

Воспроизводимый фрагмент учебника приводится по рукописи.  
Текст в книге может иметь незначительные отличия

## 7.2. Врач как главный субъект выбора рецептурных препаратов

Центральной фигурой с точки зрения выбора рецептурных препаратов является врач. Многие десятилетия маркетинг рецептурных ЛС вообще сводился исключительно к работе с врачами. В наше время положение несколько меняется, однако, расширение круга лиц, на которых направлена маркетинговая активность, не уменьшает интереса фармацевтических компаний к врачам.

И здесь в полном объеме встает уже упомянутая проблема материальной заинтересованности врача в максимальной эффективности лечения (т.е. в достижении наилучшего результата при минимально возможных затратах). Окончательно эта проблема не решена ни в одной из стран. Даже в наиболее развитых государствах нередки случаи, когда врачи не столько заботятся об интересах пациента, сколько о своих собственных. В прессе периодически появляются разоблачительные публикации, из которых следует, что выбор терапии в той или иной конкретной ситуации диктовался не характером заболевания и особенностями пациента, а стремлением врача получить наибольший гонорар.

Тем не менее, *в условиях развитого рынка медицинских услуг* существуют факторы, мотивирующие врача на осуществление эффективной терапии, в том числе и эффективной лекарственной терапии. Дело в том, что гонорары врача в странах, где такой рынок уже сложился, достаточно сильно зависят от его репутации и/или репутации клиники, где он работает. Путь к высоким доходам открыт в основном для врачей, постоянно демонстрирующих высокий профессионализм.

Российская специфика состоит в том, что рынок медицинских услуг в нашей стране находится в зачаточном состоянии. Наиболее существенной в рассматриваемом отношении чертой его неразвитости является острый дефицит информации. Экономисты и маркетингологи говорят в таких случаях об информационной асимметрии: действительный уровень профессионализма врача известен ему самому, возможно, коллегам, но не пациенту. Закономерности же рынков с информационной асимметрией давно известны. Высокое качество продукции на них недостаточно хорошо оплачивается и потому высококачественные товары (в нашем случае – врачебные услуги) постепенно становятся на таком рынке редкостью.

## НА РОССИЙСКОМ РЫНКЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.

На российском рынке медицинских услуг существуют три основных сектора: 1. государственные лечебно-профилактические учреждения, осуществляющие бесплатные медицинские или «ограниченно платные» хоздоговорные услуги; 2. частные клиники и официально зарегистрированные частные врачи; 3. неофициальная практика врачей в нерабочее время и «серое» использование рабочего времени (и служебного оборудования) для неофициального приема личных пациентов по месту основной работы. Ни один из этих секторов не является информационно прозрачным для пациента.

Перегруженные работой поликлинические врачи до сих пор вообще находятся вне рыночных отношений. Информация о качестве работы врача не только недоступна пациентам, но фактически и бесполезна для них. Действительно, пациенты направляются к врачам не по собственному желанию, а исключительно в зависимости от административно-технических обстоятельств (места жительства пациента, работы врача в ту или иную смену и т.п.).

Частные клиники за редчайшими исключениями не имеют устоявшейся репутации. Лучшие врачи редко делают их местом своей основной работы. Величина же взимаемой с пациента платы прямо не связана с качеством лечения. Зачастую она свидетельствует лишь о хорошем оборудовании, ориентации на дорогие медикаменты и об уровне сервиса. Цены медицинских услуг (равно как и рекламные объявления частных клиник) чаще дезориентируют пациента, чем помогают ему совершить правильный выбор.

Относительную гарантию высокого уровня подготовки врачей обеспечивает обращение в научно-исследовательские центры РАМН и НИИ Министерства здравоохранения, на кафедры ведущих вузов, в некоторые наиболее известные больницы. Но попадание туда на официальных основаниях обычно сопряжено с недопустимо долгим ожиданием очереди, а часто и вообще невозможно («непрофильный больной»).

