

УНИВЕРСИТЕТЫ РОССИИ

Н. И. Суслов, М. Е. Добрусина, А. А. Чурин, Е. А. Лосев

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ МАРКЕТИНГ



НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ТОМСКИЙ
ПОЛИТЕХНИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

Юрайт
ИЗДАТЕЛЬСТВО

biblio-online.ru

Авторы:

Суслов Николай Иннокентьевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий лабораторией фитотерапии НИИ фармакологии имени Е. Д. Гольдберга СО РАМН, профессор кафедры общей и дифференциальной психологии Сибирского государственного медицинского университета, профессор отделения медицинского менеджмента Высшей школы бизнеса Томского государственного университета;

Добрусина Маргарита Ефимовна — кандидат экономических наук, доцент кафедры системного менеджмента и экономики предпринимательства экономического факультета Томского государственного университета, руководитель центра медицинского менеджмента Высшей школы бизнеса Томского государственного университета;

Чурин Алексей Александрович — доктор медицинских наук, заведующий отделом лекарственной токсикологии, заместитель директора по стандартизации доклинических исследований НИИ фармакологии имени Е. Д. Гольдберга СО РАМН;

Лосев Евгений Андреевич — специалист по анализу фармацевтического рынка ООО «In Vero», аспирант лаборатории фитотерапии НИИ фармакологии имени Е. Д. Гольдберга СО РАМН.

Рецензенты:

Чучалин В. С. — доктор фармацевтических наук, профессор, заведующий кафедрой фармацевтической технологии, декан фармацевтического факультета Сибирского государственного медицинского университета;

Гринкевич Л. С. — доктор экономических наук, профессор, директор Высшей школы бизнеса Томского государственного университета.

Суслов, Н. И.

С90 Фармацевтический маркетинг : учеб. пособие для бакалавриата и магистратуры / Н. И. Суслов, А. А. Чурин, М. Е. Добрусина, Е. А. Лосев. — М. : Издательство Юрайт, 2017. — 319 с. — Серия : Университеты России.

ISBN 978-5-534-00332-1

Серия «Университеты России» позволит высшим учебным заведениям нашей страны использовать в образовательном процессе учебники и учебные пособия по различным дисциплинам, подготовленные преподавателями лучших университетов России и впервые опубликованные в издательствах университетов. Все представленные в этой серии учебники прошли экспертную оценку учебно-методического отдела издательства и публикуются в оригинальной редакции.

В пособии излагаются основные вопросы фармацевтического маркетинга. Предлагается краткая характеристика основных законов психобиологии рыночного поведения, описание основных процессов и парадигмы маркетинга, его особенностей применительно к рынку лекарственных препаратов. Освещаются вопросы формирования мотивации к потреблению лекарств, позиционирования препарата на рынке, продвижения, информационного маркетинга, иррациональных обращений в рекламных модулях и PR-технологиях.

Для студентов фармацевтических факультетов, психологов, специализирующихся в области фармацевтического маркетинга, а также широкого круга специалистов, работающих в области создания и продажи лекарственных препаратов. Представляет чрезвычайный интерес для технических вузов, выпускающих бакалавров и магистров для фармацевтической и биотехнологической индустрии.

УДК 339.138:661.12(075.8)

ББК 65.290-2я73

© Суслов Н. И., Чурин А. А., Добрусина М. Е., Лосев Е. А., 2014

© ООО «Издательство Юрайт», 2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	5
ВВЕДЕНИЕ	6
Глава 1. ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МАРКЕТИНГА КАК ФОРМЫ СОЦИАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА ..	17
1.1. Системная организация поведения.....	17
1.2. Эмоции.....	33
1.3. Биологические основы и механизм разделения труда. Кооперативные отношения и командная деятельность.....	35
1.4. Психобиологические основы и этика обмена результатами труда в кооперативной деятельности	37
1.5. Значение механизмов централизованного и децентрализованного контроля в маркетинговой деятельности.....	41
1.6. Феномен альтруизма и его место в групповом и командном поведении	52
Выводы по главе 1	57
Глава 2. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ МАРКЕТИНГА. МАРКЕТИНГОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРЕДПРИЯТИЯ	60
2.1. Содержание и основные этапы развития маркетинга	60
2.2. Маркетинговая деятельность предприятия	67
Выводы по главе 2	82
Глава 3. ОСОБЕННОСТИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО МАРКЕТИНГА	84
3.1. Значение экстерналий в фармацевтическом маркетинге	84
3.2. OTC-рынок, или рынок безрецептурных препаратов.....	86
3.3. Рынок рецептурных препаратов	108
3.4. Источники финансирования приобретения рецептурных препаратов в России	126
3.5. Институциональные аптеки и институциональный маркетинг ..	132
3.6. Взаимосвязь OTC- и Rx-рынков	135
3.7. Формирование и реализация фармацевтического проекта	141
Выводы по главе 3	151

Глава 4. ОСОБЕННОСТИ ПОТРЕБНОСТНО-МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ МАРКЕТИНГЕ	156
4.1. Специфика потребностей в сфере лекарственной помощи	157
4.2. Трансформация потребностей в сфере фармацевтического маркетинга и медицинской помощи и их классификация	164
4.3. Мотивационные состояния субъектов фармацевтического рынка и их взаимодействие	181
4.4. Установки с двойным стандартом в мотивационных состояниях и отношениях субъектов фармацевтического рынка	189
4.5. Изучение потребностей	195
Выводы по главе 4	198
Глава 5. СЕГМЕНТАЦИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА И ПОЗИЦИОНИРОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ	200
5.1. Сегментация рынка	200
5.2. Изучение рыночного сегмента препарата	210
5.3. Позиционирование лекарственных средств	213
5.4. Позиционирование и свойства препарата	238
Выводы по главе 5	241
Глава 6. ПРОДВИЖЕНИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ..	246
6.1. Системный подход в организации процесса продвижения товара	246
6.2. Этические критерии продвижения лекарственных средств	256
6.3. Стратегии продвижения лекарственных препаратов	263
6.4. Продвижение лекарственных препаратов на ОТС-рынке	265
6.5. Продвижение рецептурных препаратов	287
Выводы по главе 6	310
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	316
СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ	317

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ОТС-рынок – рынок препаратов, отпускаемых в аптеке без рецептов.

Rx-рынок – рынок рецептурных лекарственных средств.

R&D (от англ. *research and development*) – исследование и разработка.

ЖНВЛС – жизненно необходимые и важнейшие лекарственные средства.

МНН – международное непатентованное наименование лекарства.

DTC-реклама (от англ. *direct to consumer* – прямо к потребителю) реклама рецептурных препаратов, направленная на потребителя.

POSM (от англ. *Point of sale materials* – материалы, размещенные в точке продажи) – материалы, способствующие продвижению бренда, или товара в местах продаж.

ФАБ (аббревиатура от *feature* (свойства), *advance* (преимущества), *benefit* (выгода)) – обозначение, принятое для фраз, описывающих взаимосвязь свойств препарата и выгод от его применения.

ДЛО – дополнительное лекарственное обеспечение.

КАМ – русифицированная аббревиатура от англ. *Key account manager* – менеджер по работе с ключевыми клиентами.

GLP (аббревиатура от англ. *Good Laboratory Practice* – Надлежащая лабораторная практика) – система норм, правил и указаний, направленных на обеспечение согласованности и достоверности результатов лабораторных исследований.

ВВЕДЕНИЕ

Фармацевтический маркетинг играет важную роль в рыночной экономике, занимая один из значимых ее сегментов. Чем является маркетинг как отрасль деятельности и как научная дисциплина? Какую роль он играет в общественной жизни человека? В ответ на первый вопрос значительное число людей ответили бы, что маркетинг представляет собой науку о том, как правильно организовать продажу товаров, а сфера маркетинговой деятельности состоит в обеспечении эффективных продаж. Однако времена, когда маркетинговая деятельность целиком сосредотачивалась на реализации товаров, давно прошли. Сегодня существует отчетливое понимание простого правила: чтобы товар продавался, он должен обладать свойствами, наибольшим образом востребованными у покупателя. Это означает, что маркетинг должен начинаться одновременно с процессом планирования новых изделий и активно влиять на их свойства, управляя процессом разработки и производства продукции предприятия.

Несмотря на то что маркетинг выглядит как неуместное явление в фармации и медицине, поскольку товарно-денежные отношения кажутся неэтичными в сфере, где речь идет о жизни и здоровье человека, фармацевтический маркетинг имеет для своей отрасли, возможно, даже большее значение, чем для сферы потребительских товаров.

Вся экономическая активность человека построена на кооперативных видах поведения и высшей форме кооперации — командной деятельности. Деятельность команды, основанная на разделении труда, требует совершенного и довольно сложного механизма обмена, продуктов, произведенных одним человеком, на продукты, являющиеся плодом труда других людей. Сложность обмена связана в первую очередь с трудностями взвешенной оценки эквивалентности обмениваемых отдельных частей совокупного продукта в условиях многофакторности системы общественного производства. По способу, с помощью которого осуществляются разделение труда и этот обмен, различают плановую и рыночную экономики.

Еще недавно основной стратегией организации производственных и социальных отношений на территории России была плановая экономика. Рыночные отношения считались неприемлемыми формами организации кооперативной деятельности в рамках социалистической этики и допускались только в ограниченных секторах общественного производства и при строгом контроле со стороны государства. В логике сторонников плановой системы хозяйствования главными возражениями против свободного рынка выступали его стихийность, неуправляемость

и жесткие законы конкуренции, опирающиеся только на принципы извлечения прибыли и не принимающие во внимание многие нужды людей. Особенно недопустимым рыночные отношения признавались в практике здравоохранения. Считалось при этом, что плановая экономика максимально альтруистична, так как в своих принципах опирается на всестороннюю оценку запросов общества, требования экологии, социальную поддержку малообеспеченных слоев населения и т. д. Главным достоинством плановой экономики в здравоохранении считалось отсутствие персональной финансовой и материальной заинтересованности в привлечении клиентов и завышении объема медицинских услуг. Отсутствие элементов стихийности рынка, объединение всей экономики под руководством единого центра, как казалось, способны обеспечить наиболее рациональное и эффективное решение всех проблем. При этом, однако, не принимался во внимание один из основных законов социальной психологии: гармоничное развитие стратегий поведения в процессе эволюции требует обязательного баланса противоположных форм поведения, и односторонне развивающийся альтруизм может быть настолько же опасен для коллективного поведения, как и эгоизм, а полная централизация – не менее разрушительной, чем анархия. В то же время стихийность рыночных отношений относительна. На самом деле поведенческие паттерны, основанные на принципах самоорганизации, коими в значительной мере являются рыночные отношения, управляются достаточно жесткими законами, и правильное понимание этих принципов вполне позволяет контролировать рынок (Sumpter, D.J.T., 2006).

В настоящее время совершенно очевидно, что эффективный механизм управления экономикой требует разумного сочетания свободных рыночных отношений и мер его государственного регулирования. В развитых странах сегодня созданы высокоэффективные системы таких отношений. С вхождением в ВТО наша страна приняла на себя обязательство, интегрируясь в мировую экономику, выстроить цивилизованную систему рыночных отношений. В качестве основного условия интеграции западные экономисты рассматривают реальное наличие такой системы, очевидность которой, безусловно, была бы понятна всем участникам рынка (KetsdeVries, M.F.R., 2001)

Маркетинг как отрасль знания и род занятий человека представляет собой вид деятельности, направленный на организацию и оптимизацию рыночных отношений. Рынок, основной сутью которого является обмен, составляет важнейший элемент кооперативных отношений в их командной форме (работы команды). Важнейший потому, что он интегрирует разрозненные результаты участников кооперативного процесса в единый результат социума. Как уже говорилось, главным условием, со-

блюдение которого должен обеспечивать такой обмен, является его эквивалентность. Когда разделение труда имеет место в команде, насчитывающей ограниченное число членов – от нескольких субъектов до 2–3 десятков участников, эквивалентность обмена может быть достигнута с помощью простой договоренности. Однако когда командная деятельность с разделением труда по горизонтали и вертикали охватывает сотни, тысячи или даже миллионы субъектов, необходим специфический механизм, позволяющий устанавливать и регулировать процедуры и нормы такого обмена. Важнейшим условием функционирования этого механизма является его независимость от притязаний и мнений отдельных субъектов и от характера конфликта интересов, складывающихся на их основе. Таким образом, одним из основных условий адекватных рыночных отношений является также свободное принятие решений об обмене.

Существенным недостатком современного состояния маркетинга как отрасли знания и практической деятельности является то, что, хотя как потребность, так и мотивация являются в первую очередь психологическими и психофизиологическими феноменами, в парадигме же маркетинга, и фармацевтического маркетинга в частности, они рассматриваются в качестве экономических категорий. Исследования психологических аспектов формирования потребности и мотивации в рыночных отношениях ограничены.

Существует большая разница между медицинскими и другими контекстами потребления. Центральным вопросом медицинской деятельности является проблема здоровья (борьбы с заболеванием).

Однако здоровье не может быть предметом рыночных отношений. Здоровье – это не продукт и не товар. Здоровье – это состояние или процесс, иногда детерминированный, иногда свободный, в котором психологические подходы занимают важное место и в котором этика, сострадание, эмпатия и солидарность являются референтными ценностями. Поскольку состояние здоровья является одним из важнейших условий успешной деятельности и полноценной жизни, любые проблемы, связанные со здоровьем, сопряжены с разнообразными аффективными состояниями, нередко очень тягостными или, наоборот, радостными (в случае выздоровления). Эти аффективные состояния вовлекают широкий круг поведенческих программ – так называемый эмоциональный интеллект. Последний является мощнейшим и главным средством управления поведением и во многом определяет как выбор самого способа лечения, так и успешность его проведения, а также удовлетворенность процессом лечения. Огромнейшее значение эмоциональный интеллект имеет для управления состоянием стресса/дистресса, что в зна-

чительной мере может определять успех терапии (Armstrong, A.R., et al., 2011; Smith, K.B., 2009). Товаром в рыночных отношениях в сфере здравоохранения служит лекарственный препарат или медицинская услуга, которые способствуют восстановлению здоровья.

В условиях рынка больной оплачивает свое лечение. При этом, оставая в стороне этические условности, врач оказывается заинтересованным в том, чтобы больной обращался к нему и чтобы объем помощи был большим, а стоимость – высокой. Стремление помочь больному неизбежно оказывается опосредованным этим обстоятельством. Конечно, этика поведения является значимым фактором. К врачу, грубо нарушающему этические нормы поведения, больные вскоре перестанут обращаться за помощью, а коллеги перестанут поддерживать с ним профессиональные отношения. Фармацевтическая промышленность заинтересована в первую очередь в прибыли и в объемах потребления. Казалось бы, государственное регулирование отношений между больным и врачом и между ними обоими и фармацевтической промышленностью, способно устранить двусмысленность в этих отношениях. Тем не менее, полный контроль государства в области лекарственной помощи и производства лекарственных средств имеет также свои недостатки. Дело в том, что государство, кроме проблем обеспечения здоровья населения, имеет и другие приоритетные направления вложения средств. Именно это обстоятельство привело к тому, что в Советском Союзе, когда более приоритетными направлениями финансирования оказались армия, оборонная промышленность, освоение космоса и др., проблемы здравоохранения были отодвинуты на второй план, что и привело к существенному отставанию отрасли по сравнению с остальными развитыми странами.

Какое значение могут иметь рыночные отношения для медицины и фармации? Маркетинг как отрасль человеческой деятельности приобрела такие масштабы и разнообразие, что, рассматривая этот вопрос, неизбежно приходится оценивать его роль не только как инструмент продвижения лекарственных препаратов как готового продукта. Он приобрел существенную роль в процессах производства лекарств, оказывает значимое влияние на формирование терапевтических схем и принципов фармакотерапии. В целом маркетинговая деятельность влияет на прогресс в области медицинских технологий и лекарственной помощи за счет четырех основных факторов.

1. Рыночные отношения позволяют привлечь в отрасль финансовые ресурсы в соответствии со значимостью потребности социума в результатах ее деятельности. Желание быть здоровым является одной из наиболее приоритетных среди всех потребностей человека. Соответственно

цена восстановления здоровья может быть высока. При этом, согласно законам рынка, качество товаров и услуг, обеспечивающих этот результат, должно быть высоким. В итоге наличие рыночных отношений в сочетании с определенной долей государственного регулирования и финансирования здравоохранения позволяет существенно увеличить приток средств в отрасль, обеспечивая разработку новых высокоэффективных препаратов, а также более высокий уровень научных исследований в медицине.

При этом в странах, где медицина всегда существовала в условиях рыночных отношений, сформировались совершенные методы контроля качества исполнения и обоснованности применения терапевтических мероприятий, медикаментов и инвазивных методов вмешательства. Этому способствовали высокая требовательность к качеству оказываемых платных медицинских услуг и понимание обществом того факта, что медицинские учреждения и персонал могут действовать своекорыстно. Соответственно этому, государственные структуры и общественные организации обращали пристальное внимание в первую очередь на те звенья процесса оказания медицинской помощи и лекарственного обеспечения, включая процедуру назначения лекарства, где нарушения этики и законности были наиболее возможны.

2. В наиболее генерализованном виде задача маркетинга состоит в том, чтобы сделать взаимоотношения в системе потребность индивида — адаптивные свойства предлагаемого продукта наиболее конгруэнтными. Иными словами, свойства товара, предлагаемого потребителю, должны максимально возможным образом обеспечивать удовлетворение потребностей, имеющихся у населения, вплоть до учета их особенностей у отдельно взятого человека. Характер свойств товара и его способность удовлетворять конкретные нужды должны быть предельно понятны потребителю и не вызывать в его восприятии противоречий, разночтений или сомнений в эффективности предлагаемого товара или услуги. В этом отношении рыночные отношения являются наиболее эффективным инструментом обеспечения качества товара и его соответствия нуждам населения.

3. Весьма эффективным средством воздействия на рынок лекарственных препаратов является конкуренция. Конкуренция за рынки сбыта обеспечивает максимальное повышение эффективности оказания медицинской помощи, поскольку она толкает производителей на активный поиск неудовлетворенных потребностей и разработку новых препаратов или медицинских технологий с использованием существующих лекарственных средств. Таким образом, рыночный подход в экономике позволяет выявить и заполнить все возможные ниши и секторы рынка,

обеспечивая тем самым наиболее полное удовлетворение потребностей сообщества. В рамках плановой экономики достичь подобного эффекта совершенно невозможно.

4. Рыночные отношения являются одним из эффективных инструментов противодействия асимметрии контроля в потребностно-мотивационной сфере человека, а также в сфере производства. Суть асимметрии контроля состоит в том, что крупные компании, располагая значительными финансовыми и производственными ресурсами, могут с помощью рекламы, PR-технологий и наполнения рынка собственными товарами активно влиять на психические процессы, участвующие в осознании потребностей. Это влияние оказывается значимым даже в осознании основных жизненно важных потребностей, таких как еда, одежда, обустройство жилья и т. д. Проблема состоит в том, что ни одна из компаний не может в своей продукции учесть все многообразие вариантов потребностной сферы человека. Все предприятия, как крупные, так и мелкие, построены по иерархическому принципу. Основой иерархического принципа организации коллективов и сообществ является централизованный контроль. При централизованном контроле вариативность действий социального агрегата ограничена когнитивными возможностями центра. В условиях рынка множественность субъектов, предлагающих сходные по своим главным потребительским свойствам товары, создает конфликт интересов, который во многих случаях решается механизмами самоорганизации. То есть ряд решений пробивает себе дорогу в жизнь не потому, что в их поддержку была организована мощная рекламная кампания, а потому, что достаточное количество потребителей остановили свой выбор на них благодаря неким особенностям, определившим предпочтительность свойств этих товаров для определенного сектора рынка. Кроме того, вновь создаваемые эффективные технологии в условиях рынка более вероятно найдут себе применение. То же самое можно сказать и об альтернативных источниках сырья и энергоресурсов. Иными словами, рыночные отношения способны обеспечить эффективное использование в медицинских целях всех интеллектуальных, сырьевых и технических ресурсов, находящихся в распоряжении сообщества.

Эффективная маркетинговая деятельность основывается на нескольких социальных процессах или механизмах социального взаимодействия.

1. Изучение сферы потребностей. С формальной точки зрения потребителем лекарственных препаратов являются больные, поскольку именно они непосредственно принимают или иным образом используют лекарственные препараты, разного рода терапевтические процедуры

или рекомендации. Однако нужно помнить, что такими же потребителями являются и врачи или иные медицинские работники. Именно врачи используют лекарственные препараты и медицинские услуги в своей профессиональной деятельности, и достижение основного результата — успешность лечения больных — служит средством получения врачом его адаптивного результата, который выражается в заработной плате, социальном статусе, карьерном росте, популярности и т. д.

