы потребительских продуктов тем, что она технологична и научна. То, что в ней может быть сказано о препарате, подвергается строгому контролю со стороны FDA и сводится к зарегистрированной маркировке. Поскольку штрафы и наказания FDA за нарушение ее предписаний высоки, неприятны и разрушают репутацию компаний, производители прилагают серьезные усилия для того, чтобы избежать рекламы, которая может быть признана неверной или вводящей в заблуждение. Специализированные организации рекламодателей (Ассоциация национальных рекламодателей — Association of National Advertisers) и рекламные агентства (Американская ассоциация рекламных агентств — American Association of Advertising Agencies) обеспечивают саморегулирование в этой области.

FDA обязана гарантировать честность, достоверность и сбалансированность рекламы рецептурных препаратов, а также наличие в маркировке новейшей информации о безопасном и эффективном использовании препаратов и чтобы эта маркировка была представлена наиболее эффективным способом.

Компании обязаны предоставлять FDA все сведения по маркировке, рекламе и промоциональным материалам (печатным, аудио- и видео-) до их распространения. Кампании по запуску новых рецептурных препаратов также рассматриваются на предмет их соответствия правилам. Кроме того, фирмы могут обратиться в FDA с просьбой рассмотреть рекламные материалы конкурентов, если посчитают, что эти материалы нарушают требования.

Хотя затраты на рекламу — не главные для отделов маркетинга, она играет важную роль в поддержании потока медицинской информации, поступающего из некоммерческих источников. Доходы от рекламы позволяют медицинским издательствам и профессиональным ассоциациям снижать стоимость медицинских изданий для исследователей, врачей и библиотек. Отделы рекламы и редакция строго разделены, и деньги, полученные за рекламу, не могут повлиять на содержание и выбор медицинских статей.

Потребительский маркетинг

Большим пробелом в фармацевтическом маркетинге было отсутствие последнего звена в цепи передачи информации — связи с конечными пользователями, пациентами. Увеличивающиеся затраты на маркетинг, направленный на конечных потребителей, должны оказать благоприятное экономическое и клиническое воздействие. Препараты будут использоваться пациентами более правильно и постоянно, что должно снизить общие затраты на здравоохранение.

Лидеры фармацевтической промышленности уже ощутили сложности передачи информации конечным пользователям и начинают осуществлять серьезные образовательные программы, направленные на пациентов. Исследования подтверждают тот факт, что маркетинговые усилия, направленные на повышение уровня приверженности пациентов лечению с курсом лечения, могут эффективно снизить общие затраты на лечение.

Главная ответственность за правильное использование фармацевтических препаратов лежит на компаниях-производителях. Вкладывая ресурсы в повышение уровня приверженности пациентов лечению, они «взяли быка за рога», так как понимают, что, хотя врачи и аптечные работники играют определенную роль в обучении пациентов и достижении приверженности лечению, трудно ожидать от них концентрации на этом аспекте. Именно сами компании должны участвовать и в обучении пациентов способам сохранения здоровья, и в обучении профессиональных медицинских работников эффективным приемам общения с пациентами. Компании должны нести и соответствующие возрастающие расходы на маркетинг, связанные с этой деятельностью.

В течение последних 20 лет фармацевтические компании сосредоточили часть своих маркетинговых усилий непосредственно на потребителях. Хотя эти программы нередко носят противоречивый характер, все же они, по-видимому, привели к большей осведомленности общественности о рисках, связанных с заболеваниями, способствовали лечению на более ранних стадиях гипертонии, язвы желудка и 12-перстной кишки, депрессии, расстройств, связанных с менопаузой, а также помогли формированию потребности избавиться от табакокурения и более тщательно планировать семью.

Пол Рубин (Paul Rubin), бывший старший экономист Федеральной торговой комиссии, заметил, что *«реклама и продвижение лекарственных средств приносят пользу потребителям, поскольку предоставляют им информацию»*. Лгать на этом рынке — врачам или потребителям — практически невозможно¹⁰. Он высказал предположение о том, что прямое продвижение лекарств потребителям может привести к снижению цен:

Если и есть негативный эффект от рекламы профессионалам, то он состоит в том, что эта реклама может вызвать

давление на рынок и затем повышение цен. Наиболее эффективный способ нивелировать это воздействие — расширить потребительскую рекламу, поскольку потребители наиболее заинтересованы в снижении цен. Усиление контроля над рекламой, направленной на профессионалов, будет иметь негативные последствия и не приведет к каким-либо благам¹¹.