Поэтому широкое распространение получила практика обращения к хорошим специалистам (скажем, работающим в тех же центрах) по неофициальным каналам и за плату. Реальный прием при этом может вестись как на дому, так и в стенах того ЛПУ, где работает врач. Но и в этом случае ситуация остается информационно непрозрачной для пациента. Об успехах неофициально работающего врача в его частной практике бывает известно лишь по слухам. Адекватность принятых им решений не обсуждается с коллегами. Наконец, сам

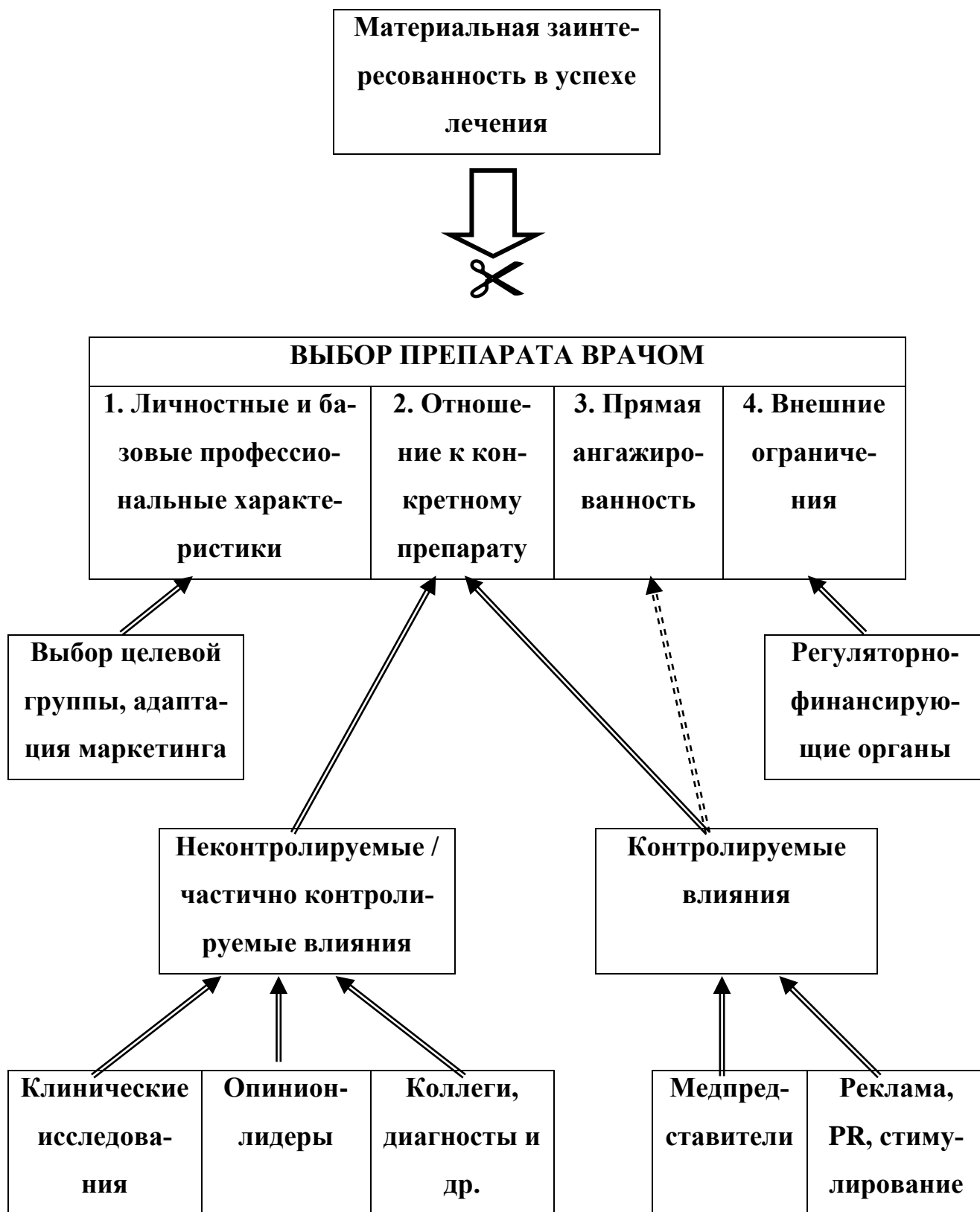
круг врачей, попадающих в поле зрения пациента, которому вдруг понадобился «хороший кардиолог» или «специалист по лечению гайморитов», крайне узок. Так что к «лучшему специалисту» он, скорее всего, даже не попытается обратиться, поскольку не знает о его существовании.