Оставляя в стороне важность соблюдения этических норм, нужно констатировать, что если для больного любая терапевтическая манипуляция служит средством восстановления или улучшения здоровья, то для врача ее результат является, кроме всего прочего, подтверждением его врачебной квалификации, которая, по идее, обязана определять уровень доходов и социальный статус врача как специалиста. Статистическая оценка восстановления здоровья больных, пользовавшихся помощью конкретного врача, должна быть средством оценки социумом его профессиональной дееспособности, и эффективность используемых этим врачом конкретных лекарственных средств играет в этой оценке не последнюю роль. Кроме врачей и больных сфера оборота лекарственных средств вовлекает целый ряд субъектов, таких как государство, заинтересованное в оздоровлении населения, провизоров и фармацевтов, осуществляющих продвижение и распределение лекарственных средств, а также производителей лекарств. Все эти субъекты имеют определенные потребности, связанные с лекарственной помощью, и активно вмешиваются в данную сферу.

2. Координарование отношений в системе разделения труда. По своей сути рыночные отношения представляют собой не простой феномен купли-продажи, а являются главным оператором в системе разделения труда. В функциональном отношении они обеспечивают эквивалентный вклад всех участников производственного процесса и соответствие вознаграждения количеству затраченного труда, его качеству, комплексности и значимости. Создание новых лекарственных препаратов и медицинских технологий является классическим и одним из наиболее сложных и наукоемких видов коллективной деятельности в ее кооперативной форме. Кардинальным вопросом в этой системе выступает проблема взвешенной оценки вклада каждого из участников процесса и меры вознаграждения за его труд, которую он приобретает в результате получения части совокупного продукта, произведенного всем коллективом. Эта часть предназначена для удовлетворения всех его собственных нужд, не входящих в сферу его производственной деятельности.

3. Феномен самоорганизации в рыночных отношениях. На первый взгляд, при разделении труда наиболее рационально использовать путь осмысленного принятия решения, при котором на основании когнитивной проработки ситуации лидером или общим собранием коллектива выносится суждение о вкладе каждого в общее дело и устанавливается справедливая мера вознаграждения. Однако большинство производственных процессов представляют собой чрезвычайно сложные системы, к тому же нередко объединяющие результаты деятельности нескольких и даже многих самостоятельных предприятий. Человеческий разум достаточно эффективно может оперировать лишь ограниченным числом репрезентаций – в среднем около семи. Большинство же процессов социального поведения, в том числе и производственных, включают несоизмеримо большее количество субъединиц. Это делает перспективу взвешенного принятия решения одним индивидом весьма проблематичной. Попытка же коллективного решения проблемы неизбежно ведет к возникновению конфликта интересов и активации различного рода отрицательных факторов групповой динамики, таких как блок продуктивности, социальная леность, социальное сравнение, свободное райдерство и т. д. Все это отрицательно сказывается на деятельности коллектива. Централизованный контроль в принятии коллективных решений приводит к лоббированию интересов определенной части социума.

На практике эта проблема решается двумя путями. Первый из них состоит в том, что весь производственный процесс может быть разделен на множество мелких относительно простых subprocessов, по каждому из которых принимаются отдельные решения. В дальнейшем эти решения используются как установки, последовательно объединяемые во все более и более крупные иерархически организованные структуры. Данные промежуточные решения, как и любые установки, не подвергаются в дальнейшем – при принятии более сложных решений – когнитивной проработке и критике и используются как элементарные репрезентации. Подобный путь реализуется в иерархической системе разделения труда и представляет собой основной способ организации разного рода промышленных предприятий, научных и учебных учреждений, коммерческих структур и т. д. Главным недостатком этого способа принятия решения является то, что при формулировке первичных решений могут быть допущены ошибки или асимметрия контроля над ресурсами, производственными процессами и распределением конечного результата. В дальнейшем эта асимметрия контроля, не подвергаясь критике, может повлиять на более сложные решения или усугубляться ими. Кроме того, при этом способе широко используются установки с двойным стандартом, которые могут являться источником серьезных производственных конфликтов.

При втором способе достижение консенсуса возможно на основе механизмов самоорганизации. При этом в случае когда условия работы и оплаты не удовлетворяют субъекта или группу, они могут повлиять на принятие коллективного решения. Средствами такого влияния могут являться конфликтная ситуация, уход участника процесса (особенно если он уходит к конкурентам), снижение уровня активности. Если в условиях некоего производственного процесса одно из звеньев последовательно вызывает серию конфликтов, отличается низкой производительностью или частой сменой исполнителей, естественно, дефекты организации работы в этом звене начинают отрицательно сказываться на работе коллектива в целом. Последовательный уход нескольких специалистов с одного и того же места является явным признаком того, что условия работы в этом звене производства сформулированы неверно, и руководство будет вынуждено изменить их вне зависимости от того, хочет оно этого или нет. В противном случае пострадает весь процесс. Это явление отражает действие так называемой главной лимитирующей теоремы, речь о которой пойдет в первой главе. Подобная проблема в условиях рынка не может быть решена принудительными мерами. Так, основная действенная угроза – перспектива увольнения – малоэффективна в том случае, когда человек, неудовлетворенный условиями труда или их оплаты, сам близок к идее об уходе. При самоорганизации каждый участник процесса ведет себя как независимая единица, объединение же достигается за счет условий процесса. Таким образом, наибольшее значение феномен самоорганизации приобретает при взаимодействии независимых субъектов. Собственно говоря, этот второй путь представляет собой рыночные отношения, когда организация социального процесса – обеспечение здоровья населения – основывается на простом принципе свободного согласия одних вкладывать силы и средства в производство лекарственных препаратов, а других – использовать их в своей деятельности и употреблять. Важно, что рыночные отношения предусматривают отсутствие обязательности в процедуре обмена. То есть индивид, обменивающий результаты своего труда на необходимые ему для обеспечения жизненных функций результаты труда другого индивида, не обязан приобретать их у конкретного продавца. Он обладает свободой выбора в вопросе о том, что приобретать и у кого. Эта свобода в условиях маркетинга порождает ситуацию, в которой важнейшее значение приобретают два поведенческих феномена – мотивационная деятельность и когнитивный диссонанс (см. гл. 1).

При написании данного учебного пособия авторы исходили из того обстоятельства, что основная масса учебных пособий по маркетингу ориентирована в основном на процессы торговли и продвижения. Одна-

ко маркетинговая деятельность начинается уже на этапе разработки нового продукта, охватывая весь процесс, от зарождения идеи до появления нового продукта на рынке. Данное учебное пособие ориентировано прежде всего на разработчиков лекарственных препаратов, а не на специалистов по сбыту. Основной маркетинговой задачей, которую решают специалисты подразделений фирмы, осуществляющие R&D – часть проекта, является обеспечение маркетингов материалов, необходимыми для позиционирования товара на рынке, его успешного продвижения, информационного маркетинга и рекламы. Для успешного достижения этой цели разработчик должен иметь представления об основных положениях маркетинга в этих его аспектах. В связи с этим в содержательной части нашего учебного пособия мы ограничились шестью основными разделами.

В первом из них мы осветили основные психофизиологические механизмы, имеющие отношение к рыночному поведению человека – законам системной организации поведения, принятия решения, биологическим основам обмена. Второй раздел представляет описание общих положений маркетинга. В третьем мы охарактеризовали особенности фармацевтического рынка, три других посвящены соответственно: 1) особенностям мотивационной деятельности в сфере лекарственной помощи, фармации и медицинских услуг, 2) позиционированию препаратов и 3) технологиям их продвижения на фармацевтическом рынке.

Выводы. Маркетинг сегодня как наука и как сфера деятельности человека сосредоточен в первую очередь не на вопросах оптимизации продаж конкретной продукции, а на создании товаров и услуг, максимальным образом пригодных для удовлетворения потребностей покупателей этих товаров и услуг. Таким образом, кругом задач, решаемых специалистами по маркетингу, является точное определение характера и особенностей потребностной сферы человека и управление процессом разработки и производства товаров, способных эти потребности удовлетворить. Широкое использование в управлении механизмов самоорганизации порождает естественные опасения в отрицательном влиянии стихийности рыночных процессов, особенно в такой области, как здравоохранение. Однако механизмы самоорганизации на самом деле подчиняются жестким законам и при правильном их понимании оказываются управляемыми. Эффективный механизм управления экономикой требует разумного сочетания свободных рыночных отношений и мер его государственного регулирования.

Медицинский контекст потребления существенно отличается от потребления в других сферах деятельности тем, что здоровье не является товаром. Товаром служит лекарственный препарат или медицинская услуга, которая способствует восстановлению здоровья.

Значение рыночных отношений в медицине реализуется в виде четырех основных аспектов: 1) рыночные отношения позволяют привлечь в отрасль финансовые ресурсы в соответствии со значимостью потребности социума в результатах ее деятельности; 2) обеспечивают создание условий для максимально возможного качественного удовлетворения потребностей больных; 3) способны обеспечить удовлетворение всех возможных потребностей больных; 4) являются эффективным инструментом привлечения в отрасль всех возможных интеллектуальных, сырьевых и технических ресурсов, находящихся в распоряжении общества, а также препятствовать асимметрии контроля со стороны отдельных наиболее крупных компаний.

Эффективная маркетинговая деятельность основывается на изучении сферы потребностей, она является важным механизмом в системе разделения труда. Значительную роль в рыночных отношениях играют механизмы самоорганизации. Самоорганизация, или децентрализованный контроль, позволяет решать многие вопросы, не поддающиеся решению с помощью централизованного контроля, в частности регулирование процессов обмена и разрешение конфликта интересов при большом числе независимых субъектов обмена или конфликтующих сторон.

Глава 1

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МАРКЕТИНГА, КАК ФОРМЫ СОЦИАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА

Как уже говорилось, рыночные отношения являются составной частью кооперативного поведения человека. В особенности это касается наиболее сложного и эффективного механизма социального поведения человека – командной деятельности. В системе психофизиологических реакций, активно участвующих в этих формах деятельности, существенное место принадлежит установкам, эмоциональным реакциям, условным рефлексам, импринтированным формам поведения и т. д. Эти поведенческие паттерны слабо контролируются сознанием, однако могут существенно модифицировать поведение, влияя на его результаты. Хотя изложение вопросов социальной психологии не входит в задачу данного учебного пособия, элементарное представление о фундаментальных психобиологических основах человеческой деятельности вообще и рыночных отношений в частности, а также их месте в общем поведении человека весьма полезно, так как создает представление о его возможностях, ограничениях и открывает пути для их контроля и оптимизации.

Необходимость краткого обзора психофизиологических аспектов потребностно-мотивационных процессов и стратегии рыночных отношений продиктована еще и тем, что авторство основной массы материалов по маркетингу принадлежит экономистам. В то же время поведение человека управляется прежде всего психофизиологическими законами.

Считаем также необходимым отметить, что при написании данной главы и трактовке многих психофизиологических законов, регулирующих рыночное поведение, мы брали примеры не только из описания поведения человека, но достаточно широко использовали иллюстрации из поведения животных. Тем самым мы хотим подчеркнуть, что законы рынка, какими бы «человеческими» они ни казались, базируются на глубинных биологических закономерностях, управляющих действиями не только человека и высших животных, но часто и таких простых существ, как насекомые.

1.1. Системная организация поведения

Любое поведение представляет собой процедуру взаимосвязанных реакций с логической последовательностью интегрированных в единый комплекс действий, начинающихся с осознания потребности, ведущих к получению результата, позволяющего удовлетворить имеющуюся по-

требность, и заканчивающегося оценкой качества этого результата и его соответствия задачам, поставленным в начале поведения. Поскольку такой результат (удовлетворяющий потребность) повышает приспособленность индивида во внешней среде, в психофизиологии он получил наименование приспособительного результата.

Этот принцип лежит в основе системной организации любого поведенческого акта, в том числе и купли-продажи. В процессе выполнения поведенческого акта традиционно выделяют четыре последовательные стадии: 1) афферентного синтеза, 2) стадии принятия решения, 3) эфферентного синтеза, заканчивающегося получением результата, и 4) акцептора результата действия, оценивающего соответствие полученного результата цели поведения. Эти узловые стадии, поступательно сменяя друг друга, организуют всю совокупность элементов поведения в единую систему и составляют архитектуру поведения. Термин «архитектура» позаимствован психофизиологами из морфологии и означает отображение структуры и характерных взаимозависимостей процессов или строения объекта. Для выполнения поведения особенно большое значение имеют: 1) процесс формирования мотивации на стадии афферентного синтеза; 2) когнитивный диссонанс на стадии принятия решения и 3) функционирование механизма, называемого в науках о системной организации функций акцептором результата действия. Три указанных элемента в общем механизме поведения, являясь ключевыми, служат наиболее эффективными средствами воздействия на поведение других людей и манипуляции им.

1.1.1. Стадия афферентного синтеза

Эта стадия, представляющая собой начало любого поведенческого акта, включает в себя основные механизмы формирования мотивации. Стержнем афферентного синтеза является процесс восприятия внешней информации, а также оценка внутреннего состояния. Одновременно с этим происходит сопоставление и интеграция (объединение) вновь поступивших данных с уже имеющимся опытом и информацией. При этом складывается отношение индивида к поступившей информации, определяется ее значимость для организма (приспособительное значение) или наличие возможности получить из внешней ситуации приспособительный результат. Тем, что результат определяется как приспособительный, подчеркивается тот факт, что в целенаправленном поведении любой его результат должен повышать адаптированность (приспособленность) индивида в среде обитания. Так, покупая стиральную машину, мы повышаем эффективность своего поведения (увеличиваем собственную адаптированность).

Анализ совокупности обстановочной афферентации (восприятия всех стимулов, поступающих из внешней среды) и стимулов, характеризующих состояние внутренней среды организма, проводимый на основании имеющегося у индивида врожденного и приобретенного опыта, приводит к осознанию потребности (или потребностей).

Потребностью в самом общем смысле слова выступает поддержание максимально возможной приспособленности организма к условиям среды, в которой данный организм обитает. Однако такая формулировка не устраивает нас с функциональной точки зрения, так как не позволяет определить место потребности в качестве действующей субъединицы в механизме формирования поведения. Что может явиться причиной возникновения потребности, способной вызвать то или иное поведение? Такими причинами могут быть: а) изменения условий внешней среды, требующие перестройки поведенческих и гомеостатических систем организма; б) изменения внутренней среды организма, регистрируемые рецепторами, при их отклонении от оптимальных параметров (например, голод) или дефицит чего-то; в) осознание неких возможностей повышения уровня своей приспособленности. Следовательно, потребность состоит: 1) в необходимости нормализации параметров внутренней среды, 2) требовании привести организм к состоянию, оптимальному по отношению к изменившимся условиям внешней среды; 3) достижении возможно более высокого уровня приспособленности к этим условиям по сравнению с существующим.

Обращаясь к рыночным отношениям, можно сказать, что основным условием для процедуры обмена выступает потребность каждой из сторон в продуктах обмена.носителем потребности формально всегда является принимающая сторона – та, которая получает. При этом в условиях товарно-денежных отношений покупатель принимает товар (продукт), а продавец – деньги. По этой причине отправной точкой рыночного поведения часто считают наличие потребности. Однако маркетинг как поведение обмена не должен рассматривать потребность, в качестве ключевого момента, инициирующей данное поведение. Само по себе наличие потребности не может запускать поведенческий процесс. Это является прерогативой мотивации. Мотивацию обычно характеризуют как совокупность факторов, определяющих и инициирующих поведение.

Для совершения поведения в отношении каждой из потребностей должно быть сформировано по крайней мере еще два внутренних образа. Эти внутренние образы получили название репрезентаций. Один из них представляет собой прогнозируемый вероятный образ приспособительного результата, способного удовлетворить эту потребность. Этот образ называется *декларативной репрезентацией*. Второй образ,

называемый *процедурной репрезентацией*, характеризует действия, которые нужно произвести для достижения этого результата.

В самом деле, человек не сможет удовлетворить потребность, если он не представляет себе, какой продукт или услуга способны ее удовлетворить. То есть для удовлетворения потребности необходим образ приспособительного результата – декларативная репрезентация. Ведь для того, чтобы удовлетворить голод, человек не может приготовить или купить еду вообще. Он может приготовить (купить) только конкретную еду, и для того, чтобы ее получить, он должен ее себе представить. В то же время потребность также не будет удовлетворена, если субъект не представляет себе, какие действия могут привести к получению необходимого результата. Человек умирает от голода, если он не представляет, как добыть пищу, т. е. если у него отсутствует соответствующая процедурная репрезентация. Запуск любого поведения требует наличия всех трех компонентов – осознанной потребности, декларативной и процедурной репрезентаций. Подчеркнем, что эти три образа должны быть отражены в сознании, и поскольку их формирование происходит в том числе на основе поступающей внешней информации, процесс формирования мотивации легко может стать предметом манипулирования со стороны других лиц.

Таким образом, мотивацию (М) можно представить в качестве функции, зависящей от трех следующих аргументов: величины потребности (D), характеристик приспособительного результата (R) и величины затрат в поведении по получению этого результата (A). Сама же функция может быть представлена формулой

$$M = \frac{D \cdot R}{A}.$$

При этом осознаваемая величина потребности и значимость декларативной репрезентации взаимно усиливают друг друга. В совокупности же они представляют *цель* поведения. А вот величина трудозатрат или потерь, связанных с получением результата и удовлетворением потребности, снижают мотивацию к данному поведению.

В литературе по маркетингу распространено мнение, что нужно разделять *нужду*, *потребность* и *спрос*. При этом *нужда* определяется как чувство ощущения человеком нехватки чего-либо; *потребность* – *нужда*, принявшая специфическую форму в соответствии с культурным уровнем и личностью человека. Так, например, ощущая голод, американец думает о гамбургере, россиянин о пельменях, а японец о суши. Больному с гипертонией требуется капотен, диабетика – инсулин, астматика – антиастматические лекарственные препараты и т. д.

В данных определениях возражения вызывают два обстоятельства. Во-первых, потребность – это, несомненно, осознание нехватки чего-то. Нужда – это синоним потребности в известном смысле слова. Потребность несколько шире нужды. Так, человек ощущает потребность вытащить зонтик из сумки, если видит надвигающуюся дождевую тучу. В данный момент его может ничего не беспокоить, однако в самое ближайшее время защита его тела окажется несостоятельной (дефицитной). Предвидя это, индивид предпринимает меры к повышению защиты (достаёт зонтик). Кроме того, осознание потребности может возникнуть, если перед человеком открываются перспективы повысить свой адаптивный потенциал, заработать деньги, повысить свой авторитет и т. д. Для этого он должен что-то сделать. Наличие такой возможности делает его текущее состояние дефицитным, но только по отношению к этой перспективе. В данный момент у человека все есть, и ему ничего не угрожает. Таким образом, потребность отражается в восприятии при наличии осознаваемых признаков нехватки неких ресурсов, перспективы их утраты или возможности их увеличения.

Во-вторых, совершенно непонятно, как нужда может принять специфическую форму, если она уже осознается как дефицит чего-то. Тем более гамбургер не может быть специфической формой дефицита пищи, поскольку он уже является средством удовлетворения потребности в пище.

Приводимые возражения можно было бы считать чисто дискуссионными, однако критикуемые определения нужды и потребности существенно сокращают круг состояний, очерчивающий потребностную сферу человека.

Потребность тем больше, чем больше степень указанного выше несоответствия, осознаваемого человеком. Повторяя сказанное ранее, напомним – очень важно, что в качестве движущей силы поведения потребность должна не только существовать, но и быть отражена в сознании индивида. Действительно, если указанное несоответствие не отражается в сознании, то оно и не может являться движущей силой поведения. Если указанного несоответствия реально не существует, но индивид по каким-то причинам считает, что оно есть, оно будет служить основанием для совершения поведения, реальной потребности в котором у индивида нет. И, наконец, если индивид неверно осознает характер и параметры этого расхождения, то он будет стремиться к «неправильной» цели – такой, которая не принесет ему удовлетворения потребности.

Хочется обратить внимание на три особенности мотивационного процесса.

1. Размеры как самого полезного приспособительного результата, так и затрат на его получение являются величинами прогнозируемыми. Их значение определяется мерой нашей осведомленности о ситуации. Величина же потребности зависит от характера ее отражения в осознании индивида. Поэтому и уровень мотивации в существенной мере зависит от информационной полноты соответствующих репрезентаций. При недостатке информации по одному из параметров (потребности, декларативной или процедурной репрезентаций) уровень мотивации будет снижаться. По мере набора информации величина мотивации будет возрастать. Будет увеличиваться также и эффективность реального поведения.