А. Мэссон (А. Masson) и П. Рубин предположили, что цены на препараты могут снизиться, если потребительская реклама будет содержать следующие четыре типа информации:

1. О болезни — человеку нужно помочь распознать симптомы заболевания, для лечения которого предназначен рекламируемый препарат.
2. О доступности лечения — донесение информации о существовании нового способа лечения уже диагностированного заболевания может стимулировать желание обратиться к врачу для лечения.
3. О побочных эффектах — знание о том, что есть более мягкий способ лечения, может стимулировать пациента к обсуждению его с врачом, а также повысить уровень приверженности лечению.
4. О рисках — человек не может оценить риск от лечения без информации о самом лечении¹².

Стимулирование спроса

Стимулирование спроса на лекарства с помощью фармацевтического маркетинга ведет к прозрачности рынка, а попытки управлять спросом, контролируя потоки информации и ограничивая маркетинг, делают рыночные механизмы неэффективными.

Свободный поток информации жизненно важен для рыночной экономики, основная цель которой — удовлетворение нужд потребителей. В области здравоохранения пациенты, врачи и страховые компании делают выбор товаров и услуг, основываясь на собственных целях и оценках экономической ситуации. Для того чтобы сделать обдуманный выбор, каждый из этих игроков нуждается в полной информации о доступности, стоимости и качестве конкурирующих продуктов и услуг.

На эффективном рынке товаров для здоровья соотношение спроса и предложения постоянно меняется под воздействием информации, которая распространяется с помощью комплекса маркетинга. Такова классическая роль маркетинга в экономической системе. Правда, есть мнение, что, стимулируя спрос на продукты и услуги, маркетинг способствует повышению затрат на здравоохранение, принуждая систему без особой необходимости и в чрезмерных объемах использовать препараты. Однако решения о ценности препарата лучше всего

принимают потребители, знающие свои личные потребности и умеющие принимать верные решения о соотношении цены и качества, если обладают качественной и правдивой информацией.

Конечно, система несовершенна, и иногда препараты используются не по назначению, однако их слабое использование из-за низкого уровня приверженности пациентов лечению или из-за того, что врач их не назначил, встречается куда более часто и стоит обществу значительно больше. По сравнению с другими видами лечения прием лекарств — обычно наиболее дешевый способ получения эффективных результатов, и недостаточное использование лекарств ведет к повышению затрат на лечение, а не к экономии.

Информация о препаратах нужна для обеспечения прозрачности рынка, поэтому важно, чтобы маркетинговая практика была организована должным образом, а информация была верной. Примерами недостойной маркетинговой практики фармацевтических компаний могут послужить дезинформация, недоказанные утверждения или взятки (скрытые или очевидные). Поэтому должно контролироваться качество информации, но не ее количество.

Особенно важно, чтобы любые изменения на рынке лекарств были тщательно продуманы, не нарушали эффективности рынка, достигнутой несколькими десятилетиями развития. Самые большие недостатки маркетинга в системе здравоохранения касаются справедливости распределения товаров и услуг, включая лекарственные средства. Поэтому задача политиков — обеспечить общую доступность лекарственных средств без разрушения эффективности, экономичности и инновационности сложившейся системы.

Литература

1. *The Boston Consulting Group. The changing environment for US pharmaceuticals [internal corporate report]. New York: Author, 1993; p. 20.*
2. *Luce C.B. Cost-effectiveness studies of pharmaceuticals: Methodological considerations. In: Socioeconomic aspects of drug therapy, Eimeren, W. van., Ed. Berlin: Springer-Verlag, 1988; p. 87.*
3. *Neuhauser D. Survey of research results and current status of CBA/CEA in technology assessment: Cimetidine as a model. Philadelphia, PA: Leonard Davis Institute of Health Economics, University of Pennsylvania, 1981.*
4. *National Wholesale Druggists' Association annual report, 1993.*
5. *Avorn J., Harvey K., Soumerai S.B., et al. Information and education as determinants of antibiotic use: Report of Task Force 5. Review of Infectious Diseases 1987; 9 (3): pp. 286-296.*
6. *Johnson K. MM&M interview. AMA guide lines: "We'll stay the course." Here's why. Medical Marketing and Media 1991; 26: pp. 82-88.*
7. *Kessler D. Drug promotions and scientific exchange. New England Journal of Medicine 1991; 325 (3): pp. 201-203.*

8. *Rucker T.D. Drug information for prescribers and dispensers: Toward a model system. Medical Care 1976; 14 (2): pp. 156-165.*
9. *Radam J. McAdams Medical Advertising and Promotion, personal communication, 1993.*
10. *Rubin P.H. Economics of prescription drug advertising. Journal of Research in Pharmaceutical Economics 1991; 3 (4): p. 29.*
11. *Ibid., p. 30.*
12. *Masson A. and Rubin P.H. Matching prescription drugs and consumers: The benefits of direct advertising. New England Journal of Medicine 1985; 313 (8): pp. 513-515.*