Поскольку пациент не имеет надежных источников сведений о том, насколько хорошим специалистом является данный врач, то даже в тех случаях, когда взаимоотношения врача и пациента строятся на коммерческих началах, действует своего рода «уровнировка». Оплата в большей степени ориентируется на некоторые усредненные, принятые в данное время, в данном месте, для данной категории врачей ставки, чем на реальное мастерство конкретного специалиста. У врача, поэтому, отсутствует материальный стимул к совершенствованию своей работы. Скорее даже появляются антистимулы (*если визит на дом кардиолога, к.м.н. стоит 50 долл., то выше заработок будет у того врача, который осматривает больше больных, а не у того, кто проводит осмотр долго и с особой тщательностью*).

Описанное положение врача имеет важнейшие последствия для рынка рецептурных препаратов. При осуществлении маркетинговых мероприятий на фармацевтическом рынке следует постоянно считаться с тем обстоятельством, что врач материально не заинтересован в оптимальном подборе лекарственных средств. По существу, применительно к врачу отпадает главный мотив, обычно определяющий поведение субъектов капиталистической экономики, – мотив личного, корыстного интереса. В силу этого на первый план выходят вторичные интересы. Подобно тому, как в мире без тяготения слабые потоки воздуха способны вызывать перемещения предметов (о чем постоянно рассказывают космонавты), в экономическом «мире без личного, корыстного интереса» на поведение врача оказывают заметное воздействие даже сравнительно слабые мотивы.

С некоторой степенью условности выбор врачом того или иного препарата определяется четырьмя группами причин (см. рис. 7.3), каждая из которых требует особого маркетингового подхода.

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЫБОР ВРАЧОМ  
РЕЦЕПТУРНОГО ПРЕПАРАТА



**1. Личностные и базовые профессиональные характеристики врача.** К этой группе относятся характеристики, которые неотделимы от самого врача как человека и медика:

- ❖ специализация;
- ❖ базовое образование;
- ❖ принадлежность к определенной научной школе;
- ❖ возраст (производственный стаж);
- ❖ расположение и тип ЛПУ;
- ❖ пол;
- ❖ психологический тип (консерватор – новатор, экстраверт – интроверт и т.п.).

Личностные и базовые профессиональные характеристики врача объединяет то общее свойство, что они не могут быть изменены (или могут быть изменены лишь в малой степени и с большим трудом) в результате маркетинговой активности фармацевтических компаний. *В связи с этим перед фарма-фирмами возникает двудеяная задача поиска «своего» врача и/или приспособления способа продвижения препарата к личностным характеристикам врача как к данности.*

В самом деле, какие бы усилия не прикладывала фирма-изготовитель препарата, предполагающего радикальное изменение общей «идеологии» лечения определенного заболевания, маловероятно, что он будет легко принят врачами, являющимися консерваторами по натуре. Затраты средств на продвижение препарата в этой среде будут велики, а отдача (число выписанных рецептов) – мала. Гинекологи много раз обнаруживали другой феномен из этого ряда: на приеме у женщины-врача пациентки по иному описывают симптомы своих заболеваний, чем у врача-мужчины. Соответственно, некоторые препараты существенно реже прописываются мужчинами, чем женщинами. Точно также, приверженцы определенной научной школы являются плохим «рынком сбыта» для препаратов, разработанных в рамках парадигмы конкурирующей школы. Аналогичным образом, нельзя ожидать от врача, практикующего в бедном, депрессивном регионе страны, использования той же палитры препаратов, что и в столице.