2. Для совершения действия мотивация должна достичь определенного уровня (триггерного порога мотивации), иногда довольно значительного. Достижение последнего в значительной мере зависит от поступающей или имеющейся у индивида информации о сути поведения. Вспомним, что наиболее легко мы принимаем решения по вопросам, в которых хорошо информированы. То же самое можно сказать о проблемах, по которым в нашей среде обитания (профессиональной деятельности) имеется обилие информации (рекламных обращений, например), которой мы доверяем.

3. В структуре мотивации существенное место отводится соотношению величин затрат на поведение и величины приспособительного результата – адаптивного выигрыша. Именно это соотношение определяет «экономическую целесообразность» всего поведения. Именно оно в маркетинге определяется термином «выгода».

Высокая «цена» поведения на стадии формирования мотивации снижает уровень последней, и наоборот, снижение стоимости поведения повышает мотивацию. Всем известно, что снижение цены товара способно значительно увеличить его потребление и повысить мотивацию к данному виду поведения, а повышение цены снижает потребление.

На оценку эффективности поведения существенное влияние оказывает опыт, имеющийся у человека или животного, а также его эмоциональное отношение к ситуации. Так, эмоционально-негативные ситуации, оцениваемые как таковые на основании предыдущего опыта, могут существенно уменьшать мотивацию и тормозить выполнение поведения, вне зависимости от его реальной выгоды.

Мультипликативный характер формирования мотивации. Мотивации нельзя рассчитывать как простые переменные. Как правило, любое побуждение к действию имеет много аспектов. Например, при игре в догонялки догоняющий должен не только стремиться настичь убегающего (первая мотивация), но и следить за рельефом местности,

по которой он бежит, чтобы не упасть (вторая мотивация), а также строить стратегию поимки «жертвы» (третья мотивация). Увеличение числа элементарных мотиваций в одном поведении вызывает диспропорциональное увеличение нагрузки на нервную систему и снижает мотивацию. Излишне комплексные мотивационные системы оказываются «экономически» неприемлемыми, несмотря на высокую эффективность каждой из элементарных мотиваций их составляющих. Мозг успешно справляется с мотивационными состояниями, включающими не более семи элементов. При этом, однако, сохраняет силу общее правило: «Чем меньше элементарных мотиваций составляет систему, тем привлекательнее она выглядит для индивида». Если число элементарных мотиваций в системе превышает семь, то такие мотивационные состояния рекомендуется делить на подсистемы, каждая из которых оценивается в отдельности.

1.1.2. Стадия принятия решения

На стадии афферентного синтеза очень часто формируется несколько или даже много мотиваций. Для дальнейшего осуществления поведения нужно определить, какое именно поведение оказывается необходимым в данных условиях или какая потребность будет удовлетворяться в первую очередь. Кроме этого, одна потребность может быть удовлетворена несколькими разными способами, значение и затраты на выполнение которых не равнозначны для индивида, поэтому предстоит решить вопрос о том, какой из всех имеющихся на данный момент возможностей, доступных для удовлетворения актуальной потребности, следует воспользоваться. Решение этих вопросов осуществляется на стадии принятия решения. Процессы этой стадии схематично представлены на рис. 1.1.

Стадия принятия решения зачастую становится самым «узким местом», наиболее труднопреодолимым моментом во всем поведенческом акте и оказывает на поведение сильное влияние. Главным требованием для принятия решения является когнитивная согласованность. Когнитивная согласованность – это соответствие эмоциональных впечатлений, действий или их последствий существующим у индивида представлениям о правильности и эффективности поведения. При когнитивном согласии индивид в своем сознании полностью принимает условия решения, и последствия этого решения не вызывают у него протеста или сожаления.



Рис. 1.1. Стадия принятия решения

Такая ситуация складывается далеко не всегда. В значительном числе случаев при принятии решения мы сталкиваемся с противоречиями, порождаемыми отдельными его составляющими. Это состояние называется когнитивным диссонансом. В противоположность когнитивной согласованности, когнитивный диссонанс отражает ситуацию, возникающую при принятии решения, когда индивид не принимает сложившегося баланса негативных и позитивных последствий принятого решения или всех его перспективных вариантов. В этом случае при необходимости выбора между двумя или более альтернативами *выбор почти всегда несовместим по крайней мере с некоторыми из наших убеждений*. Процедура принятия решения, если такая задача решается впервые, является одним из действий, которое практически всегда обуславливает появление когнитивного диссонанса.

Схематически механизм формирования диссонанса выглядит следующим образом. Когда мы формируем представление о необходимом приспособительном результате, предназначенном удовлетворению некой потребности, в совокупном доступном нам виде, то этот образ (декларативная репрезентация) первоначально включает все возможные для индивида (в имеющейся ситуации) способы удовлетворения данной потребности. Это формирует совокупный образ положительных сторон возможного приспособительного результата. Обозначим их условно буквами

$$a + b + v$$

Предположим, что удовлетворение этой потребности может быть достигнуто двумя способами: № 1 и 2. Однако способ № 1 не допускает получения свойства «в», а способ № 2 – свойства «б». Кроме этого, способ № 1 предполагает обязательное получение отрицательного результата «г», ухудшающего параметры результата, а способ № 2 – отрицательного результата «д». Таким образом, принципиальная схема результатов поведения осуществляемого по способам № 1 и 2 может выглядеть следующим образом (табл. 1.1).

Таблица 1.1

Общая структура когнитивного диссонанса

Способ № 1		Способ № 2	
Положительные свойства	a + б	Положительные свойства	a + в
Отрицательные свойства	г	Отрицательные свойства	д

Эффективное поведение предполагает, что в любом случае $(a + б) - г$ существенно > 0 и $(a + в) - д$ существенно > 0 , иначе на их основе не могла бы сформироваться мотивация.

При осуществлении выбора в пользу способа № 1 когнитивный диссонанс складывается из утраты, по сравнению с совокупным результатом, положительного качества «в», при выборе способа № 2 – качества «б». Если мы обозначим величину диссонанса буквенным символом А, то структура когнитивного диссонанса в первом случае будет

$$A_1 = [- (+ в) - г] ;$$

и во втором

$$A_2 = [- (+ б) - д] .$$

Если $A_1 < A_2$, и соответственно, $[(a + б) - г] > [(a + в) - д]$, то выбор осуществляется в пользу способа № 1.

Если $A_1 > A_2$, и соответственно, $[(a + б) - г] < [(a + в) - д]$, то выбор осуществляется в пользу способа № 2.

Однако причины возникновения диссонанса лежат не только в утрате положительных сторон гипотетического совокупного результата и не в «приобретении» неизбежных отрицательных последствий выбранного способа получения результата, а в сложности формирования суждения о балансе возможных приобретений и утрат, связанных с тем или иным способом поведения. Это объясняется тем, что составляющие поведения, участвующие в оценке выбора, нередко настолько сильно отличаются качественно друг от друга, что прямое их количественное сравнение оказывается невозможным.

Анализ приведенных аргументов позволяет сделать несколько выводов:

1. Принятие решения сопряжено с когнитивной проработкой ситуации. Для правильного принятия решения мы должны хорошо представлять себе условия предстоящей деятельности и характеристики своих потребностей.

2. Мы должны максимально точно понимать значимость всех параметров, участвующих во всех возможных вариантах выбора, их применимость, эффективность в условиях предстоящей деятельности.

3. Принятие решения в подавляющем большинстве случаев приводит к ограничению размеров приспособительного результата против максимально возможного. Оно ограничивается возможностями конкретного способа достижения этого результата.

4. Увеличение количества факторов, вовлекаемых в процедуру принятия решения, усиливает диссонанс, а уменьшение их количества снижает его.

5. Мера нашей осведомленности о параметрах результата и условиях осуществления деятельности и ее последствиях обратно пропорциональна величине диссонанса.

6. Размеры когнитивного диссонанса зависят от уровня и качества нашей потребности. Если потребность невысока, то требования к величине и качеству приспособительного результата также невысоки, поэтому нас устраивает любое решение или их большая часть.

Решением когнитивного диссонанса и необходимым условием достижения когнитивной согласованности является когнитивная проработка ситуации с целью оценки прогноза на соотношение отрицательных и положительных сторон принимаемого решения. Эта процедура сопровождается тщательным анализом характера собственной потребности, параметров получаемого результата (свойств покупаемого товара) и свойств процедурной репрезентации – всех действий и затрат, связанных с приобретением продукта, а также его последствий (в случае с лекарственными препаратами, например, с их токсичностью). Это не всегда просто, так как в системе оценки участвуют параметры, единицы измерения которых часто несравнимы между собой ни качественно, ни количественно.

Поскольку все составляющие параметры поведения в данном случае являются величинами прогнозируемыми, индивид должен считаться с тем обстоятельством, что прогноз может быть ошибочным, или, вернее сказать, всегда имеет ту или иную степень погрешности. Поэтому любой индивид или животное учитывают это обстоятельство, и, чтобы повысить вероятность правильного решения, уровень диссонанса пре-

вышает реальную значимость имеющихся противоречий на величину, прямо пропорциональную степени неосведомленности субъекта о ситуации. В этой связи совершенно ясно, что имеется обратная пропорциональная зависимость между уровнем осведомленности человека о характере ситуации и выраженности диссонанса. Чем более знакома нам ситуация, чем выше наша осведомленность о факторах, ее составляющих, тем меньше величина когнитивного диссонанса, возникающего при принятии решения в этих условиях.

По своей сути когнитивный диссонанс является конфликтом, в котором во взаимном противоречии сталкиваются положительные и отрицательные стороны принимаемого решения. Принятие решения в этих случаях возможно только при выработке некоторого решающего правила (институализации конфликта), в результате которого будут урегулированы отношения между отдельными конфликтующими тенденциями конкурирующих альтернатив или между существующими установками и достигнут приемлемый баланс различных составляющих принятого решения.

При принятии решения мы должны примириться с ограничениями, налагаемыми этим решением на характеристики приспособительного результата и на затраты, неизбежные при его получении, а также с отрицательными последствиями, связанными с выбранным вариантом (стилем) поведения.

В своем поведении в большинстве случаев мы не сталкиваемся с когнитивным диссонансом, даже в тех случаях, где имеются все основания для его возникновения. Дело в том, что однажды принятое решение на основании когнитивной проработки ситуации закрепляется в памяти в виде механизма, называемого *установкой*. Установка включает в себя три компонента: 1) аффективное отношение к ситуации (комплекс эмоциональных реакций на данную ситуацию), 2) репертуар поведенческих навыков, применимых для решения данной проблемы, 3) совокупность имеющихся знаний о ситуации. Установки в дальнейшем поведении служат вспомогательным инструментом для облегчения принятия решения и разрешения когнитивного диссонанса во всех подобных ситуациях. Одновременно с тем, что установки облегчают поведение, предотвращая возникновение когнитивного диссонанса в будущем, они являются существенным препятствием на пути внедрения новых технологий и продуктов, поскольку неизбежно апеллируют к старым.

После формирования установка закрепляется в памяти и функционирует в дальнейшем на основе механизма, похожего на условный рефлекс. Будучи создана, установка сохраняется в памяти навсегда. В дальнейшем она не может быть устранена из памяти, но может быть моди-

фицирована, заменена другой установкой или ее реализация может быть подавлена. В этом установка сходна с условным рефлексом. Однако она имеет с последним существенные различия.

Установка представляет собой не конкретный способ решения задачи и, в отличие от условного рефлекса, не ассоциирована с конкретными стимулами. Она является обобщенным правилом, на основании которого облегчается решение всех задач подобного типа.

Очень важен тот факт, что установка напрямую связана с состоянием когнитивного диссонанса. Итогом ее деятельности является принятие решения и разрешение когнитивного диссонанса. Поэтому сам факт неподкрепления поведения не отменяет и не ослабляет установки, подобно тому, как это происходит с условными рефлексам. Хотя неподкрепление – неполучение результата – и может косвенно привести к изменению установки через поиск новых путей достижения результата вследствие отказа от старого пути удовлетворения потребности.

Для существования установки и ее подкрепления важен не результат поведения, а тот факт, снимает она когнитивный диссонанс или нет. Поскольку когнитивный диссонанс представляет собой весьма тягостное явление, то его ликвидация под влиянием установки может превалировать в процессе формирования и фиксации установки над получением полезного приспособительного результата, и качество последнего приносится в жертву ликвидации диссонанса. Это является защитным механизмом против разрушительного действия диссонанса.

Большое значение для разрешения когнитивного диссонанса имеет наличие у индивида или животного возможности сформировать ясное *дифференцированное* отношение к элементам, составляющим ситуацию. Здесь главную роль играет не просто и не столько знание альтернатив, существующих в поведении, сколько точное представление *о характере их различий*. Выражаясь отвлеченным языком нейрофизиологии, это способность к дискриминации стимулов.

Существенную роль в этом процессе могут играть представления о неких знаковых стимулах (признаках – маркерах приспособительного результата, которые помогают принять решение или усиливают положительное впечатление о выбранном варианте действий). Таким маркером при принятии решения о совершении какой-либо покупки может служить товарный знак (гудвилл) знаменитой фирмы или какие-либо особые признаки качества товара, которые тем или иным способом доносятся до сознания покупателя. Совершенно очевидно, что товарный знак фирмы никак не влияет на свойства товара, однако его наличие облегчает процесс принятия решения о покупке данного изделия в пользу товара фирмы, если это известная фирма.

1.1.3. Стадия эфферентного синтеза

Эфферентный синтез представлен последовательно связанными процедурами запуска и исполнения действий, непосредственно вытекающих из условий принятого решения. Эта стадия заканчивается достижением полезного приспособительного результата. Она включает все механизмы и процессы подготовки и обеспечения этого действия, объединяет в себе все процессы и действия, необходимые для получения результата в соответствии с выбранной альтернативой поведения.

1.1.4. Акцептор результата действия

Основные процессы, протекающие на стадии акцептора результата действия, схематически представлены на рис. 1.2. Деятельность этого механизма основана на том, что после завершения поведения и отражения в восприятии физических, химических, биологических, информационных и других свойств полезного приспособительного результата он производит сравнение полученного и прогнозируемого результатов. Расхождение или соответствие параметров результата, полученного при выполнении поведенческого акта, и прогноза на его значимые характеристики является основанием для оценки эффективности поведения, которая сводится к одному из четырех следствий, влияющих на дальнейшее поведение:

1. При удовлетворительном уровне совпадения прогноза и результата, а также его обычности (в прошлом опыте такие результаты уже встречались) констатация этого факта вызывает умеренные положительные эмоции с последующей релаксацией и прекращением поведения.

2. В том случае, когда приспособительное значение результата очень велико, велика потребность или такой приспособительный результат (в качественном или количественном отношении) в прошлом еще не достигался и на акцепторе установлено его совпадение с прогнозом или даже превосходство над имевшимся прогнозом, формируются выраженные положительные эмоции. Значение этих эмоциональных реакций состоит в том, что, кроме релаксации, они способствуют фиксации в памяти навыков, созданных в процессе получения данного результата, и интеграции последних в систему имеющегося у индивида опыта. Кроме этого, в данном случае происходит повышение «планки» критериев оценки последующих результатов в данной категории поведения.

3. Когда регистрируется определенная степень расхождения полученного и прогнозируемого результатов и это расхождение не удовлетворяет индивида (воспринимается отрицательно), но при этом такая неудовлетворенность не носит слишком выраженного характера, на ак-

цепторе результата действия возникают умеренные отрицательные эмоции. Эти эмоции мобилизуют индивида на повторение поведения с целью получения нужного результата, изменение поведения или поиск путей удовлетворения данной потребности иным способом.

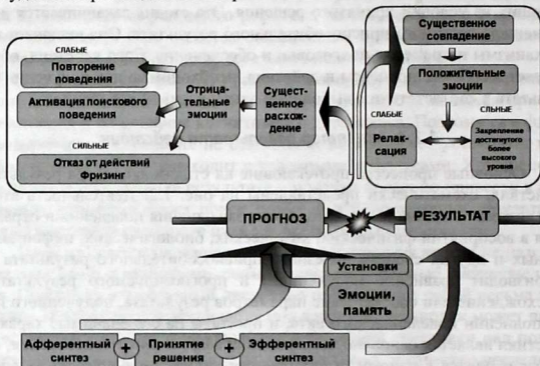


Рис. 1.2. Структура стадии акцептора результата действия

4. При высоком уровне расхождения прогноза и результата в худшую сторону возникают сильные негативные эмоции, которые тормозят осуществление поведения в данном направлении, отказ от достижения данной цели или фризинговые реакции (состояние полной бездеятельности).

Удовлетворительный результат не обязательно должен на 100 % совпадать с прогнозом. В разных поведенческих системах или даже в разных ситуациях требования к точности совпадения могут отличаться, и результат, только удовлетворительный для одной системы или ситуации, может быть оценен как высокий в другой и оказаться совершенно неприемлемым для третьей. При выполнении действий в системе врожденных рефлексов и хорошо отработанных навыков ошибка более 0,1 % может вызвать отрицательные переживания. При решении сложных логических задач с высоким уровнем новизны задания или когда навыки, имеющиеся у индивида в данной области, очень несовершенны, ошибка в 30 % может быть признана хорошим и даже отличным результатом.

Нужно сказать, что критерии, на основании которых индивид или животное дает качественную и количественную оценку расхождения прогноза и результата, а также изменяет поведение в одном из указанных четырех направлений в зависимости от формы эмоционального ответа на результат сопоставления прогнозируемого и полученного результатов, формируется строго индивидуально. Эта индивидуальность зависит в основном от личного опыта и врожденных способностей индивида. Точно так же как критерий принятия или непринятия самого результата формируется на основании жизненного опыта индивида, функциональных особенностей его нервной системы, а также специфики ситуации, в которой данное поведение осуществляется. Характер дальнейшего поведения в существенной мере определяется этими факторами. Некоторые люди могут эффективно действовать и упорно добиваться цели, несмотря на высокий уровень негативных эмоций и крайне низкую эффективность поведения, другие уже при незначительном расхождении прогноза и результата или возникновении умеренных негативных эмоций прекращают деятельность. Существенную роль в этом играет также фактор новизны ситуации.

1.1.5. Установки с двойным (множественным) стандартом, природа двуличия

В ряде случаев в установке, используемой человеком в поведении, можно совершенно явственно определить наличие двух составляющих, по-разному ориентированных на различные компоненты, объекты или субъектов действия. Наличие таких установок является особенностью социального поведения. В бытовом понимании такое поведение может быть названо двуличным. Обычно это сложные виды поведения, состоящие из двух или нескольких более простых поведенческих систем. Необходимо сказать, что в этом случае для каждого паттерна существует своя цель и свой результат. Другими словами такие установки существуют в условиях разделения труда. Эти две составляющие можно было бы отнести к разным поведенческим паттернам и считать двумя самостоятельными установками, однако они проявляются в рамках поведения связанного одной целью. Она касается одного приспособительного результата, выполняется в рамках единой процедурной репрезентации и в соответствии с единым решением, а следовательно, когнитивный диссонанс, который она разрешает, хотя и распределяется между разными субъектами поведения (часто асимметрично), разрешается с помощью одного решающего правила. Однако не все составляющие этого правила одинаково знакомы и видны всем участникам процесса. Структура ус-

тановки определяет различие в использовании когнитивного, аффективного и поведенческого компонента применительно к разным субъектам действия.

В некоторых случаях такая тактика является отражением прямого мошенничества, однако часто она совершенно необходима для выполнения ряда функций, связанных с разделением труда.

Например, общественный прогресс во все времена был невозможен без развития науки и политической деятельности. Развитие и того и другого требуют формирования сложного языка и изобразительных средств, следовательно, должны развиваться литература и искусство. Для развития науки и искусства, точно так же как и для других перечисленных видов деятельности, необходимы люди, освобожденные от труда в том смысле слова, в каком трудятся крестьяне, ремесленники и другие категории неквалифицированных или низкоквалифицированных рабочих. Труд ученых и деятелей искусства предполагает сначала длительное образование (обучение), а затем научное или иное творчество. При этом для того, чтобы их труд был эффективным, они должны работать и жить в достаточно комфортных условиях.

Однако непременным условием их существования является наличие еще одной социальной группы – той, которая будет являться потребителем этого труда. Например, покупать картины, использовать результаты научных открытий, разбираться в литературе и ценить ее, т. е. у интеллектуального труда должен быть заказчик и потребитель. Он сам должен иметь достаточный уровень культуры и образования для того, чтобы иметь потребность во всех этих произведениях. Кроме того, он должен располагать властными и материальными ресурсами для всего этого. Этими людьми являются социальные лидеры, именно они нуждаются в инновациях и достижениях культуры. В рабовладельческом и феодальном обществе – это верховная власть и знать, в буржуазном обществе – буржуазия и т. д. Они тоже должны быть освобождены от низкоквалифицированного труда и тем не менее обладать возможностью присваивать себе плоды этого труда и аккумулировать их. Это означает, что средства к существованию должны обеспечивать своим трудом низшие слои – как для себя, так и для социальной верхушки, а также для ученых, деятелей искусства, политиков и т. д. Следовательно, они должны нести существенную дополнительную нагрузку. Плоды этого труда в какой-то мере возвращаются к ним в виде результатов прогресса, социальной организации, защищенности (полиция, армия), однако социальное расслоение, несправедливое с точки зрения принципа всеобщего равенства, остается. Речь идет не только о государственной машине. С точки зрения социальной психологии в любом коллективе, да-

же самом маленьком социальном агрегате, позиции лидера и рядового члена отличаются, и, следовательно, деятельность коллектива содержит элементы двойного стандарта во взгляде на одни и те же проблемы.

Рыночные отношения целиком построены на установках с двойным стандартом. Покупатель заинтересован в том, чтобы приобрести некие средства, повышающие его адаптированность в среде обитания. Для этого эти средства должны обладать определенными свойствами. Он заинтересован в том, чтобы приобрести их как можно дешевле, продавец заинтересован в том, чтобы продать товар как можно дороже. При этом он заинтересован в качестве этого товара только в той мере, в какой его собственное благополучие зависит от этого качества. Стабильность и качество отношений продавца и покупателя в этих условиях целиком зависит от того, в какой мере эти отношения поддаются управлению механизмами децентрализованного контроля (см. ниже) или контролирующим функциям государственных и общественных структур. Особенно сильны установки с множественным стандартом на рынке рецептурных препаратов.

1.2. Эмоции

В механизмах формирования поведения большое значение принадлежит эмоциональной активности. Она представляет собой обширный комплекс реакций, основная функциональная роль которого заключается в том, чтобы модифицировать поведение, изменив его до уровня адаптивной значимости стимула, запускающего это поведение.

Общебиологическая роль эмоций в нормальных условиях заключается либо в мобилизации ресурсов и интеграции функциональных систем, необходимых для реализации того или иного поведения, либо в ином способе управления поведением. Такими способами, например, могут быть релаксация и торможение. Однако два этих варианта с определенной точки зрения также можно рассматривать как мобилизацию, поскольку и тот и другой процесс предусматривает деятельность, направленную на активное гашение только что завершенной деятельности или подавление текущего поведения. Эмоции необходимы прежде всего для осуществления сложных и энергоемких поведенческих актов.

Воспринимая ситуацию, в рамках которой формируется потребность, эмоции осуществляют ее своеобразный квалификационный анализ, определяя характер поведения, которое будет адекватно складывающейся обстановке с учетом внешних обстоятельств и внутреннего состояния субъекта. Причем данная категоризация поведения осуществляется в рамках трех характеристик.

Первая характеристика, которая наиболее очевидно присваивается эмоциям в конкретной ситуации – это *оппонентность*. Эмоции определяют знак отношения субъекта в отношении ситуации. То есть эмоции решают, какую из альтернативных стратегий поведения следует применить в данной ситуации – избегание или приближение. При этом считается, что каждой положительной эмоции соответствует отрицательная.

Второй характеристикой является качество эмоций. Под качеством понимается сам паттерн эмоционального реагирования. Положительные эмоции, такие как страсть, радушие, восторг, изумление, отчетливо различаются по своему характеру и значению, набору поведенческих реакций, точно так же как отрицательные эмоции – ярость, ненависть, горе, ужас. Этим эмоциональным состояниям соответствуют мимические выражения (эмоциональные дисплеи), которые в подавляющем большинстве случаев совершенно правильно опознаются людьми разных национальностей, рас и культур. Кроме того, в различных языках существуют слова, обозначающие все идентичные состояния, что свидетельствует о том, что приведенное разделение эмоциональных состояний имеет общебиологическое, а не культуральное происхождение.

Подтверждением общебиологического базиса эмоций служит тот факт, что во всех человеческих культурах чувства идентифицируются сходным образом. Например: гнев, ненависть, любовь, зависть, ревность, страх, плохое самочувствие. То есть эмоции мы распознаем однозначно. Они связаны с организацией и структурой нейрональной сети висцеро-лимбической системы. Предполагается, что однозначность эмоционального реагирования на сложные стимулы основывается на сравнении своего опыта с некими эталонами. I. Eibl-Eibesfeldt (1989) называет эти эталоны *оттисками*. По его мнению, любое животное или человек должны обладать нейрональными структурами, с помощью которых осуществляется сравнение опыта и поступающей информации.

По-видимому, оттиски детерминируют, что верно, а что неверно, что хорошо, а что плохо; другими словами, они оценивают и формируют «ожидаемое поведение». Универсальность некоторых норм поведения, которые связаны со строгой его упорядоченностью, «правильностью», существование этих норм вопреки обучению доказывает, что оттиски имеют врожденную основу. Отклонения от норм, регламентируемых оттисками, вызывают у людей чувство неловкости, негодования, ненависти (отрицательные эмоции), а подтверждение соответствия поведения этим нормам – удовлетворение.

Каждому из перечисленных эмоциональных состояний соответствует определенный паттерн поведения. Так, ярость предполагает агрес-

сивное поведение, ужас и отвращение – различные формы избегания, беспокойство – поисковое поведение, изумление – исследовательское, страсть – интимные отношения или сугубо личную привязанность к чему-либо, в то время как радушие – социально открытые отношения.

И, наконец, третьей характеристикой является градация силы эмоционального состояния, которая определяет степень его влияния на поведение. Эта последняя характеристика также находит свое отражение в эмоциональных дисплеях (жестах, мимике) и словах, имеющих соответствующие эквиваленты в различных языках и культурах, что также свидетельствует об их универсальности.

Таким образом, эмоциональная активность оценивает ситуацию и выносит определенное решение о характере поведения, поведенческом репертуаре и количественной стороне поведения.

Эмоциональная реакция может быть сформирована не только на тот стимул, который был отражен в сознании. Исследования показывают, что эмоциональное реагирование может быть вызвано и стимулом подпороговой силы. Это проявляется не только неосознаваемыми или непонимаемыми изменениями настроения, но и в деятельности внутренних органов и тканей, например изменением кожно-гальванической реакции. При этом, реагируя на стимул подпороговой величины, эмоции изменяют характер его восприятия сознанием. Показано, что для неприятных стимулов порог восприятия повышается, в то время как для приятных он снижается. Это явление имеет двойное значение. Во-первых, оно играет роль следящей системы, подготавливая организм к реакции в том случае, если стимул достигнет значимых величин, или выявляют наиболее важные стимулы еще на подпороговом уровне. Во-вторых, оно защищает мозг от излишних негативных эмоций, поднимая порог чувствительности к негативным стимулам и тем самым ограничивая их отражение в сознании.

1.3. Биологические основы и механизм разделения труда.

Кооперативные отношения и командная деятельность

Наиболее эффективной формой социального поведения всех организмов является командная деятельность, которая у человека приобретает особо значимые размеры. Основу командного поведения составляет разделение труда. Принципиальной особенностью любых социальных агрегатов, обеспечивающей возможность функционирования механизма разделения труда, выступает гетерогенность популяции вида. Эта гетерогенность проявляется в различии врожденных биологических свойств отдельных индивидов, а также приобретенного индивидуально-

го опыта (навыков). Более высокая эффективность деятельности популяции индивидов, существенно отличающихся по своим навыкам по сравнению с индивидами в однородной популяции, достигается за счет увеличения репертуара этих навыков. Основным условием достижения более высокой эффективности поведения при этом является то, что эти навыки совместимы и образуют систему деятельности, ведущей к получению некоего результата. Командные паттерны кооперативной активности позволяют привлекать для осуществления поведения участников, совокупный набор персональных свойств и навыков которых невозможен у одного индивида. Поэтому получение подобных результатов возможно только в условиях кооперативной деятельности. Ввиду высокой приспособительной значимости такие формы активности широко распространены в поведении как людей, так и животных.

Командное поведение имеет глубокие биологические корни. В наиболее простом виде оно встречается уже у социальных насекомых и поэтому не может рассматриваться исключительно с антропоцентристских позиций. Это не означает, что, рассматривая рыночные отношения и командную деятельность человека, мы должны изучать их с точки зрения примитивных процессов высшей нервной деятельности. Однако поведение, обеспечивающее координацию и интеграцию активности отдельных индивидов у человека, зачастую формируется на основании реакций и механизмов, присутствующих в поведении таких видов, как муравьи, пчелы и даже почвенные амебы.

Для нас сейчас важно, что при групповой деятельности общий результат достигается несколькими или многими животными (членами сообщества). Каждым же из животных достигается только часть этого результата, а уже сумма решений субзадач складывается в конечный результат деятельности группы.

Различают вертикальную и горизонтальную формы разделения труда. Для горизонтальной формы характерны качественные различия выполняемых операций при одинаковом их уровне сложности и требованиям к квалификации исполнителей. При вертикальной форме разделение осуществляется по уровню сложности решаемой проблемы. Например, директор предприятия и рабочий составляют пару в системе вертикального разделения труда.

Вертикальному разделению труда, представляющему собой иерархическую систему, сопутствует ряд обстоятельств, существенно осложняющих деятельность.

Во-первых, это организация самого производственного процесса и механизмы, управляющие им. Основные сложности в организации производства сводятся к четырем основным группам факторов:

- множественность мотивационных состояний, неизбежно присутствующая в любом коллективе в силу индивидуальных различий отдельных участников;
- конфликт интересов, обусловленный различием потребностей и отношения к цели совместной деятельности;
- когнитивный диссонанс, вызванный различным видением путей решения проблемы и своей роли в этом процессе, а также возможностей удовлетворения индивидуальных запросов;
- наличие отрицательных факторов групповой динамики, как то свободное райдерство, социальная леность, социальное сравнение и т. д.

Четыре этих условия, неизбежно сопровождающие кооперацию, существенно осложняют коллективное поведение и требуют специальных мер для их преодоления (Nijstad B.A., Stroebe W., 2006). Главным инструментом преодоления отрицательного влияния этих факторов является иерархическая организация сообщества (при успешном ее функционировании, естественно).

Во-вторых, важнейшей стороной производственного процесса выступает также распределение конечного результата труда. Так, индивид А выполняет одну операцию, производя лишь небольшую часть совокупного продукта. Однако против собственных нужд он производит ее в существенном избытке. Оставшуюся часть продукта он должен обменять на изделия и прочие результаты труда коллектива (сообщества), которые произвели другие участники и которые необходимы индивиду А.

Указанная проблема решается процедурой обмена. Существует две основные формы такого обмена. С одной стороны, это централизованный контроль со стороны государства и общественных организаций. Основным проявлением этой формы обмена является плановая экономика, существовавшая при социализме. С другой стороны, это рыночная экономика, где размеры и соотношения обмениваемых продуктов зависят, прежде всего, от соотношения спроса и предложения.

1.4. Психобиологические основы и этика обмена результатами труда в кооперативной деятельности

Продукт, созданный индивидом, составляет его собственность. То есть создателю принадлежит преимущественное право на пользование этим продуктом. Это право в поведении человека и высших животных закреплено правом обладания. В дальнейшем индивид обменивает

эти результаты на другие предметы или услуги, необходимые для обеспечения собственной жизнедеятельности. Проблема заключается в том, что индивид должен правильно оценить, во-первых, значимость той части общественного совокупного продукта, которую произвел он, и, во-вторых, какую часть общественного совокупного продукта, произведенного другими участниками кооперации, он должен получить в обмен за нее. Необходим механизм, обеспечивающий адекватность обмена результатами труда. Рынок является одним из таких механизмов.

В указанной оценке принимают участие две группы факторов:

1. Первичные факторы оценки трудозатрат и значимости. Они учитывают размеры трудозатрат, произведенных участником, сложность и эксклюзивность навыков и знаний, использованных при получении результата, а также значимость этого результата для общества (группы).

2. Вторичные факторы. В социальных системах на оценку значимости результата участника социального процесса существенное влияние оказывает ряд обстоятельств, являющихся производными от первичных факторов. Среди них нужно назвать в первую очередь такие, как социальный (иерархический) статус сторон, участвующих в сделке. Кроме этого, имеет значение наличие конфиденциальной информации, право собственности или приоритета.

Вторичность этих факторов обусловлена тем, что они формируются на основании первичных, однако со временем они начинают составлять самостоятельную систему оценки значимости труда, в некоторых случаях доминирующую над оценкой по первичным факторам.

При оценке вклада участника с учетом первичных факторов величина его приспособительного результата полностью зависит от его функциональных ресурсов и тем самым естественным образом ограничена.

Присвоение части результата общественного труда, опосредованное любым из вторичных факторов, например права собственности или социального статуса, не требует использования собственных ограниченных физиологических ресурсов, поэтому, в отличие от прямой оценки вклада, не ограничено функциональными возможностями индивида, его физиологическими ресурсами. Права собственности могут накапливаться, социальный статус – возрастать. Хотя и то и другое требует вложения сил, эти затраты могут быть не связаны непосредственно с тем делом, из результатов которого индивид извлекает выгоду.

Рынок нельзя рассматривать исключительно как процедуру купли-продажи. Обмен как форма поведения несколько шире и включает процедуры дарения и давания. На первый взгляд, дарение и давание, не

предусматривающие непосредственного обмена, не могут квалифицироваться как рыночные отношения. Однако и то и другое, будучи выражением альтруистического поведения, всегда являются определенной формой кредита, нередко более выгодного и эффективного, чем прямой равноценный обмен.

В процедурах рыночного обмена сочетаются как минимум несколько социальных функций.

1. Рынок является универсальным и высокоэффективным средством оценки значимости труда. При этом рынок оценивает стоимость того или иного продукта в условиях мультипараметрической системы ценностей и делает это очень просто и эффективно: то, что является необходимым (желанным) с учетом всех возможных обстоятельств, влияющих на потребление, покупается, то, что не является, – нет. То, что очень нужно и ограничено в количестве, стоит дорого. То, что нужно и трудоемко в изготовлении или требует высокого мастерства, имеет высокую цену. То, что трудоемко в производстве и не имеет спроса, перестает производиться и т. д.

2. Рынок обладает высокой (хотя и не абсолютной) резистентностью к попыткам лоббирования интересов, особенно когда речь идет о товарах и иных продуктах первой необходимости. Если характер потребности очевиден, несостоятельность любой субституционной (замещающей) деятельности оказывается налицо.

3. Предметы, служащие объектами собственности и обмена, всегда играли важную медиаторную функцию. Обмен предметами – это древняя адаптация, вероятно, он существовал уже в каменном веке. Так, рыбаки обменивают рыбу на зерно, а хлебопашцы – зерно на рыбу. Этот обмен создает прочные социальные связи, так как один из участников обмена не может обойтись без другого, кроме того, процедура обмена требует надежных средств коммуникации и знания обычаев друг друга. Процессы обмена способствуют прогрессу, так как требуют совершенствования языка, систем обмена информацией, значительного привлечения когнитивных функций, а также хорошего понимания законов социальных отношений и т. д.

4. Рынок формирует систему кредита. Это средство поддержания тех членов социума, которые по каким-то форс-мажорным обстоятельствам оказались без средств к существованию или имеющихся средств у которых недостаточно для достижения своих целей (обмен в долг). При этом долг может носить социально-альтруистический характер. Мы можем отдавать некий ресурс, зная, что этот человек не сможет нам его вернуть. Однако при этом мы поддерживаем систему социальной взаимопомощи, которая может потребоваться и нам самим.

5. Обмен способствует развитию социальных функций, так как, будучи практически всегда дружественным, связывает тем, что он как минимум обязывает к доброжелательности. Ведь, в общем, обмениваются и дают, как правило, то, чего ждут. Кроме того, дарение и давание предполагают реципрокность (взаимность).

6. Обмен, дарение и давание являются важными инструментами иерархических отношений. Они оказывают на поведение двойное влияние: во-первых, увеличивают обладание (повышают ресурс) и тем самым вызывают положительные эмоции. Во-вторых, дарение является проявлением лояльности, если дарит субдоминантный индивид и следствием дарения служит принятие его под покровительство. В-третьих, оно может служить демонстрацией субмиссивности (отдают часть ресурса) и таким образом обеспечивает ингибирование агрессии. Либо, когда даёт тот, кто выше в иерархии, дарение символизирует его более высокий статус, предусматривающий право давать.

7. Обмен, безусловно, формирует зависимость. Дающая сторона может отказать в обмене и таким образом лишит принимающую сторону важного материального или иного ресурса. В таком виде обмен создает определенные обязательства и ограничивает свободу поведения принимающего по отношению к дающему. В крупных социальных обществах с развитыми и сильными традициями, некто, в силу разделения труда, может обладать важными ресурсами. Обмен этих ресурсов на другие, менее эксклюзивные, обеспечивает зависимость самой необходимостью этого ресурса.

8. Процедуры обмена способствуют консолидации сообщества, поскольку отношения, построенные на обмене, простираются только на членов группы, соединенной как солидарное сообщество. Традиции дарения и обмена показывают удивительную амбивалентность поведения дарения, которая в зависимости от внешних обстоятельств позволяет противоположным образом реагировать на внешнюю ситуацию, не нанося существенного ущерба себе и социальным связям, одновременно усиливая социальное взаимодействие и повышая эффективность поведения следующего из него. Так, сообразно обстоятельствам, дарение и давание могут быть расценены как помощь и проявление дружественности и как агрессия – попытка создать зависимость.

9. Нужно также учитывать, что по своей структуре любой социальный агрегат существенно шире, чем круг участников производственного процесса, создающих совокупный приспособительный результат. Это как минимум дети, нетрудоспособные старики и инвалиды, люди, временно утратившие трудоспособность на период болезни или по другим причинам, женщины в период беременности или ухода за детьми.

Этим категориям населения часть продукта должна быть просто отдана, несмотря на то, что они не участвовали ни в каком производственном процессе. И, хотя с первого взгляда может показаться, что это не имеет никакого отношения к рынку, тем не менее, это не так. Отчуждение части приспособительного результата, необходимой для обеспечения интересов этих категорий людей, должно быть неизбежно включено в процесс ценообразования в процедуре обмена и существенно влиять как на качество и количество того продукта, который может быть отдан, так и на численность той категории индивидов, которые включаются в этот «льготный список». Иллюстрацией к последнему может служить явление инфантицида, распространенное у многих первобытных племен. Суть его состоит в том, что в случае возникновения долгосрочных проблем с пищей, для обеспечения выживаемости племени часть детей уничтожается. Причем подход к этому уничтожению чисто рыночный. Уничтожают в первую очередь самых маленьких, поскольку они требуют отвлечения сил для ухода за собой, а старшие уже могут что-то делать. Кроме того, в воспитание старших уже вложены существенные средства.

Таким образом, рыночные отношения и поведенческие паттерны, связанные с обменом, имеют огромное социальное значение, глубокие биологические корни и древнюю историю.

1.5. Значение механизмов централизованного и децентрализованного контроля в маркетинговой деятельности

Существуют два основных механизма управления поведением, принципиально отличающихся по своей сути. Первый из них выполняется с использованием преимущественно когнитивных функций и представляет собой процесс осмысленного принятия решения на основе логического анализа ситуации. Этот способ получил наименование *централизованного контроля*, так как основным координирующим органом является центральная нервная система или, в социальных агрегатах, лидер или группа лидеров. Второй способ основан на использовании самых примитивных нейрональных реакций – очень простых безусловных рефлексах, реже инстинктах, а в значительном числе случаев не требующий участия нервной системы вообще. Основными средствами управления при использовании этого способа выступают фундаментальные законы природы, статистики, а также определенные формы гетерогенности внешней среды. Этот способ управления, соответственно, получил название *децентрализованного контроля* ввиду отсутствия

центрального управления. Мы не будем останавливаться на системах централизованного контроля, так как им посвящено значительное количество литературы и они хорошо известны. Коснемся лишь описания децентрализованного контроля. Кроме того, поскольку законы самоорганизации имеют важнейшее значение в рыночных отношениях, остановимся на них подробнее.

1.5.1. Механизмы самоорганизации в поведении

Людей всегда удивляла способность, присущая социальным агрегатам животных с примитивной нервной системой, например насекомым, решать задачи огромной организационной и инженерной сложности. И главной причиной этого удивления является то, что сложность и точность наблюдаемых при этом реакций не находит объяснения в уровне организации их нервной системы. Иными словами, как говорит T.D. Seeley (2002), эти животные не располагают нейрофизиологическим ресурсом для решения подобных задач, и решение проблем происходит при практически полном отсутствии сознательного контроля.