В каждой из описанных ситуаций наиболее эффективное маркетинговое поведение состоит в сосредоточении основной активности на тех группах врачей, которые по своим характеристикам «предрасположены» к использованию продвигаемого препарата. Другими словами, перед маркетинговыми фирмами фарма-фирмы встает важнейшая и весьма сложная задача выработки критериев оценки потенциала врачей и отбора целевых групп, у которых этот потенциал высок. Процедура решения данной задачи обычно включает четыре этапа.

*Первый этап* состоит в пилотном определении базовых характеристик «своего» врача. Это творческий процесс, к которому должны привлекаться лучшие силы фирмы. Часто успех препарата на рынке предопределяется именно выделением узкой целевой группы медиков, которым он остро необходим, либо, которые по неким особым причинам, легче согласятся ввести его в свою практику. В дальнейшем такая группа может сыграть роль ядра консолидации. Благодаря его усилиям в широких медицинских кругах сформируется позитивный имидж препарата.

#### КЛОЗАРИЛ: СТАВКА НА ВРАЧЕЙ, ОБСЛУЖИВАЮЩИХ ПАЦИЕНТОВ НА ДОМУ

Классическим примером прорыва в продвижении рецептурного препарата благодаря выделению узкой целевой группы медиков может быть *клозарил* – средство, используемое при лечении шизофрении. Этот препарат фирмы «Sandoz» обладал рядом преимуществ по сравнению с другими ЛС, но вплоть до начала 1990-х годов был мало распространен из-за редких (0,1%), но потенциально очень опасных (вплоть до летального исхода) побочных эффектов. Дело в том, что при общей хорошей переносимости препарата (обычно назначаемого амбулаторно) у некоторых пациентов в результате приема *клозарилы* катастрофически ухудшался состав крови.

Продажи препарата начали резко расти, после того как «Sandoz» заключил соглашение о еженедельной проверке крови у пациентов с фирмой, обслуживающей больных на дому. Дело в том, что неблагоприятные изменения состава крови у лиц, плохо переносивших препарат, достигали опасной границы только на третью неделю его приема, но первые признаки ухудшения проявлялись уже в течение первой недели.

Обеспечив оперативный мониторинг состава крови у всех пациентов без исключения, «Sandoz» смог полностью исключить летальные исходы. По новой схеме *клозарил* первоначально давали всем пациентам, но немедленно прекращали использовать его при первых же признаках ухудшения. Через некоторое время препарат стали назначать и врачи, никак не связанные с «Sandoz». Просто согласие на регулярную проверку состава крови стало обязательным требованием к пациентам, принимающим препарат.

Легко заметить, что в описанном случае фармацевтическая компания сочла для себя полезным вторгнуться в совершенно несвойственную ей сферу (медицинское обслуживание). Общая задача состояла в том, чтобы убедить широкую врачебную общественность в абсолютной безопасности препарата. А в

качестве целевой группы были избраны врачи, для которых контроль состава крови на дому является обычной процедурой, не вызывающей никаких затруднений. От этой целевой группы хорошая репутация и верная методика применения *клизарилы* распространились и на тех медиков, для которых мониторинг состава крови у амбулаторных больных является непривычным.

Очень важно включение в группу разработчиков специалистов разных профилей: врачей, провизоров, маркетологов, опытных медпредставителей-практиков. Каждый из них склонен смотреть на проблему под своим углом, способен обнаружить особые преимущества препарата для врача (то, что заметит маркетолог, вряд ли бросится в глаза провизору, и наоборот). Работая совместно, вся группа может обеспечить полный учет всех потенциальных достоинств препарата. Итогом работы группы должна стать серия «портретов» врачей, ранжированная по их потенциалу.