Ярким примером являются колонии муравьев, описываемые G.J. Theraulaz (2003). У муравьев *Formicalugubris* суперколонии, которые содержат более 20 миллионов особей и простираются на несколько сотен квадратных метров. Эти суперколонии прокладывают несколько десятков километров сетей тропинок, протяженность которых в несколько миллионов раз больше размеров самого муравья. Сегодня очевидно, что управление поведением животных при решении задач высокого уровня сложности не обязательно требует развитой нервной системы. Оно может осуществляться очень простыми организмами (вплоть до бактерий, у которых вообще нет нервной системы), если подчиняется определенным правилам в рамках некоей системы, организованной посредством какой-то естественным образом структурированной гетерогенности. Такой структурой может служить, например, турбулентность, кристаллическая решетка, солнечный луч или закон нормального распределения и т. д.

Главным достоинством самоорганизации как системы поведения являются низкие требования к сложности нервной системы животного, (допускается даже полное ее отсутствие), простота и ограниченное количество поведенческих реакций, управляющих поведением, в сочетании с относительно высокой точностью и сложностью получаемого результата. При этом организация элементов системы достигается на основе очень простых принципов. Остановимся на описании главных законов самоорганизации.

Традиционными системами, в условиях которых изучаются законы самоорганизации, служат колонии социальных насекомых. Одной из основных причин этого является тот факт, что примитивность нервной системы этих животных исключает участие в поведении централизованного контроля сколько-нибудь значимой степени сложности.

Каноническим примером самоорганизации являются муравьиные феромоновые тропы. Многие виды муравьев секретируют специальные пахучие вещества, известные как феромоны, для того чтобы маркировать маршрут от пищи к гнезду. После обнаружения источника пищи муравей возвращается в гнездо, оставляя через равные интервалы небольшую каплю феромона. Достигнув гнезда, муравей совершает повторный поход к пище, двигаясь по пахучим каплям. Возвращаясь в гнездо с новой порцией пищи, он оставляет дополнительные капли феромона, возобновляя и усиливая эту тропу. Другие муравьи, которые не нашли пищи и случайно наталкиваются на тропу, следуют по ней и находят источник пищи. Направляясь с пищей к гнезду, эти следующие муравьи, двигаясь по уже «промаркированной» тропе, также оставляют на своем пути капли феромона. Благодаря этому последовательному усилению феромоновая тропа выстраивается и через короткое время превращается в стабильную дорогу муравьев, двигающихся между пищей и гнездом. Феромоновая тропа образуется исключительно на основе локальной информации. Она инициируется одним индивидом или маленькой группой муравьев, ответственных за обнаружение пищи, и усиливается муравьями, случайно нашедшими тропу и следующими по ней.

В основе самоорганизации лежат несколько феноменов:

- взаимное усиление элементов поведения;
- отрицательная обратная связь;
- влияние законов дисперсии на организацию поведения.

Взаимное усиление элементов поведения. Существенный эффект в биологических системах, использующих механизмы самоорганизации, достигается за счет механизма положительной обратной связи. Особенностью всех систем, оперирующих положительной обратной связью, является то, что вход и выход не имеют линейной зависимости. Причина заключается в том, что источник стимулирующего сигнала, отправляющий его в систему, вскоре получает этот сигнал обратно. Последний вызывает еще большую активацию источника, который отправляет в систему усиленный сигнал, за счет чего еще больше повышает ее активность. При этом результат взаимодействия превышает сумму своих частей. Позитивная петля обратной связи в социальном поведении – это усиление социального события посредством привлечения (рекрутирования) новых участников и подкрепления действия его ре-

зультатом. Суть механизма рекрутирования в том, что в социальном аспекте начало действия одним из индивидов побуждает других, находящихся рядом, присоединиться к поведению, начатому первым участником. Рыба поворачивает налево, и другие рыбы следуют за ней. Несколько людей покупают и рекомендуют определенную марку видеорекордера, другие идут и покупают эту марку. Увеличение количества субъектов поведения повышает эффект рекрутирования, привлекая еще большее количество новых исполнителей и т. д. (Статт, Д., 2003). В поведенческом аспекте позитивный результат, достигнутый в первом акте поведения, активизирует действия в данном направлении, вследствие чего возрастает величина позитивного результата, что ведет к еще большему усилению поведения (Sumpter, D.J.T., 2006; Jagacinski, R.J., 1977; Baumeister, R.F. et al., 2007). Положительная обратная связь служит эскалации реакции. Она способствует увеличению численности участников, степени согласованности действий, интенсивности поведения и размеров ее конечного результата. Кроме того, она способствует распространению информации в социуме (Bonabeau et al., 1997). Эмоциональные состояния в толпе, объединенной общим центром внимания, способны очень быстро приобрести огромную силу и подчинить себе действия большинства людей.

Отрицательная обратная связь. Механизм отрицательной обратной связи состоит в том, что результат реакции (поведения) оказывает тормозящее влияние на скорость этой реакции. Этот принцип широко представлен и используется в процессах децентрализованного контроля, обеспечивающего деятельность самых разнообразных биологических систем. Если позитивная обратная связь активизирует и выстраивает коллективные паттерны, то негативная обратная связь стабилизирует их. Функциональное проявление этого явления в социальном аспекте может заключаться в том, что увеличение количества участников некоего процесса вызывает подавление процессов, связанных с аттракцией (присоединением, рекрутированием) новых членов. В поведенческом аспекте она заключается в подавляющем влиянии результата поведения на его продолжение или повторение. Чем выше результат поведения, тем больше будет ингибирующий эффект отрицательной обратной связи. Если же, напротив, результат поведения будет низким или возникает дефицит его в силу потребления (расходования), то действие механизма обратной отрицательной связи ослабевает, и поведение растормаживается. Негативная петля приводит к поддержанию гомеостаза, стабилизируя выход перед лицом варьирующего входа. Например, если мы заходим в кафе и видим там огромное количество людей, то у нас возникает желание покинуть это помещение. Причем это решение принима-

ется с помощью очень простого рефлекса, подавляющего appetitive поведение при достижении определенной плотности индивидов, принимающих пищу в одном месте.

Взаимодействие этих двух механизмов в поведении создает простую возможность принятия решения, когда один рефлекс, управляемый положительной обратной связью, активизирует поведение, другой рефлекс, действующий на основе отрицательной обратной связи – ограничивающий, – подавляет. При этом выбор целиком определяется балансом двух рефлексов.

Влияние законов дисперсии на организацию поведения. Главная лимитирующая теорема. Не все коллективные паттерны основаны на усиливающем эффекте взаимодействия. Симметричные структуры, такие как строительство куполообразных холмов древесными муравьями, и кратеры, создаваемые муравьями *M. barbarus*, могут быть результатом независимых действий колонии муравьев. Например, когда при строительстве кратера отдельный муравей *M. barbarus* покидает гнездо, он движется в произвольном направлении по прямой линии от отверстия. Расстояние среднего пробега от отверстия до того, как он бросит песчинку, составляет 4,8 см. Тот факт, что направление, выбранное муравьем, является независимым как от действий других муравьев, так и от направления, выбранного им при предыдущем аналогичном действии, создает симметричный кратер. То, что муравей вместе со всеми своими «сотоварищами» несколько неточен в оценке расстояния, преодолев которое он должен бросить песчинку, приводит к созданию валика, сечение которого по форме аналогично кривой нормального распределения. Высота кратера, который данная колония может соорудить сообща, пропорциональна количеству муравьев. Данный валик целиком является суммой отдельных частей, которые его формируют (рис. 1.3).

Тот факт, что кратер одинаков по высоте со всех сторон входа в гнездо, является следствием замечательного математического закона, применимого к любым системам, включающим большое число независимо действующих индивидов, – главной лимитирующей теоремы. Теорема гласит: характер общего результата деятельности любого большого числа независимо действующих индивидов, вносящих маленькое, свободно распределяющееся количество результата в некий общий результат, подчиняется законам нормального распределения. Кроме того, стандартное отклонение общего результата возрастает в пропорции квадратного корня от числа индивидов. Поскольку высота муравьиной стены возрастает пропорционально числу индивидов, по главной лимитирующей теореме стандартное отклонение вокруг стены возрастает в пропорции квадратного корня. То есть увеличение высоты стены про-

порционально росту числа индивидов будет сопровождаться увеличением ширины ее основания – пропорции валика будут неизменными. Таким образом, несмотря на то, а в действительности благодаря тому, что муравьи работают независимо, стена строится и имеет необходимую правильную форму. Если в месте строения валика почва имеет неровности, рефлекс экономии сил, заставляющий животных осуществлять поведение наиболее экономным способом, приведет к тому, что муравьи в большей степени будут направляться в самое низкое место создаваемого валика до тех пор, пока его верхний край не выровняется по высоте.

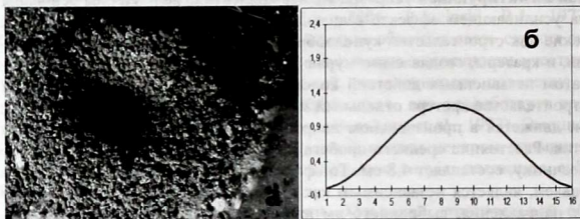


Рис. 1.3. Кратер муравьев *M. Barbarus* (а) и кривая нормального распределения (б)

Главная лимитирующая теорема является наиболее важным положением для понимания всех коллективных феноменов. Нормальное распределение универсально в том смысле, что все системы, состоящие из независимых частей, являются ее субъектом.

Действие этого закона в рыночных отношениях наиболее ярко проявляется в формировании цены на продукт в условиях, когда один и тот же товар предлагается значительным числом производителей. При этом большинство продавцов придерживается некой средней цены. В то же время отдельные производители продают свой товар дешевле, но их количество ограничено, поскольку они либо занижают долю своей прибыли, либо должны иметь более эффективное производство. Продавцы же, отпускающие товар по более высокой цене, также немногочисленны, поскольку они вынуждены прилагать специальные усилия по сбыту товара, либо этот товар должен иметь какие-то важные, совершенно очевидные для покупателя преимущества. Покупатели реагируют на эту ситуацию совершенно реципрокно (от лат. *reciprocus* – возвращающийся, взаимный). Товар с высокой ценой покупается неохотно из-за боль-

ших издержек, в то время как товар с низкой – вызывает сомнения в его качестве.

Кроме трех описанных законов самоорганизации, участвующих в ее механизмах облигатно (в любых случаях), выделяют еще семь, называемых факультативными механизмами.

1. Порог реакции. Люди и животные часто меняют свои реакции в ответ на достижение какого-то порога. Для муравьев *Temnothorax* стимулом к покиданию гнезда в дневное время является плотность муравьев во внутренней камере гнезда. Возвращаясь к примеру с посещением кафе, мы можем себе отчетливо представить, что принимаем решение остаться там или пойти в другое заведение в зависимости от плотности посетителей.

2. Чувствительность к исходным условиям. Многие поведенческие паттерны, основанные на механизмах самоорганизации, не чувствительны к исходным условиям. Однако в ряде случаев предиспозиции, образованные контекстом ситуации или предыдущим поведением, играют значительную роль. Многочисленными экспериментами на животных показано, что если поведение популяции ориентировано в одном направлении, рациональном с точки зрения ситуации, существовавшей в течение определенного периода, то при изменении условий данное поведение сохраняется и оказывается устойчивым, несмотря на то что открываются возможности для более эффективного поведения. Смены стратегии не происходит, потому что новым возможным способом поведения просто никто не пользуется, количество пользующихся недостаточно, чтобы изменить поведение популяции, или их социальный статус недостаточен, для того чтобы повлиять на поведение всей популяции. Проявление этого феномена имеет множество примеров в рыночных отношениях. Так, фирма, выпустившая некий товар на рынок первой, долгое время сохраняет преимущество в его реализации, несмотря на то что на этом рынке появились подобные товары других фирм, нередко превосходящие по своим потребительским характеристикам товар первой компании.

Преимущественная диспозиция может сложиться при выборе товара потребителем. Когда два подобных продукта (близких по качеству) реализуются в условиях рынка, после короткого периода потребления обоих продуктов один из них переигрывает другой. Мода и групповое давление могут сформировать петлю позитивной обратной связи таким образом, что восприятие незначительных различий продуктов усиливается толпой потребителей, следуя изначальному выбору нескольких индивидов (Sumpter, D.J.T., 2006).

3. Объединение и варибельность (флюктуация). Особую роль в коллективном поведении человека и животных играет различие их по индивидуальным признакам. Объединение индивидов, отличающихся по репертуару навыков и иным свойствам, в едином поведении формирует коллективную стратегию поведения, позволяющую решать целый ряд проблем.

Одна из функций объединения индивидов, варьирующих по индивидуальным свойствам в поведении человека была описана в обзоре Galton (1907). Он исследовал 800 участников игры, в которой толпа ярмарочных гуляк, внося небольшую плату, оценивала вес быка, каков он будет после забоя, и игрок, наиболее точно угадавший вес, получал приз. Хотя предположения имели большую вариативность, существенно отличающуюся от нормального распределения, усредненное предположение только на 1 фунт (450 г) было меньше, чем 1197 фунтов (544,5 кг) которые бык весил в действительности (Sumpter, D.J.T., 2006).

Нужно добавить, что варибельность реакций, или свободные флюктуации, является важным адаптационным инструментом на популяционном уровне. Когда социум находится в стрессовой ситуации, уровень свободных флюктуаций возрастает, что расширяет возможности в поиске поведенческих паттернов, обеспечивающих выход из стрессовой ситуации.



Рис. 1.4. Сегментирование рынка по психологическому признаку

Вариативность индивидуальных качеств потребителей формирует определенную стратегию потребления. Широко известно подразделение всей совокупности потенциальных потребителей на пять основных категорий: суперноваторов, новаторов, средних потребителей, консерваторов и суперконсерваторов. Пример их количественного распределения в популяции представлен графиком на рис. 1.4. Доля суперноваторов при этом составляет 3 %, новаторов – 14 %, обычных потребителей – 33 %, консерваторов – 34 % и суперконсерваторов – 16 %.

В приведенных фактах примечательно то, что указанные цифры и структура сегментации по психологическому принципу являются не простыми частями, а отражают потребительскую стратегию, составляющую единое целое. Каждая из групп выполняет свою функцию, при этом она обладает особыми свойствами (знаниями, навыками, эмоциональными реакциями), необходимыми для ее выполнения. Эти свойства не повторяются у представителей других групп.

Так, *суперноваторы* имеют выраженное стремление к использованию новых товаров. Этими товарами могут быть пищевые продукты или некоторые промышленные изделия. В любом случае, совершенно новые товары могут быть опасны или их использование может привести к нежелательным последствиям иного рода. Суперноваторы имеют в своем репертуаре поведения навыки по оценке степени безопасности нового продукта. Они знают, кому из производителей можно доверять, а также владеют иными атрибутами алгоритма использования совершенно нового товара. Кроме того, степень новизны товара имеет для них совершенно особое эмоциогенное значение, что и толкает их на такое поведение. Значение суперноваторов в прогрессе совершенно исключительно, так как все новые товары выводятся на рынок при их непосредственном участии и с их подачи.

Если функция суперноваторов состоит в своего рода первичной экспертизе новых товаров, то новаторы своей большей массой обеспечивают уровень потребления товара, необходимый для его поддержания на определенном уровне и приобретения известности.

Средние покупатели и *консерваторы* составляют основную массу потребителей, отличаясь между собой лишь тем, что консерваторы предпочитают более проверенные временем продукты. Они знают, где такие продукты взять и чем они характеризуются. Их роль состоит в том, чтобы удержать на рынке хорошо проверенные продукты, чтобы они не были вытеснены новыми. Не секрет, что существуют латентные опасности, значение которых становится очевидным только после многолетнего применения. В таком случае новый продукт, обнаруживший нежелательные последствия его применения, может быть легко заменен на старый, поскольку уровень его производства достаточно высок — консерваторы составляют 34 % от всех потребителей.

И, наконец, *суперконсерваторы*. Их основная функция состоит не столько в поддержании объема производства старых продуктов, сколько в том, чтобы не была потеряна технология их изготовления. Для поддержания технологий важно, чтобы сохранялся полный цикл производства, а для этого нужен определенный уровень потребления. Отсюда и некоторая асимметрия долей между суперноваторами и суперконсерва-

торами. Суперноваторам достаточно опробовать продукт и тиражировать о нем информацию, в то время как суперконсерваторам необходимо поддерживать определенный уровень его потребления, чтобы производство его оставалось рентабельным.

4. Лидерство. Понятие самоорганизации, на первый взгляд, выглядит несовместимым с понятием лидерства. Совершенно естественно, что в условиях самоорганизации лидерство не может проявляться в том смысле, в каком оно присуще иерархическим системам, где лидер осуществляет функцию централизованного контроля. Тем не менее всегда, даже в сообществах относительно примитивных животных, имеются некие ключевые индивиды, которые катализируют и организуют группу. (Robson, S.K., Traniello, J.F.A., 1999). Классическим примером такого каталитического поведения у насекомых является сигнал тряски у медовых пчел. Когда сбор меда начинается рано утром, некоторые из первых нашедших мед пчел, вернувшись после первого полета за нектаром, трясут остальных пчел глубоко в улье, служа информаторами в том, что наступил период дневной активности (Seeley et al., 1998). Распространение способности к такому сигнальному поведению в течение жизни высоко специфично для ограниченного круга особей. Часто лидер определяется по обладанию специальной информацией. Покупатель, уверенно выбирающий определенный товар на виду у других покупателей, оказывает существенное влияние на выбор аналогичного изделия другими людьми, особенно если у последних имеются определенные трудности с выбором. Couzin I.D., et al. (2005) провел исследования с использованием компьютерных имитирующих моделей, так называемых самодвижущихся частиц (self-propelled particle – SPP), с помощью которых имитируют коллективное поведение в понятиях взаимодействия между членами группы. При этом было показано, что чем больше численность групп, тем меньшее количество информированных индивидов требуется для того, чтобы ее увлечь. Не исключено, что этот феномен связан с тем фактом, что в больших группах достаточно высок конфликт интересов, поэтому даже незначительное количество индивидов, демонстрирующих целенаправленное поведение, способно консолидировать деятельность группы и придать ему необходимое направление.

3. Ингибирование. Член группы, демонстрирующий одно поведение, может ингибировать поведение других членов группы, выполняющих в это время другое поведение. Когда это ингибирование носит пассивный характер, оно неотличимо от негативной обратной связи. Очень интересный пример, отражающий, вероятно, проявление этого феномена, можно наблюдать у человека. Он связан с формированием оппозиции. Нередко при решении какого-то социального вопроса воз-

никает оппозиция мнению большинства. Данная оппозиция настаивает на решении проблемы в соответствии со своим мнением, возможно, не очень рациональным и правильным. Тем не менее она, во-первых, тормозит развитие событий по «основному сценарию» (поддерживаемому большинством). Во-вторых, лидеры этой оппозиции приобретают политический вес и авторитет, которого им не удалось бы добиться, не будь они в оппозиции к лидеру, так как от их действий зависит степень ингибирующего влияния на ход событий, осуществляемый в соответствии с мнением большинства.

4. Синхронизация. Для успешной социальной деятельности очень важно, чтобы определенные стимулы и реакции, составляющие объект обратной связи, совершались одновременно и в одном месте. Большинство животных с социальными формами активности синхронизируют периоды отдыха и активности. Этому служит не просто смена дня и ночи, но и ряд поведенческих механизмов. Например, у человека зевание является эмоциональным дисплеем, призывающим ко сну. При синхронном выполнении одного и того же поведения активность увеличивается диспропорционально.

5. Разделение труда. Эффективность деятельности социальной группы чрезвычайно зависима от ее способности распределить исполнителей применительно к различным задачам, которые необходимо выполнить. Подобное разделение социальных ролей у животных определяется как генотипом животного (альтернативная стратегия), так и качествами, приобретенными в процессе развития (смешанная стратегия). При этом точное следование животного отведенной ему роли контролируется специальными поведенческими паттернами. У человека практически все социальные стратегии формируются на смешанной основе. То есть любой человек может теоретически осуществлять любую деятельность, путем обучения сформировав соответствующие навыки. Однако на деле это оказывается не совсем так, поскольку для выполнения той или иной функции и освоения специфичных ей навыков большое значение имеет predisposition, обусловленная врожденными (на уровне генома) свойствами нервной системы, а также особенностями навыков, импринтированными или выработанными в раннем детстве.

Рынок является следствием интеграции системы централизованного и децентрализованного контроля. Необоснованное преобладание той или иной системы ведет к ухудшению рыночных отношений (к потере качества). Стихийность рыночных отношений часто вызывает страх. Однако рыночные отношения в той части, в какой они направляются законами самоорганизации, не представляют собой хаоса. Они также подчиняются законам, только более простым. Для субъекта, вла-

деющего навыками поведения в условиях децентрализованного контроля, рыночные отношения представляются настолько же надежными и предсказуемыми, как и система централизованного управления

В поведении высших животных и человека механизмы централизованного и децентрализованного управления находятся в непрерывном взаимодействии. Главным достоинством поведения самоорганизации является его высокая экономичность, недостатком – отсутствие возможности оценить ситуацию во всей ее сложности. Излишнее же использование механизмов централизованного контроля может привести к истощению системы, как это случается при хроническом стрессе.

Отсутствие централизованного управления в системе может снизить ее способность к нахождению оптимального решения проблемы, сделать ее ранимой или вызвать «застывание» с формированием патологического состояния. Ярким примером этому является «циркулярная мельница» армии муравьев *Eciton* в Гвиане, описанная William Beebe (1921). Она представляла собой вереницу муравьев, следующих друг за другом по окружности около 100 м в диаметре. Насекомые двигались круг за кругом на протяжении двух дней и постепенно умирали от истощения. Короче говоря, система с децентрализованным контролем может легко потерять «виденье вещей (сути)» (цит. по Theaulaz et al., 2003). В поведении человека снижение централизованного контроля приводит к появлению неблагоприятных или даже опасных форм стихийного массового поведения, таких как агрессивная толпа, паника, слухи и т. д.

1.6. Феномен альтруизма и его место в групповом и командном поведении

В бытовом понимании альтруизм – это бескорыстная забота о благе других людей, готовность жертвовать для них своими личными интересами. В науках о поведении принята более широкая трактовка данного термина. Под альтруизмом понимается поведение, совершаемое в стратегических целях, направленное на получение приспособительного результата, необходимого сообществу, и не ведущее к получению данным индивидом персонального приспособительного результата.

Альтруизм в социальном поведении решает кардинальную проблему, состоящую в том, что само социальное поведение для своего формирования и поддержания на необходимом функциональном уровне требует определенных действий. Животное и человек волей-неволей должны совершать часть активности для поддержания той системы, которая обеспечивает социальное взаимодействие, приносящее адаптив-

ный результат. То есть животные и человек, получая выгоды от социального взаимодействия, вынуждены инвестировать усилия в создание структуры поведения, формирование его стратегий, обеспечивающих это взаимодействие и поддерживающих его правильные формы. Цена такого поведения существенно отличается в зависимости от его характера и может быть весьма высока при сложных формах взаимодействия или в опасных ситуациях.

В зависимости от характера поведения и его затратности выделяют три основные формы подобной «инвестиционной» деятельности.

«Эгоистичное стадо». Эта форма, названная так Hamilton, W.D. (1971), представляет собой форму анонимного поведения, основанного на ограниченном числе очень простых рефлексов. Например, поддерживать определенную дистанцию по отношению к 2–3 ближайшим индивидам и ни в коем случае не оставаться в одиночестве. При такой форме поведения практически отсутствуют развитые социальные отношения. Главным основанием для такого поведения, как правило, выступают соображения безопасности.

Реципрокный, или взаимный альтруизм. При этой форме отношений индивиды помогают друг другу по очереди. Такая форма отношений складывается в тех случаях, когда цена помощи относительно низка для донора, в то время как польза, извлекаемая из этой помощи реципиентом, велика. Так называемые мошенники (индивиды, которые принимают помощь, однако не возвращают ее) первоначально могут временно оказываться в выигрыше. Но отбор последовательно благоприятствует тем, кто различает мошенников в популяции и избирательно устанавливает кооперативные отношения только с теми партнерами, которые помогали им в прошлом (Trivers, R.L., Hare, H., 1976). При этом происходит формирование стратегий поведения, предупреждающих появление мошенников в популяции, разоблачения их и поощрения альтруистического поведения. Основными паттернами поведения, ограничивающими распространение мошенничества в популяции, служат наказание и скрытая угроза (Marlowe, F.W. et al., 2008). Под скрытой угрозой понимается особый поведенческий механизм, суть которого заключается в том, что человек видит, как других людей наказывают за мошенничество. При этом, совершая поведение, он стремится избежать возможного наказания и ведет себя «правильно», то есть в меру необходимости участвует в альтруистическом поведении (инвестирует в него усилия). Скрытой угрозой данный феномен называется потому, что никто никому не угрожает. Потенциальная угроза имеется в сознании человека, и она направляет его действия в нужное русло.

Реципрокная помощь (взаимность, реципрокность) может эволюционировать между индивидами, которые прямо не связаны между со-

бой деловыми отношениями. Так, мы готовы помочь другому человеку формально совершенно бескорыстно (например, перевести старушку через улицу), исходя из того, что в нужный момент кто-то поможет нам на том же основании.

Показано, что ограничения когнитивных способностей у животных и у людей препятствуют развитию реципрокного альтруизма, поскольку с формальной точки зрения нужно помнить тех, кто в прошлом оказывал помощь, и, следовательно, располагать достаточным нейрональным ресурсом. Однако у многих животных существует система так называемой генерализованной реципрокности, которая заключается в том, чтобы индивид помогал всем, если ему помог кто-то (Clutton-Brock, T. et al., 2009). С семантической точки зрения реципрокный альтруизм нельзя считать альтруизмом в полном смысле слова, так как он предполагает ответные действия, полностью компенсирующие затраты на помощь (West, S.A., et al., 2007).

Альтруизм. В некоторых случаях поведение животных, направленное на благо социума, представляет нам примеры достаточно трудных или опасных действий, которые обладают большой значимостью для группы (сообщества) и не несут никакой пользы для самого исполнителя. Таковы, например, тревожный крик или иные сигналы тревоги, имеющиеся в поведении многих видов позвоночных. Этот крик или иной сигнал животное издает, обнаружив хищника, предупреждая сообщество об опасности. При этом данное животное не получает от своих действий никакой выгоды, более того, оно подвергает себя повышенной опасности, выдавая криком место своего нахождения и привлекая внимание хищника к себе. Другим примером является поведение пчел *Hymenoptera* у которых рабочие особи, в принципе обладающие репродуктивной способностью, «отказываются» от нее и помогают выращивать потомство, производимое королевой. Подобная система, когда субмиссивные члены группы, так называемые хелперы, помогают выращивать потомство или выполнять какие-то иные функции доминантным членам социума, распространены в поведении многих животных (Sumner, S., 2010).

Правило Гамильтона. При обсуждении вопросов коллективного поведения у многих биологов возникает два вопроса:

1. Как это коллективное поведение развилось в процессе естественного отбора?

2. Какими механизмами оно может поддерживаться в популяции?

В отношении групповой кооперации изучение естественного отбора породило правило Гамильтона (Hamilton, 1964), гласящее, что сообщества, внутри которых у животных присутствует альтруистическое

поведение, получают за счет этого альтруистического поведения больший приспособительный результат и обладают в групповом отборе эволюционными преимуществами перед теми сообществами, которые такого поведения не имеют (Clutton-Brock, T. et al., 2009).

J.A. Fletcher и M.A. Doebeli (2009) показали, что индивиды с низким уровнем альтруизма в значительно меньшей степени вовлекаются в процессы социального поведения. Это естественно, поскольку альтруистические действия по своей сути представляют активность, направленную на формирование социальных отношений. Но поскольку социальное поведение обладает более высокой эффективностью по сравнению с солитарным, те индивиды, которые участвуют в кооперативной деятельности, приобретают адаптивные преимущества по сравнению с дефекторами (от англ. *defector* – отступник) – индивидами, которые от нее уклоняются. Соотношение кооператоров и дефекторов в популяции определяет ее адаптивный потенциал. Показано, что при различных экологических или социальных эксцессах при позитивной адаптивной динамике доля кооператоров в популяции существенно возрастает. Если доля дефекторов оказывается выше определенного значения, то социальные отношения разрушаются (Parvinen, K., 2010).

Нужно также сказать, что альтруистическое поведение может также навязываться субмиссивным индивидам участниками сообщества более высокого ранга, что имеет место не только в поведении человека, но также широко распространено у различных видов животных вплоть до насекомых.

Альтруизм не является самостоятельным поведением, а составляет элемент сложной социальной стратегии, в которой он сопутствует своей противоположности – эгоизму. Основанием естественного отбора способностей кооперативной деятельности служит тот факт, что существуют индивиды, действующие исключительно, исходя из собственной пользы, – эгоистичное поведение. Если один индивид может выиграть от кооперации с другим индивидом, не внося никакой лепты в образование коллективного паттерна, тогда это поведение внедряется в поведенческий репертуар и даже в наследственные паттерны легче, чем то, которое требует вложения усилий. Однако внедрение в популяцию таких паттернов поведения может вызвать изменение формы или даже разрушение коллективных стратегий поведения (Parvinen, K., 2010). Даже у насекомых во многих высококооперированных «коллективах», таких как пчелы и муравьи, имеются отдельные особи, которые уклоняются от социальной нагрузки, пользуясь тем не менее благами, которые она дает. Остальные члены группы наблюдают за этим и наказывают тех, кто «жульничает», или иным способом побуждают их к дея-

тельности – выполняют своего рода полицейские функции (Bonckaert, W. et al., 2008, Ratnieks, F.L.W., Wenseleers, T., 2005).

Одним из важных свойств и средств поддержания альтруистического поведения является его реципрокность. Она заключается в том, что демонстрация альтруистического поведения, как правило, вызывает ответные аналогичные реакции со стороны наблюдателей (N. Masuda, H. Ohtsuki, 2007).

Важнейшим принципом этики как поведенческого механизма является баланс противоположных (полярных) побуждений. Отклонение системы от оптимального статуса ведет к снижению адаптивности. Любые достоинства могут легко обернуться недостатками, альтруизм и эгоизм не составляют исключения. Формирование референтной системы без одного из этих полюсов невозможно. Недоучет поляризации системы и ее нарушений нередко создает кризисные ситуации, которые обусловлены оценкой поведения на основе одномерной шкалы. Милосердие является достоинством, и мы уверены в том, что чем больше милосердия, тем лучше. Но каждое достоинство либо само по себе полярно, либо служит лишь одним из полюсов стратегии, и это касается как мужества, так и щедрости.

Так, например, иностранная помощь часто воспринимается как другая форма колониализма. Это происходит потому, что процессы разделения и дарения являются универсальными стратегиями связи между людьми. У человека есть этика этих стратегий. Щедрых людей уважают, однако чрезмерная щедрость рассматривается как стремление к доминированию или как глупость. Связующий эффект подарка основан на реципрокности. Если кто-либо получает много и не сможет этим же ответить, он испытывает стыд. В этом контексте дарение рассматривается как агрессивный акт. Вот почему богатые индустриальные страны, помогая странам третьего мира, часто получают взамен не понимание, а зависть и отвержение. Никто не хочет быть в долгу у другого, поэтому доминантность дающего, к которой приводит долг, отталкивает и нарушает связи.

Кроме того, хорошее не всегда полезно. Часто фиксация на прямых и очевидных целях ведёт к неожиданным результатам. Так, посылка пищи в страны с хроническим голодом, обусловленным ростом населения, ведёт лишь к ухудшению проблем, поскольку поощряет бездельность. В этих случаях предпочтительнее помощь в форме образовательных программ, необходимых для повышения занятости населения, а также мер по обузданию роста популяции. Это не касается необходимости посылки медикаментов в регионы, пострадавшие от катастроф.

Выводы по главе 1

Рыночные отношения, основные события которых формально сосредоточены вокруг феномена обмена, существенно шире поведенческих реакций, непосредственно участвующих в самом обмене или его культуральном варианте – товарно-денежных отношениях. Однако главные его элементы можно определить достаточно четко. Это, прежде всего, комплекс реакций, составляющих системную архитектуру поведенческого акта, главными функциональными элементами которого выступают процессы формирования мотивации на стадии афферентного синтеза, когнитивная проработка ситуации, направленная на преодоление когнитивного диссонанса, на стадии принятия решения и акцептор результата действия.

Большое значение для рыночного поведения покупателя имеют такие явления, как когнитивный диссонанс, установки и мотивационные состояния. Во всех трех случаях поведение осуществляется с использованием эмоциональных реакций, которые, как правило, плохо контролируются сознанием и поэтому служат удобной основой для манипулирования поведением. Существует масса факторов, позволяющих влиять на принятие решения и формирование мотивационных состояний, минуя когнитивный контроль ситуации, с помощью воздействия на установки. Маркетологам хорошо известен факт того, что привлечение нового покупателя обходится существенно дороже (в 10–15 раз) поддержания мотивации к повторному приобретению товара старым покупателем. Подобная мотивация целиком зависит от оценки совершенной покупки акцептором результата действия. Эмоциональная реакция, генерированная акцептором результата действия, способна, с одной стороны, вызвать удовлетворение покупкой или привести покупателя в восторженное состояние, подвигающее его на покупку товара и составление соответствующих рекомендаций к таким покупкам своим знакомым. С другой стороны, в случае неудовлетворенности приобретенным товаром или услугой возникшая на акцепторе негативная реакция побудит его искать другой товар или даже вовсе отказаться от использования любых товаров данной категории.

Особенность функционирования акцептора механизма действия состоит в том, что, во-первых, он является эмоциотропным механизмом – целиком контролируется эмоциональной системой достижения цели. Во-вторых, результат его оценки (не в количественном, а в эмоциональном ключе) может быть легко модифицирован любым другим эмоциональным воздействием. Например, человека нередко можно с легкостью убедить, что достигнутый им результат, который его не очень устраивает, на самом деле очень неплох.

Кардинальным моментом в любом поведении является получение результата деятельности, повышающего адаптированность индивида во внешней среде. Неадаптивный результат лишает поведение его целенаправленности. Наиболее эффективным вариантом социальной активности служит командная деятельность, основным механизмом которой выступает разделение труда. Разделение труда многократно увеличивает эффективность поведения, однако существенную сложность представляет механизм распределения конечного результата труда.

Задача распределения конечного результата труда внутри социального агрегата решается с помощью механизмов иерархии, а между социальными агрегатами – процедурой обмена. Главное требование к процедуре обмена состоит в том, что она также должна быть адаптивна. Краеугольным вопросом в обмене является его адекватность. Рынок является основным механизмом, обеспечивающим эквивалентность обмена. При этом обмен формирует систему кредита, способствует развитию социальных функций, является важным инструментом иерархических отношений, способствует консолидации сообщества.

Значительное место в поведении вообще и в рыночных отношениях в частности занимают процессы самоорганизации, основанные на очень простых реакциях – безусловных рефлексах, или не требующие участия нервной системы вообще. Основными средствами управления при использовании этого способа выступают фундаментальные законы природы, статистики и т. д. В основе самоорганизации лежит целый ряд законов и феноменов: взаимное усиление элементов поведения, механизм отрицательной обратной связи, механизм положительной обратной связи, закон нормального распределения. Его основная форма реализации – главная лимитирующая теорема – является наиболее важным положением для понимания всех коллективных феноменов, основанных на самоорганизации.

В социальном поведении, в рыночных отношениях в том числе, большая функциональная роль принадлежит альтруизму, представляющему собой инвестирование усилий в организацию самого социального поведения. Альтруистическое поведение в популяции поддерживается как механизмами естественного отбора, так и активными целенаправленными действиями со стороны иерархической системы сообщества. Эгоистическое поведение вместе с альтруизмом как противоположные тенденции представляет собой единую социальную стратегию. При этом эгоизм ограничивает альтруистические паттерны, поскольку избыточный альтруизм почти настолько же вреден, как и эгоизм.

Вопросы для контроля и самоконтроля

1. Что такое стадия афферентного синтеза в поведенческом акте?
2. Как формируется мотивация?
3. Какова основная суть процессов, происходящих на стадии принятия решения?
4. Что такое когнитивный диссонанс и когнитивная согласованность?
5. Что такое установки? Какова их структура и основные функции?
6. Что представляет собой механизм акцептора результата действия?
7. Какие четыре типа эмоций генерируются акцептором результата действия и какова их функциональная роль?
8. Что такое командная деятельность?
9. Какова суть понятия и функциональная роль разделения труда?
10. Какова биологическая основа разделения труда?
11. Какова роль обмена в кооперативной деятельности?
12. Что является важнейшим условием функционирования процессов обмена?
13. Какова социальная значимость процессов обмена?
14. Что такое централизованный и децентрализованный контроль?
15. Что такое самоорганизация в поведении и каково ее значение для рыночных отношений?
16. Каковы основные законы самоорганизации?
17. Что такое альтруизм?
18. Какова суть и поведенческое значение стратегии альтруизм-эгоизм?
19. В чем состоит суть маркетинговой деятельности на современном этапе общественного развития?
20. Оправданы ли опасения в отношении стихийности рыночных отношений?
21. С помощью каких факторов маркетинговая деятельность влияет на прогресс в области медицинских технологий и лекарственной помощи?
22. Какие основные процессы лежат в основе эффективной маркетинговой деятельности?

Глава 2

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ МАРКЕТИНГА. МАРКЕТИНГОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРЕДПРИЯТИЯ

2.1. Содержание и основные этапы развития маркетинга

Термин маркетинг происходит от англ. «*market*» – рынок и дословно переводится как «рынкоделание». Его суть, как вида человеческой деятельности состоит в координации действий предприятия на рынке. В связи с этим характерными чертами маркетинга являются комплексность и системность. При этом комплексность означает, что координируется вся деятельность предприятия, а не только ее сбытовая часть. Системность же говорит о том, что объединение всех частей в единое целое создает эффект, превосходящий простую сумму частей как в количественном, так и в качественном отношении. Иными словами, системная организация позволяет получить эффекты, которые никак не следуют из свойства частей, составляющих систему. Например, позиционирование продукта, позволяющее определить рыночную нишу товара и уточнить характер потребности субъектов, ее составляющую, позволяет создать товар, в точности удовлетворяющий эти потребности и, таким образом, максимально востребованный на рынке. Совокупность маркетинговых средств, через которые предприятие стремится управлять спросом на товар, им производимый, получила название маркетинг-микс.

Маркетинговая деятельность предприятия – это основа комплексного решения своих задач: поиск потребителя, определение собственных возможностей, оценка уровня конкурентоспособности фирмы и продукции.

Маркетинг как форма обмена результатами деятельности в условиях разделения труда был всегда. Дифференцирование индивидуальных задач с делегированием полномочий по их решению особям с различными биологическими свойствами, навыками и социальным статусом и последующим распределением конечного результата между участниками процесса его получения описано уже у социальных насекомых (пчелы, осы, пауки, муравьи). Что же касается человека, то развитые традиции обмена присутствуют во всех без исключения культурах как в историческом, так и географическом аспекте.

Шутливое утверждение о том, что первая маркетинговая операция, когда Адам и Ева променяли райский сад на яблоко, прошла неудачно, абсолютно не соответствует истине. Напротив, она согласуется

с классической схемой торговой сделки, когда, взвесив все положительные и отрицательные последствия своего поступка, они предпочли застойную обстановку вечной райской жизни, лишённую перемен и развития, мирской жизни. Эта жизнь, полная повседневных трудов и нередко опасностей, тем не менее предусматривала рождение новых поколений, сменяющих предыдущие, эволюцию и прогресс человека как вида.

Существует много определений маркетинга. Наиболее точно его характеризует определение, принятое Американской ассоциацией маркетинга в 1985 году: маркетинг – это планирование и разработка концепций ценообразования, продвижения и распределения товаров и услуг для эффективного удовлетворения индивидуальных и групповых потребностей потребителей.

Теория маркетинга как наука зародилась и оформилась в США в конце XIX – начале XX века. Первоначально маркетинговые исследования охватывали только виды сбытовой деятельности, сфера производства в него не включалась. В 50-е годы теория маркетинга сомкнулась с теорией управления. Возникла прикладная наука об управлении компаниями на принципах маркетинга, которая получила название «рыночная теория управления».

С этого момента начинается массовое использование маркетинга в практической деятельности. Этот новый подход начал рассматривать производство и сбыт как единое целое. Объектом маркетинга стала вся деятельность по разработке новых товаров и технологий, планированию и реализации производственных планов, финансовая и сбытовая деятельность. На первое место вышел анализ рынка, а производство ориентировалось на результаты этого анализа. В качестве главной цели наряду с прибылью было провозглашено удовлетворение потребительского спроса.

Фармацевтический маркетинг является частью общего маркетинга – процессом реализации фармацевтической помощи и деятельностью, направленной на удовлетворение нужд и потребностей населения в фармацевтической продукции.

Этапы исторического развития маркетинга.

Первый этап: 1860–1930 гг. Ориентация маркетинга была товарной, что характеризовалось существенным превышением спроса над предложением при очень низкой конкуренции. В итоге изменение качества продукции происходило без достаточного учета потребностей, вкусов и желаний потребителей. Этот период также называется этапом промышленной статистики. В это время большое значение уделялось учетным формам работы с населением, широкое распространение полу-

чили методы опроса. Герман Холлерит из Бюро переписи населения изобрел перфорированные бумажные карты, позволившие автоматизировать процедуру табулирования данных.