*Второй этап* заключается в выработке простых и формализованных способов выделения «своих» врачей из общей массы медиков и в создании соответствующей базы данных. Другими словами, теоретический портрет «своего» врача должен быть разбит (декомпозирован) на ряд легко устанавливаемых на практике характеристик. А затем должны быть взяты на учет все врачи, этим характеристикам отвечающие.

Следует иметь в виду, что многие личностные характеристики достоверно определяются только при углубленном контакте с человеком. Именно такие контакты ведет с врачами группа разработчиков на первом этапе. Задача же второго этапа состоит в том, чтобы преломить их в иные, коррелирующие с первыми, но легко поддающиеся обнаружению характеристики. Скажем, сама по себе степень консерватизма врача не значится ни в одной из анкет, но она хорошо коррелирует с его стажем и послужным списком.

Многие фарма-фирмы упрощают описанную процедуру и подходят к выделению целевых групп врачей формально, основываясь только на фармакологических свойствах препарата и его цене. Скажем, при продвижении дорогого кардиологического препарата целевыми врачами считаются кардиологи и (с более низкой оценкой потенциала) терапевты, живущие в мегаполисах. Причем приоритет отдается престижным клиникам. При таком упрощенном подходе первый этап оценки потенциала врачей нередко вообще опускается – руководству бывает достаточно умозрительных рассуждений (по принципу: *раз препарат сердечный, значит – кардиологи; раз дорогой – продвигать его надо через престижные ЛПУ*).

Последствием формального подхода к выделению целевых групп врачей является недополучение фирмой доходов, вызванное тем, что за пределами интенсивного марке-

тингового «облучения» неизбежно остаются неучтенные группы с высоким «потенциалом спроса» (база данных не полна или слабо структурирована – не выделены описанные выше ядра консолидации). Одновременно, слишком широкое и неприцельное определение границ групп вызывает повышение издержек. Медпредставители тратят свое время на неперспективных врачей.

*Третий этап* состоит в нормировании маркетинговых усилий, направляемых на каждую группу врачей в зависимости от их потенциала. Определяется частота посещения разных групп врачей медпредставителями, надобность и интенсивность проведения мероприятий на конференциях и конгрессах врачей соответствующей специализации, принимается решение о размещении рекламы в тех или иных журналах.

*Четвертый этап* заключается в постоянном совершенствовании и уточнении системы оценки потенциала врачей на основе поступающей от медицинских представителей информации. Для этого, естественно, должна быть создана система мотивации творческого отношения последних к своей работе. Медпредставитель должен быть нацелен на постоянный поиск новых категорий «своих» врачей, выделение среди них наиболее перспективных, на совершенствование методов распознавания врачей с высоким потенциалом. И обо всех своих наблюдениях он должен информировать фирму.

Наряду с поиском перспективных групп врачей должна проводиться адаптация способов продвижения препарата к характеристикам этих групп. Например, широко известно, что производителям гомеопатических лекарств удалось существенно расширить свое присутствие на рынке ряда стран (в частности, Германии), после того как их препараты стали продвигаться в качестве средств сопутствующей терапии. Неприемлемость гомеопатических лекарств в качестве основного, «держущего» препарата для большинства врачей-аллопатов (иная научная парадигма) существенно ослаблялась, как только гомеопатическим препаратам отводилась роль дополнительного средства. Одно дело отказаться от аллопатических ЛС и заменить их гомеопатическими – на это согласны очень немногие. И совсем другое – добавить некое гомеопатическое лекарство при сохранении основных препаратов.

**2. Отношение к конкретному препарату (группе препаратов).** Данная группа факторов выбора складывается из рациональных и эмоциональных компонентов. Отношение к конкретному препарату куда более податливо к маркетинговому воздействию, чем базовые личностные и профессиональные характеристики врача.