Второй этап: 1920–1940 гг. Ориентация маркетинга стала сбытовой, имела место активизация конкурентной борьбы, которая обострилась на рынке. Также отмечались значительные объемы неудовлетворенного спроса, который стимулировался разными методами, включая и рассрочку платежа (кредитные продажи). Для данного этапа является характерным расширение рекламных воздействий на покупателя, внедрение стимуляторов продаж. Стали часто применяться методы вероятностных выборок, поэтому данный этап получил название этапа развития методов случайной выборки, анкетирования и бихевиористических методик. Специалисты по исследованиям рынка научились проводить более эффективную выборку среди населения и составлять более совершенные анкеты. Методы вероятностных выборок стали применяться достаточно часто.

Третий этап: 1940–1950 гг. Ориентация маркетинга на качество товаров и удовлетворение спроса. Происходит выделение товаров, которые пользуются у потребителей активным спросом благодаря высокому качеству и привлекательности исполнения. В результате достигался высокий уровень продаж. Главная характеристика этапа состоит в формировании рынка потребителя, расширении ассортимента групп товаров, насыщении рынка товарами. Этот этап связан с появлением у руководства фирм интереса к маркетинговым исследованиям. Руководство компаний заинтересовалось исследованиями рынка не просто как процессом сбора информации, а как инструментом совершенствования процесса принятия решений. С этого момента в обиход вводится понятие маркетингового исследования, которое прежде называли исследованием рынка.

Четвертый этап: 1950–1960 гг., получил название этапа экспериментирования. В этот период специалисты по маркетинговым исследованиям начали применять экспериментальные методики и осуществлять более углубленный подход к решению вопросов маркетинга. В начале 60-х годов во всех странах Старого Света поднялась волна по проведению и использованию маркетинговых исследований. Сильный толчок этому в Европе дал энергетический кризис начала 70-х.

Пятый этап: 1960–1990 гг. Характерным для этого этапа становится маркетинговое управление производством и продажей продукции, переход к долгосрочным планам деятельности организаций, целенаправленность и системность в исследовании рынка и его элементов, применение комплексных методов формирования спроса, организации

действий по стимулированию сбыта, уменьшение жизненного цикла продукта, ориентация на новизну товара.

Шестой этап: 1960–1990 гг., был назван этапом компьютерного анализа и количественных методик. В это время специалисты обратили свое внимание на построение математических моделей принятия маркетинговых решений и применение компьютера для анализа маркетинговой информации и процесса принятия решений.

Седьмой этап: с 1990 г., продолжающийся по настоящее время, связан с развитием теории массового обслуживания потребителей. Специалисты по маркетинговым исследованиям заметно усовершенствовали понятия и методы качественных исследований, имеющих целью предсказывать и объяснять поведение потребителей. Происходит расширение сферы деятельности компаний на рынке, «сервизация» экономик, формирование послепродажного рынка. Большое внимание уделяется аспектам здоровья людей, общественному мнению.

2.1.1. Экономическая сущность маркетинга

Основу рыночного хозяйствования составляют:

- свободный выбор любым юридическим и гражданским лицом не запрещенных законом форм хозяйственной деятельности;
- доступ к различным видам ресурсов, ограниченный лишь платежеспособностью, т. е. имеющимися собственными или заемными средствами;
- свободный выбор экономических связей;
- свободное формирование цен, зависящее от спроса и предложения на товары;
- свободное движение капиталов; формирование внутри и межотраслевых пропорций под влиянием динамики цен и прибылей.

Целевая область и группы маркетинга. Целевая область маркетинга – это совокупность объектов, на которую направлена маркетинговая деятельность предприятия и ради которой, собственно, и формируется маркетинг-микс. Она находится вне сферы самого предприятия и принадлежит к так называемой внешней маркетинговой среде (окружающей среде).

К целевым группам маркетинг-микса относятся, прежде всего, конечные потребители – (пользователи) продукта или покупатели (торговля), организации, оказывающие влияние на предпочтения и конечный выбор потребителя и торговли, к которым можно отнести предприятия-конкуренты, общества потребителей, средства массовой информации и т. п. Кроме того, как на само предприятие, так и на целевые груп-

пы маркетинг-микса оказывают существенное влияние так называемые факторы глобальной среды: экономическая конъюнктура, социально-политическая, демографическая, правовая и экологическая ситуации, научно-технический прогресс (как потенциальная возможность постоянного обесценивания создаваемых предприятием продуктов и используемых технологий).

2.1.2. Виды маркетинга

В зависимости от состояния спроса на рынке различают:

Конверсионный маркетинг. Он применяется в условиях отрицательного спроса, когда значительная часть рынка не принимает продукт и даже может заплатить определённую цену за отказ от его использования. Задачей конверсионного маркетинга является изменение отрицательного отношения потребителей к продукту. Инструментами конверсионного маркетинга являются: переделка продукта, более эффективное его продвижение и снижение цены.

Стимулирующий маркетинг. Этот вид маркетинга связан с наличием товаров и услуг, на которые нет спроса по причине полного безразличия или незаинтересованности потребителей. План стимулирующего маркетинга должен учитывать причины такого безразличия и определить мероприятия по его преодолению.

Развивающий маркетинг связан с формирующимся спросом на товары (услуги).

Ремаркетинг направлен на оживление спроса в определенный период угасания жизненного цикла товаров или услуг.

Синхромаркетинг используют в условиях колеблющегося спроса. Например, товары сезонного потребления.

Поддерживающий маркетинг используется, когда уровень и структура спроса на товары полностью соответствуют друг другу и существует лишь потребность сохранять этот баланс.

Маркетинг выполняет две основные задачи:

1. Ориентация производства на удовлетворение существующих и потенциальных потребностей населения.

2. Формирование и стимулирование спроса.

Исходя из основных задач могут быть сформулированы два главных правила маркетинга:

1. Производить то, что покупается, а не то, что производится.

2. Если товар произведен, его обязательно нужно продать.

При этом должны неукоснительно проводиться в жизнь следующие требования: во-первых, тщательный учет потребностей, состояния и динамики спроса и рыночной конъюнктуры при принятии экономических решений. Во-вторых, создание условий для максимального приспособления производства к требованиям рынка, к структуре спроса, исходя не из сиюминутной выгоды, а из долгосрочной перспективы. В-третьих, воздействовать на рынок, на покупателя с помощью всех доступных средств, прежде всего рекламы.

Процесс маркетинга начинается с изучения покупателя и выявления его потребностей, а завершается приобретением товара покупателем и удовлетворением его выявленных потребностей.

2.1.3. Основная терминология маркетинга

Потребность в товарах – осознанная, объективная необходимость в товарах, направленная на удовлетворение актуальных потребностей.

Потребление – расход товаров в количественном выражении для удовлетворения актуальных потребностей (процесс удовлетворения потребностей).

Предложение – тот ассортимент товаров, который предлагают рынку производители, а также организации оптовой и розничной торговли.

Спрос – форма проявления потребностей, обусловленная их осознанием, информацией о качестве и потребительских свойствах товаров, финансовыми возможностями (платежеспособностью) покупателя.

Факторы, влияющие на величину спроса

Главным фактором, оказывающим влияние на спрос, является цена товара. На величину спроса, кроме цены товара, также влияют и другие неценовые факторы:

- 1) величина и динамика изменения дохода потребителя;
- 2) изменение цен товаров-субститутов и комплементарных товаров;
- 3) изменение вкусов и предпочтений;
- 4) число потребителей на рынке;
- 5) реклама;
- 7) экономическая (социальная) политика правительства;
- 8) ценовые ожидания относительно будущих цен и доходов и др.;
- 9) наличие товаров-субститутов, взаимозаменяемых товаров, которые используются в сочетании друг с другом (моторное масло, бензин), комплементарных (взаимодополняемых) товаров.
- 10) выраженность потребности;

- 11) доступность осуществления деятельности, в которой используется данный товар;
- 12) доступность товара.
- 13) жизненный, культурный уровень населения.
- 14) изменения структуры населения.

Виды спроса:

1. Действительный спрос – весь реально представленный на рынке платежеспособный спрос на товары (число обращений в торгующие организации).

2. Реализованный спрос – часть действительного спроса, который проявляется в приобретении товаров.

Это фактическая реализация. Реализованный спрос полностью совпадает с действительным, когда предложение товара полностью соответствует требованиям покупателей по количеству и качеству ассортимента.

3. Нереализованный спрос – в случае отсутствия указанного соответствия не реализуется часть действительного спроса, превращаясь в неудовлетворенный спрос (нереализованный спрос). Он может быть скрытым и явным (реальным):

а) скрытый нереализованный спрос – реализация спроса при покупке других товаров, не являющихся полноценной заменой отсутствующих продуктов;

б) явный неудовлетворенный спрос – спрос, не удовлетворенный из-за отсутствия в ассортименте нужных покупателю товаров.

4. Формирующийся спрос – спрос, который формируется под воздействием рекламы.

Обмен – основное понятие маркетинга как научной дисциплины. Для его совершения необходимо соблюдение пяти условий:

1. Сторон должно быть как минимум две.

2. Каждая сторона должна располагать чем-то, что могло бы представлять ценность для другой стороны.

3. Каждая сторона должна быть способна осуществлять коммуникацию и доставку своего товара.

4. Каждая сторона должна быть совершенно свободной в принятии или отклонении предложения другой стороны.

5. Каждая сторона должна быть уверена в целесообразности или желательности иметь дело с другой стороной.

Эти пять условий создают только потенциальную возможность обмена. Состоится ли обмен, зависит от соглашения между сторонами о его условиях. Если обмен – основное понятие маркетинга как научной

дисциплины, то основной единицей измерения в сфере маркетинга является сделка.

Сделка – коммерческий обмен ценностями между двумя сторонами. Например, покупатель отдает продавцу какую-то сумму и получает нужный ему товар. Это классическая денежная сделка. При бартерной сделке происходит обмен вещами (подсолнечник обменивают на металл) или услугами (юрист дает консультацию врачу, в обмен на медицинское освидетельствование).

Сделка предполагает наличие ряда условий:

- по меньшей мере двух ценностно значимых объектов;
- согласованных условий её осуществления;
- согласованного времени совершения;
- согласованного места проведения.

2.2. Маркетинговая деятельность предприятия

2.2.1. Организация маркетинговой деятельности предприятия

Комплекс мероприятий по организации и управлению маркетингом зависит от концепции, которой придерживается фирма.

Филипп Котлер в своей книге «Основы маркетинга. Краткий курс» выделяет четыре основных концепции маркетинга.

Производственная концепция – одна из старейших в бизнесе, базируется на допущении того, что потребители отдадут предпочтение широкодоступным и недорогим продуктам. Менеджеры ориентированных на производство компаний концентрируются на достижении высокой производительности, низких издержках и массовом распространении продукции. Ориентация на производство также используется компаниями, стремящимися к расширению рынка.

Товарная концепция. Многие компании руководствуются товарной концепцией, предполагающей, что потребители предпочитают высококачественную продукцию, обладающую наилучшими или новыми эксплуатационными свойствами. Менеджеры таких компаний фокусируются на производстве высококачественных товаров и их постоянном совершенствовании. Ориентированные на товар компании часто разрабатывают свою продукцию без учета или с минимальным учетом мнений потенциальных потребителей. Еще несколько лет назад один из руководителей General Motors говорил: «Как потребитель может узнать, в каком автомобиле он нуждается, до тех пор, пока не увидит, что ему предлагают?» Сегодня эта компания постоянно проводит опросы потребителей, в ходе которых выясняет, что именно они ценят в автомобиле,

а сотрудники маркетинговых служб активно участвуют в разработке новых моделей.

Ориентация на товар порой приводит к маркетинговой близорукости (маркетинговой миопии). Например, американские менеджеры, управлявшие развитием железных дорог, были уверены, что потребители предпочитают передвижение в поездах, и не обратили внимания на возрастающую конкуренцию со стороны других видов транспорта. А Coca-Cola, полностью сосредоточившись на своих прохладительных напитках, упустила из виду рост популярности кофеен и баров, где продают свежавыжатые соки, — т. е. тех рынков, которые в конечном счете покушаются на рынок «газировки». Менеджеры этих организаций слишком часто смотрятся в зеркало, вместо того чтобы выглянуть в окно.

Сбытовая концепция — еще одна распространенная концепция, согласно которой потребители без воздействия со стороны организации не будут приобретать выпускаемую ею продукцию. Следовательно, компания-поставщик должна придерживаться агрессивной политики продаж (сбыта) и интенсивно продвигать на рынке свои товары. Согласно данной концепции потребителей необходимо уговаривать совершить покупку, и поэтому каждая компания должна иметь в своем распоряжении арсенал инструментов сбыта и продвижения товаров и стимулирования покупок.

Данной концепции придерживаются производители товаров пассивного спроса — таких, о необходимости которых потенциальный покупатель обычно не задумывается, например страхование или участки на кладбище. Кроме того, она распространена в некоммерческой сфере и часто практикуется благотворительными фондами, образовательными учреждениями и политическими партиями. Большинство фирм нередко обращается к этой концепции в условиях перепроизводства, когда перед ними встает задача обязательной реализации произведенных товаров, а не производства продукции, в которой нуждается рынок. В современной экономике производство развивается с учетом того, что большинство рынков являются рынками покупателей, и продавцам приходится бороться за каждого потребителя. Покупателей буквально засыпают различными предложениями о продажах. В результате в общественном мнении маркетинг отождествляется со сбытом и рекламой товаров.

Но маркетинг, основанный только на агрессивных кампаниях по продажам, ненадежен. Такой маркетинг предполагает, что покупатель, которого уговорили сделать покупку, будет доволен товаром; а если нет, то он уж никак не будет делиться своим разочарованием с близкими или знакомыми или жаловаться в отдел по работе с потребителями,

забудет об этом случае и еще раз приобретет тот же продукт. Но такие предположения ошибочны. Исследования показывают, что неудовлетворенный потребитель передает отрицательные оценки товаров 10 и более своим знакомым; а, как известно, плохие новости распространяются быстро (особенно в Интернете).

Концепция маркетинга. Сформировавшаяся в середине 1950-х гг. концепция маркетинга вбирает в себя лучшее из трех рассмотренных выше подходов. Она основывается на том положении, что при создании потребительских ценностей, доведении их до целевых рынков и осуществлении коммуникаций организация применяет более эффективные, по сравнению с конкурентами, методы, стратегии и политику, что и является залогом ее успеха.

Профессор Гарвардского университета Теодор Левитт так формулирует основное различие между концепциями ориентации на продажи и маркетинга: «При ориентации на продажи в центре внимания находятся нужды продавца; в концепции маркетинга – потребности покупателя. В первой первостепенное значение придается необходимости для продавца превратить товар в деньги; во-второй – идее удовлетворения потребностей покупателя посредством данного товара и всему комплексу вопросов, связанных с процессами его создания, поставок и потребления».

Концепция маркетинга базируется на четырех китах: *целевом рынке, потребностях потребителей, интегрированном маркетинге и прибыльности*. Ориентация на продажи – это подход «изнутри наружу», который начинается с производства, фокусируется на выпускаемых продуктах и требует широкомасштабных кампаний по сбыту и стимулированию для обеспечения прибыльности продаж. Концепция маркетинга – это подход «снаружи внутрь». Он начинается с четкого определения целевого рынка, концентрируется на нуждах покупателя, координирует деятельность по воздействию на них и обеспечивает получение прибыли за счет удовлетворения потребителей.

Целевой рынок. Каждая компания должна выбрать некий целевой рынок (рынки) и подготовить для него (них) специальную программу маркетинга. Например, мадридская фирма Tetra Lysos стала ведущим интернет-провайдером благодаря реализации специализированных маркетинговых программ, нацеленных на самых обеспеченных представителей восьми различных испанских рынков (составляющих примерно 1/5 их часть).

2.2.2. Потребности потребителей

Компания может правильно выбрать целевой рынок, но потерпеть неудачу в идентификации потребностей потребителей. Несомненно, определить действительные нужды и потребности потребителей далеко не так просто. Тем более, что иногда и сами пользователи не полностью осознают свои желания; некоторые потребители не могут их сформулировать или выражают их так, что требуются дополнительные разъяснения. Как правило, выделяют пять типов покупательских потребностей: 1) заявленные (сформулированные) потребности; 2) действительные (фактические) потребности; 3) незаявленные (несформулированные) потребности; 4) потребности в удовольствии; 5) тайные (скрытые) потребности.

Теория потребления исходит из того, что потребитель при выборе покупаемых благ имеет определенные последовательные индивидуальные вкусы и предпочтения. Важно также, что он ограничен в удовлетворении своих вкусов и предпочтений бюджетом и что он делает в этих условиях выбор, обеспечивающий максимально возможную полезность.

Ни одно фактическое, пусть даже молчаливое, решение не может быть принято без предварительного определения данным потребителем своего отношения к рассматриваемым благам и их комбинациям.

Кроме того, потребитель должен обладать способностью сравнивать характеристики различных товаров и услуг между собой. Потребитель, делающий покупку, всегда может либо указать, какой из каждых двух сравниваемых наборов благ лучше другого, либо счесть их равноценными.

Попытка удовлетворить исключительно заявленные или сформулированные потребности покупателя нередко приводит к его разочарованию. Например, когда в магазине скобяных товаров покупатель просит замазку для окон – этим он формулирует свое решение, а не потребность. Если продавец предложит ему использовать вместо замазки липкую ленту, т. е. лучшее решение его проблемы, покупатель будет признателен за удовлетворение его фактической, а не заявленной в форме решения потребности. Различие типов потребностей позволяет провести разграничение между маркетингом отклика, маркетингом предвидения и креативным (творческим) маркетингом. Маркетинг отклика предполагает, что компания выясняет сформулированные потребности и стремится удовлетворить их, тогда как при маркетинге предвидения производитель смотрит вперед и пытается определить, в чем потребитель будет нуждаться в ближайшем будущем. В отличие от них креативный маркетинг идентифицирует потребности, которые не сформулированы потребителями, и предлагает решения, на которые пользователи отвечают.

Корпорация Sony – отличный пример креативного маркетинга. Она вывела на рынок множество товаров, о возможности создания которых потребители даже не задумывались: аудиоплееры «Walkman», видеомэгафоны, видеокамеры. Корпорации просто тесно в рамках ориентированного на потребителей подхода маркетинга: это управляющая, а не управляемая рынком фирма. Ее основатель, Акио Морито, утверждал, что он не обслуживает, а создает рынки. Почему так важно удовлетворять потребности целевых потребителей? Объем продаж каждой компании обеспечивают две группы потребителей: новые пользователи и те, кто приобретает ее продукцию повторно. Исследования показывают, что привлечение нового потребителя может обойтись компании в пять раз дороже, чем удовлетворение потребностей актуального. А для того, чтобы новый потребитель принес компании прибыль, сопоставимую с той, которую она получала от покинувшего ее клиента, компания должна увеличить свои расходы в 16 раз. Следовательно, удержание (сохранение) потребителей намного важнее привлечения новых пользователей.

2.2.3. Интегрированный маркетинг

Интегрированный маркетинг – маркетинг, основанный на единстве внешнего и внутреннего маркетинга. Его цель состоит в том, чтобы поставить на службу интересам потребителей деятельность всех подразделений организации.

Если потребители становятся все более непохожими друг на друга, то изделия должны постоянно претерпевать десятки изменений и доработок, прежде чем они начинают соответствовать запросам таких потребителей. Каждый год должны выпускаться новые модели с одной целью – удовлетворять тех, кого что-то не устраивает в предлагаемом ассортименте изделий и услуг.

Маркетингово ориентированная компания должна чутко реагировать на все, что происходит на рынке, видеть неудовлетворенную пока еще потребность и знать, что нужно выпускать, с какими модификациями, как разворачивать новое производство.

В рамках интегрированного маркетинга функции, прямо или косвенно связанные с изучением рынка, выполняются всеми структурными подразделениями на всех уровнях управления. Соответственно, меняется и организация самого управления. Функции маркетинга должно выполнять в компании не одно специально выделенное структурное подразделение или служба, а все. Если этого нет, об удовлетворении потребителя сегодня не может быть и речи.

Интегрированный маркетинг – это продвижение продукта на рынке, основанное на предвидении будущих нужд и предпочтений потребителей, изменений в структуре потребительских предпочтений и заблаговременной адаптации продукта в соответствии с этими запросами при одновременном учете в высшей степени индивидуализированных запросов различных групп потребителей (сегментов рынка) в различных регионах.

Интегрированный маркетинг имеет место на двух уровнях. Во-первых, на уровне функций, когда все различные маркетинговые функции – сбыт, реклама, управление производством и реализацией продукта, маркетинговые исследования – взаимосвязаны, а их выполнение скоординировано с точки зрения интересов потребителей. Во-вторых, на уровне структурных подразделений, когда в осуществлении маркетинговой деятельности участвуют все службы и отделы компании. По мнению Дэвида Паккарда, одного из основателей корпорации Hewlett Packard, «маркетинг слишком важен, чтобы отдавать его на откуп только отделу маркетинга».