Как профессионал врач, прежде всего, склонен к рациональному взгляду на лекарственную терапию, чем радикально отличается, скажем, от рядового покупателя ОТС-препаратов. Он имеет представление о причинах развития определенного заболевания и



понимает механизм влияния на его ход данного ЛС. Например, кардиолог в беседе с коллегами обычно в состоянии внятно объяснить причины, по которым при лечении ишемической болезни сердца в данном конкретном случае он отдал предпочтение нитратам или  $\beta$ -блокаторам. Поэтому и выбор препарата (особенно на уровне МНН, т.е. целой группы генерически идентичных лекарственных средств) носит в первую очередь рациональный характер.

Здесь, впрочем, есть одна тонкость. При опросах врачей о факторах, оказывающих наибольшее воздействие на выбор того или иного препарата, на первое место с большим отрывом регулярно выходит опция «личный опыт применения». Совершенно естественно, что, убедившись в хороших результатах использования данного ЛС в определенной клинической ситуации, врач в аналогичных случаях вновь и вновь прибегает к нему. То есть поведение врача внешне выглядит как *совершенно* рациональное.

Надо, однако, отдавать себе отчет, что речь идет лишь об истолковании (причем задним числом) собственного поведения. На самом деле за тем, что врач называет «личным опытом применения», скрываются не только его собственные наблюдения, но и усвоенные чужие мнения, личные пристрастия, укоренившиеся установки и т.д. Другими словами, *рациональность врача при выборе препарата носит ограниченный характер*. Особенно сильно это проявляется при выборе препарата из группы дженериков, имеющих одинаковый состав: редкий врач имеет статистически репрезентативный опыт применения целой группы синонимов, чтобы быть в состоянии выделить лучший из них.

Важно также понимать, что и сама рациональная сторона оценки препаратов во многом субъективна. Она зависит от иерархии ценностей данного врача. Высокая эффективность, низкое число побочных эффектов, быстрота и четкая наблюдаемость действия, привлекательная цена, привлекательная цена курса и пр. – являются важными объективными характеристиками препарата и, действуя рационально, врач должен учитывать каждую из них. Но все достоинства редко сочетаются в одном препарате. Более типична ситуация, когда одни препараты превосходят другие по одному или нескольким параметрам, но уступают им по прочим. Так возникает проблема веса или значения, придаваемого тому или иному показателю. Выбор такой системы весов всегда субъективен. Один врач склонен придавать наивысшее значение эффективности, другой даже ценой снижения эффективности стремится избежать побочных эффектов.

Отношение врача к конкретному препарату (группе препаратов) находится под влиянием двух мощных сил. Во-первых, это прямое воздействие производителей ЛС через деятельность медицинских представителей, а также по каналам рекламы и PR. Здесь затрагивается как рациональная сторона поведения врача (фирма разъясняет действитель-

ные достоинства своего препарата), так и формируются вкусовые установки и предпочтения (благоприятное отношение к препарату часто объясняется имиджем, удачно сформированным в результате маркетинговых усилий производителя).

Во-вторых, на представления врача о препарате действуют независимые от фарм-фирм силы: рекомендации клинических испытаний, мнение опинион-лидеров и коллег, входящих в референтную группу данного медика. Независимость названных сил необходимо четко осознавать. Негативные результаты клинических испытаний никакими маркетинговыми средствами нельзя отменить. Более того, в цикле жизни каждого ЛС неизбежно наступает пора, когда независимые оценки его характеристик становятся негативными, т.к. препарат устарел.

Однако строгая объективность клинических исследований или независимость суждений опинион-лидеров не исключает необходимости маркетинговой работы с ними. Наоборот, тиражирование и пропаганда благоприятных по содержанию независимых оценок является одним из сильнейших козырей при продвижении препарата.

**3. Прямая ангажированность врача.** Законодательство большинства стран запрещает прямое стимулирование фарма-фирмами врача за выписку определенного лекарственного средства. В ЕС жестко регламентированы все виды контактов компаний с врачами, которые приносят последним прямую материальную выгоду. Строго определена максимальная стоимость подарков и «сувениров», вручаемых медпредставителями врачу. В большинстве случаев подарки просто запрещены, а даже по случаю крупных событий (вроде юбилеев или назначений на должности) цена подарка не должна превышать 25-35 евро. Чтобы пояснить степень строгости этих ограничений, укажем: типичная цена «невинного подарка» в форме подписки на медицинский журнал уже далеко выходит за эти рамки. Поэтому «подписать» конкретного врача на журнал в ЕС нельзя. Можно лишь спонсировать подписку для клиники. Регламентирована передача бесплатных образцов препаратов (на упаковке должна иметься надпись «бесплатный образец», упаковка ЛС должна быть самой меньшей из выпускаемых фирмой и т.д.). Ограничены возможности оплаты поездок на семинары, конференции и т.п.

При этом в большинстве стран (и, в частности, в германском праве) последовательно проводятся три принципа:

1. Разделения,
2. Прозрачности,
3. Документированности.

Первый из них запрещает устанавливать связь между материальными и даже нематериальными выгодами, предоставляемыми фарма-фирмой врачу, и любыми его действиями,

вызывающими рост закупок продукции фирмы. То есть подарки, вознаграждения и т.п. не должны никак зависеть, скажем, от выписки врачом препаратов фирмы. Второй принцип предполагает, что фирма должна делать подарки или предоставлять иные блага в открытой форме. Например, вручать их на общих собраниях больницы, на виду у всех. Если по обстоятельствам дела это невозможно, то врач, получивший подарок, обязан поставить своих работодателей в известность о нем. Наконец, третий принцип требует строго документировать передачу любых благ (что, кому, когда, на какую сумму передано) и сохранять подобные записи для возможной позднейшей проверки. Только строгое соблюдение всех трех принципов спасает фирму от преследования по уголовным статьям о коррупции.

Тем не менее, производители все же пытаются, не выходя за рамки закона, прямо заинтересовать врачей в продвижении своих препаратов. Раздача малоценных подарков и бесплатных образцов составляет важную составную часть работы медпредставителей. Закон расценивает такую деятельность не как попытку ангажировать врача, а как часть общих усилий фирмы по поддержанию своей репутации. Где, однако, кончаются проявления доброго внимания фирмы к врачу и где начинаются попытки его «подкупа»? Ясно, что как бы не определил закон границу между тем и другим, она будет условной. В каждом подарке, в каждой оплаченной поездке на конференцию есть элемент стремления фармацевтической компании прямо ангажировать врача, оплатить его верность фирме.

То есть, оказывая материальные «знаки внимания» врачу, фирма всегда балансирует, если не на грани незаконности, то на грани неэтичности. На рис. 7.3. соответствующая стрелка не случайно показана пунктиром. Особенно сильны подобные тенденции в России, где законодательные рамки прописаны не столь детально как в ЕС и, что еще более важно, не сложился общественный и профессиональный климат нетерпимости к любым формам «подкупа» врача.

**4. Внешние ограничения.** Рассматривая процесс выбора препарата врачом нельзя упускать из виду и то, что обычно он делается в определенных рамках. Так, в качестве весьма жестких рамок выступают списки препаратов, по которым разрешена выписка льготных рецептов. Если пациент недостаточно обеспечен, выйти за эти рамки врач фактически не может. С разной степенью жесткости в том же направлении действуют любые формы стандартизации схем терапии, например, формулярная система. Отклонения от стандарта в конкретном случае, конечно, возможны, а иногда многовариантность рекомендаций и прямо прописана в нем. Но на практике врачу куда комфортнее следовать, чем противоречить стандарту. А, как мы уже отмечали, на рецептурном субрынке многое решают именно вторичные интересы субъектов.

Аналогичным ограничителем служит номенклатура лекарств, закупленных больницей: врач выбирает из того, что есть. Важную роль – особенно за пределами крупных городов – играет ассортиментная политика аптек. Редко спрашиваемые и одновременно дорогие препараты для аптек с малым оборотом разорительны. Поэтому их никогда нет в продаже. Раз за разом сталкиваясь с отсутствием препарата в городе, врач постепенно перестает его выписывать, какие бы терапевтические преимущества тот не сулил.