Маркетинг – это не основное направление работы одного из отделов компании, это ориентация всей ее деятельности. Для стимулирования командной работы всех отделов компания должна уделять равное внимание внутреннему и внешнему маркетингу. Внешний маркетинг – это маркетинг, направленный на людей, не работающих в компании. Задача внутреннего маркетинга – осуществление найма работников, их обучение и мотивация на высокий уровень обслуживания клиентов. Внутренний маркетинг должен предшествовать внешнему. Нет смысла обещать отличный уровень обслуживания, если работники компании не готовы обеспечить его.

Менеджеры, воспринимающие потребителя как единственный «прибылеобразующий фактор», считают, что традиционная организационная схема в виде пирамиды – с президентом компании на вершине, менеджментом посередине и линейными специалистами и потребителями внизу – устарела. Квалифицированные маркетинговые компании переворачивают схему с ног на голову, ставя на вершину пирамиды потребителей. Следующее по степени значимости место они отводят работникам передней линии, которые встречают, обслуживают и удовлетворяют потребности клиентов; под ними – средний менеджмент, осуществляющий поддержку находящихся на «передовой» сотрудников; и в основании такой пирамиды находится высшее руководство, ответственное за нас и обеспечение деятельности менеджеров среднего звена.

Такой подход привел, в дополнение к четырем концепциям, изложенным выше, к формулировке концепции социально-этичного марке-

тинга (societal marketing). Эта концепция, исходит из того, что задачей фирмы является установление нужд, потребностей и интересов целевых рынков и обеспечение желаемой удовлетворённости более эффективными и более продуктивными (чем у конкурентов) способами. Одновременно она обращает внимание на необходимость сохранения и укрепления благополучия потребителя и общества в целом.

Эта концепция сформировалась сравнительно недавно, после того как был сделан вывод о недостаточности концепции «чистого» маркетинга с позиции охраны окружающей среды, нехватки природных ресурсов и ряда других социально-этических проблем. В конечном счете концепция чистого маркетинга не рассматривает проблемы возможных конфликтов между потребностями покупателя и его долговременным благополучием. Концепция социально-этичного маркетинга требует сбалансированности трёх факторов: прибылей фирмы, потребностей покупателей и интересов общества.

2.2.4. Управление маркетингом

К настоящему времени сложилось несколько форм организации управления маркетингом. Среди них наибольшее распространение и внедрение в практику фирм получили функциональная, товарная, ориентированная на потребителей (рынок) и региональная формы.

Функциональная форма характеризуется производством и реализацией одного товара или ограниченного типа однородных товаров через одинаковые каналы распределения. При этой форме организации управления однородные виды деятельности сгруппированы в функциональные подразделения или отделы, которые подчиняются управляющему маркетингом. Подобная организационная структура позволяет фирме избегать дублирования операций отдельными службами. Функциональный принцип управления наиболее успешно применяют фирмы средних размеров.

Товарная форма. При этой форме управления организационная структура строится таким образом, что за разработку и реализацию текущих планов маркетинга в отношении одного товара или их группы отвечает один человек – управляющий продуктом. Управление маркетингом по товарному принципу обеспечивает оптимальные условия для специализации работников, координацию деятельности отдельных подразделений, их увязки с общими целями и задачами фирмы. Значительная эффективность управления отмечается в тех случаях, когда требования рынка к рекламе, организации сбыта, упаковке и т. д. для каждого товара имеют свои особенности. К недостаткам товарной ориентации

управления следует отнести дублирование операций внутри подразделений.

Форма, ориентированная на потребителей (рынок). В некоторых случаях рынок представлен группами потребителей, существенно различающимися по своим характеристикам. В таком случае маркетинговая политика по реализации одного и того же товара на разных рынках или для разных групп потребителей должна существенно отличаться. Чем более специфицированным является обслуживаемый рынок, тем более необходимым становится специальный управляющий сбытом и специальный персонал, который хорошо знает потребности клиентов.

При ориентации на покупателя (рынок) в фирме уменьшаются возможности специализации работников по отдельным товарам. Данная ориентация перекликается с региональной ориентацией управления, поскольку в их основе лежит принцип рыночной сегментации. Обращение к организационной структуре по рыночному принципу рационально, если обслуживание нескольких целевых сегментов рынка осуществляется одним стратегическим элементом бизнеса, имеются значительные расходы запросов предпочтений покупателей в рамках одного целевого сегмента рынка и закупки большого объема товаров каждым целевым потребителем.

Региональная ориентация управления маркетингом. Эта форма применяется крупными компаниями, располагающими рынками сбыта в различных районах. Особенно широкое применение ориентация по регионам получила среди международных монополий с обширными рынками, которые могут быть подразделены на ясно очерченные географические зоны. При региональной ориентации управления изучаются особенности и требования покупателей, находящихся в определенном районе, округе или территории, применительно к продукции фирмы.

В региональной ориентации, так же как и в товарной существуют дублирование операций, проблема координации и связи.

Все функции, связанные с реализацией рыночной концепции управления, сосредоточены в отделе маркетинга, который является центром деятельности фирмы. Основная задача отдела маркетинга – разработка стратегии и тактики поведения компании на рынке с учетом ее целей, финансовых, производственных возможностей. Исследование рынка является основой при выработке стратегии маркетинга. Главная стратегическая цель фирмы – завоевание или расширение рынка, получение максимальной прибыли в условиях постоянно изменяющейся рыночной ситуации. Ответственность за проведение рыночных исследований целиком ложится на отдел маркетинга.

Во главе отдела маркетинга, как правило, стоит вице-президент фирмы. Организационно он подчиняется президенту и координирует работу по маркетингу в масштабе всей фирмы. Вице-президент является членом совета директоров и принимает участие в процессе принятия решений, выработки целевой ориентации деятельности фирмы, разработки долгосрочной стратегии, составления прогнозов и планов ее текущей деятельности. Непосредственно ему подчинены управляющие всех служб отдела маркетинга, которые работают под его наблюдением и контролем.

Типовая организационная структура отдела маркетинга включает следующие службы:

- исследования и анализа рынка сбыта;
- рекламы и стимулирования сбыта;
- конструирования продукции;
- планирования рынка, транспорта.

Такое количество служб в отделе маркетинга носит условный характер. В конкретных фирмах количество служб этого отдела может быть значительно больше, и они могут носить различные названия.

В меняющихся экономических условиях идет быстрый процесс морального устаревания концепций маркетинга, появляется необходимость в выработке новых, более качественных, основанных на новой стратегической ориентации или ревизии старых. При всем своеобразии организационных форм маркетинга каждая из них должна соответствовать следующим критериям:

а) гибкость, мобильность, адаптивность. Данные свойства необходимы не только собственно маркетинговой структуре фирмы, но и ее организационно-управленческому механизму в целом. Служба маркетинга задает требуемый рынком ритм работы всей фирме, придает ему черты гибкости и адаптивности к меняющимся рыночным условиям. Гибкость стратегии достигается за счет способности организационных структур своевременно менять формы организации и деятельности при изменении условий деятельности и требований со стороны рыночной среды. Возможность необходимых изменений должна быть предусмотрена самой структурой маркетинговых подразделений;

б) простота маркетинговой организационной структуры. Это непременное условие ее эффективности. Излишняя сложность любой организационной структуры неизбежно ведет к удорожанию процесса управления, делает его инертным и менее чувствительным к происходящим переменам;

в) соответствие масштабов, сложности структуры маркетинговой службы структурной и пространственной расчлененности организаци-

онной структуры фирмы, особенностям профиля ее деятельности, характеру стратегических целей и соответствующих им задач;

г) соответствие организационной структуры маркетинга характеру реализуемых продуктов, широте, полноте и глубине ассортимента. Это означает, что в любую организационную структуру должен быть заложен в той или иной степени товарный принцип;

д) ориентация структуры маркетинга при всех ее конкурентных различиях на конечных потребителей. Любая структура, не придерживающаяся данного принципа, в конечном счете обречена на неудачу;

е) делегирование маркетинговой службе необходимых прав, в том числе координационных, которые позволяют ей интегрировать всю хозяйственную деятельность фирмы с целью достижения рыночных целей.

2.2.5. Планирование маркетинговой деятельности на предприятии

Планированием называется процесс определения целей, стратегий, а также мероприятий, связанных с их достижением за определённый период времени, исходя из предположений о будущих вероятных условиях выполнения плана.

Многие организации добились существенных успехов за счёт создания и эффективного использования системы формального планирования, а именно за счёт разработки планов, обязательных для всех её подразделений, с утвержденными формами плановых документов, процедурами планирования, четкими периодичностью и сроками разработки плановых документов, наличием единого методического обеспечения.

Планирование маркетинговой деятельности в разных организациях осуществляется по-разному. Это касается содержания плана, длительности планирования, последовательности разработки, организации планирования. Так, диапазон содержания плана маркетинговой деятельности для различных компаний различен. В одном случае он лишь немного шире плана деятельности отдела сбыта. В другом план маркетинга основывается на широчайшем анализе стратегии бизнеса, что приводит к разработке интегрального плана, охватывающего все рынки и продукты. Отдельные организации, особенно малые предприятия, могут не иметь плана маркетинга как цельного документа, включающего несколько планов маркетинга. Единственным плановым документом для таких организаций может быть бизнес-план, составленный или для организаций в целом, или для отдельных направлений ее развития. В этом плане дается информация о рыночных сегментах и их емкости, рыночной доле; приводится характеристика потребителей и конкурентов, опи-

сываются барьеры на пути продвижения на рынке, формулируются стратегии маркетинга; даются прогнозные оценки объемов сбыта на несколько лет (возможно, на 5) с разбивкой по годам.

В общем случае можно говорить о разработке стратегических и тактических планов маркетинга. Для многих компаний, имеющих развитую систему планирования, отдельно разрабатывается стратегический и долгосрочный планы маркетинга. Имеется в виду, что стратегический план направлен на решение без детальной проработки стратегических задач маркетинговой деятельности, применительно к компании в целом и к отдельным стратегическим хозяйственным единицам (СХЕ). Для подразделений СХЕ он не разрабатывается. В то же время долгосрочный план детализирует задачи стратегического плана, которые доводятся до подразделений СХЕ, и является основой разработки текущих планов маркетинга. В стратегическом плане маркетинга акцент делается на финансовые результаты реализации маркетинговых стратегий. В долгосрочных планах для подразделений устанавливаются задания по всем маркетинговым показателям: затраты на маркетинг, объем продаж, доход, прибыль, рыночная доля и т. п. Горизонты стратегического и долгосрочного планов могут как совпадать, так и не совпадать.

Стратегический план маркетинга, разрабатываемый на 3–5 и более лет, описывает главные факторы и силы, которые на протяжении нескольких лет, как ожидается, будут воздействовать на организацию, а также содержит долгосрочные цели и главные маркетинговые стратегии с указанием ресурсов, необходимых для их реализации. Таким образом, стратегический маркетинговый план характеризует сложившуюся маркетинговую ситуацию, описывает стратегии достижения поставленных целей и те мероприятия, реализация которых приводит к их достижению.

Долгосрочный план обычно пересматривается и уточняется ежегодно, на его основе разрабатывается годовой план, который детализирован в гораздо большей степени.

Годовой план маркетинга описывает текущую маркетинговую ситуацию, цели маркетинговой деятельности, маркетинговые стратегии на текущий год. Он охватывает планы для отдельных продуктовых линий, отдельных видов продуктов и отдельных рынков. Таким образом, годовой план маркетинга действует на уровне отдельных подразделений организации и функций маркетинга и включает в свой состав решение вопросов в следующих областях:

- маркетинговые исследования;
- продуктовая политика;
- ценовая политика;

- политика распределения товара;
- политика коммуникации.

Изложенный подход к планированию маркетинга, сочетающий решение его стратегических и тактических задач, дает возможность преодолеть противоречия, возникающие при попытке разделить маркетинг на стратегический и операционный. При этом имеется в виду, что стратегический маркетинг по существу представляет собой постоянный и систематический анализ потребности рынка, выводящий на разработку эффективных товаров, предназначенных для конкретных групп потребителей и обладающих особыми свойствами, отличающими их от товаров-конкурентов и, таким образом, создающих изготовителю устойчивое конкурентное преимущество. А к операционному маркетингу относится ценообразование, продвижение товаров и их сбыт, то есть использование ряда видов активной деятельности, обеспечивающей продажу товаров, сюда же относят и планирование маркетинга.

Решение задач стратегического планирования немыслимо без маркетинга. В то же время весь набор видов маркетинговой деятельности имеет и стратегическую, и тактическую (операционную) составляющие. Так, стратегические и тактические задачи можно выделить в маркетинговых исследованиях (скажем, проводятся разовые исследования для определения стратегической направленности маркетинговой деятельности, и в то же время осуществляется постоянный мониторинг рыночной ситуации, т. е. решаются тактические задачи). То же самое можно сказать про каждый элемент комплекса маркетинга. В каждом из них можно выделить и стратегические, и тактические задачи, например при реализации товарной, ценовой, сбытовой политики. В организационном плане, в отличие от задач управления организацией в целом и ее СХЕ, создавать отдельные подразделения стратегического и оперативного маркетинга нецелесообразно. Решение этих задач осуществляется в одних и тех же подразделениях маркетинга, в которых выполняются его конкретные функции. Таким образом, возникает проблема, каким образом деление маркетинга на стратегические и операционные задачи организационно реализовать на практике.

Подобные противоречия легко снимаются при последовательной разработке стратегического и тактического планов маркетинга, когда имеет место трансформация стратегических целей и задач в тактические, операционные.

План маркетинговой деятельности разрабатывается для каждой СХЕ организации и охватывает планы для отдельных продуктовых линий, отдельных видов продуктов и отдельных рынков, также он может быть ориентирован на отдельные группы потребителей.

План маркетинговой деятельности может иметь следующие разделы:

- продуктовый план (что и в какое время будет выпускаться);
- план исследования и разработки новых продуктов;
- план сбыта, повышения его эффективности (численность, оснащенность новой современной техникой, квалификация повышение квалификации сотрудников, разработка методов стимулирования);
- план рекламной работы и стимулирования продаж;
- план функционирования каналов распределения (тип и число каналов, управление этими каналами);
- план цен, включая изменение цен в будущем;
- план маркетинговых исследований;
- план функционирования физической системы распределения (хранение и доставка товаров потребителям);
- план организации маркетинга (совершенствование работы отдела маркетинга, его информационной системы, связь с другими подразделениями организации).

Структура и содержание плана маркетинговой деятельности

С точки зрения формальной структуры планы маркетинговой деятельности обычно состоят из следующих разделов:

1. Аннотация для руководства – начальный раздел плана маркетинга, в котором представлена краткая аннотация главных целей и рекомендаций, включенных в план. Данный раздел помогает руководству быстро понять основную направленность плана. За ним обычно следует оглавление плана.

2. Текущая маркетинговая ситуация – раздел плана маркетинга, который описывает целевой рынок и положение организации на нем. Включает следующие подразделы:

- описание рынка (до уровня главных рыночных сегментов);
- обзор продуктов (объем продаж, цены, уровень прибыльности);
- характеристика конкурентов (для главных конкурентов содержится информация относительно их стратегий в области продуктов, рыночной доли, цен, распределения и продвижения);
- распределение (тенденции изменения сбыта и развитие главных каналов распределения).

3. Предполагаемые опасности – раздел плана маркетинга, в котором указываются главные опасности, с которыми продукт может столкнуться на рынке. Оценивается потенциальный вред каждой опасности, т. е. осложнения, возникающего в связи с неблагоприятными тенденциями и событиями, которые при отсутствии целенаправленных марке-

тинговых усилий могут привести к подрыву живучести продукта или даже к его гибели.

4. Возможности – привлекательные направления маркетинговых усилий, на которых организация может получить преимущества над конкурентами. В этом разделе указанные направления деятельности должны быть оценены с точки зрения их перспективности и возможности успешного использования.

5. Маркетинговые цели характеризуют целевую направленность плана и первоначально формулируют желаемые результаты деятельности на конкретных рынках. Цели в области продуктовой политики, ценообразования, доведения продуктов до потребителей, рекламы и т. п. являются целями более низкого уровня. Они появляются в результате проработки исходных маркетинговых целей относительно отдельных элементов комплекса маркетинга.

Маркетинговые стратегии – главные направления маркетинговой деятельности, следуя которым СХЕ организации стремятся достигнуть своих маркетинговых целей. Маркетинговая стратегия включает конкретные стратегии деятельности на целевых рынках, используемый комплекс маркетинга и затраты на маркетинг. В стратегиях, разработанных для каждого рыночного сегмента, должны быть рассмотрены новые и выпускаемые продукты, цены, технологии продвижения продуктов, доведение продукта до потребителей, то, как стратегия реагирует на опасности и возможности рынка.

6. Бюджет маркетинга – раздел плана маркетинга, отражающий проектируемые величины доходов, затрат и прибыли. Величина дохода обосновывается с точки зрения прогнозных значений объема продаж и цен. Затраты определяются как сумма издержек производства, товародвижения и маркетинга, последние в данном бюджете расписываются детально.

7. Раздел «Контроль» характеризует процедуры и методы контроля, которые необходимо осуществить для оценки уровня успешности выполнения плана. Для этого устанавливаются стандарты (критерии), по которым измеряется прогресс в реализации планов маркетинга. Это еще раз подчеркивает важность количественной и временной определенности целей, стратегий и мероприятий маркетинговой деятельности. Измерение успешности выполнения плана может осуществляться и для годового интервала времени, и в квартальном разрезе, и для каждого месяца или недели.

Ряд компаний за основу разработки целей своего развития принимают так называемые стратегические цели (миссии). В последнее время

ряд компаний отдельным образом разрабатывают также цели для стратегического маркетинга, определяющие его главную направленность.

Формулировка целей-миссии характеризуется ответом на четыре главных вопроса:

1. Кто мы?

2. Что мы предлагаем?

3. Кому адресуются результаты нашей деятельности или кто потребитель нашей продукции?

4. Где мы реализуем результаты своей деятельности?

Далее анализируются и выбираются стратегии достижения целей. Эти стратегии могут носить альтернативный характер. В подразделениях компании они переводятся в согласованные планы отдельных видов деятельности (функциональные планы), среди которых находится и маркетинг.

Как правило, на первый год планирования эти планы прорабатываются более детально.

Функциональные планы разрабатываются в рамках функциональных подразделений отдельных СХЕ компании. Каждое функциональное подразделение (маркетинга, финансов, производства, снабжения и др.), исходя из стратегического плана компании, разрабатывает стратегические планы своей деятельности.

В соответствии с целями и стратегией развития компании осуществляется анализ маркетинговой деятельности, который подразделяется на три части: анализ внешней среды маркетинга, внутренней маркетинговой деятельности компании и ее системы маркетинга.

Следующий шаг в разработке плана маркетинга – формулирование предположений, гипотез относительно некоторых внешних по отношению к компании факторов, которые могут воздействовать на ее деятельность.

Далее разрабатываются альтернативные стратегии, направленные на достижение целей маркетинговой деятельности. Эти стратегии детализируются приблизительно к элементам комплекса маркетинга. Например, в области продукта можно назвать следующие стратегии: постоянное обновление ассортимента выпускаемой продукции, следование многомарочной политике.

После завершения этих этапов маркетингового планирования необходимо ещё раз убедиться в возможности достижения поставленных целей и принятых стратегий, используя такие оценочные критерии, как доля на рынке, объем продаж, затраты ресурсов, величина прибыли и другие оценки ожидаемых результатов и вероятности их достижения. Не исключено, что необходимо провести тестирование рынка, органи-

зывать пробные продажи, реализовать какие-то другие мероприятия, позволяющие взглянуть на принятые решения под другим углом зрения. Очевидно, что процесс планирования маркетинга, как и любой процесс принятия решений, носит интегративный характер и может потребовать вернуться к начальным этапам планирования.

Маркетинговые планы иногда представляют руководству в два этапа: вначале как стратегический план и позже – как план реализации этих стратегий (план действий или оперативные планы и программы). Такой подход позволяет первоначально сконцентрировать внимание на выработке маркетинговых стратегий, не обременяя себя деталями их реализации.

Последним разрабатывается бюджет маркетинга, составление которого помогает правильно установить приоритеты между целями и стратегиями маркетинговой деятельности, принять решения в области распределения ресурсов, осуществить эффективный контроль. Затраты на осуществление отдельных элементов маркетинга, представленных в бюджете, выводятся из детального маркетингового плана.

Выводы по главе 2

Маркетинговая деятельность предприятия состоит в координации действий предприятия на рынке. Она обеспечивает комплексное решение всех задач, связанных с разработкой, выпуском и реализацией продукции им производимой. Зародившись в конце XIX века как наука, ориентированная на сбытовую деятельность, теория маркетинга в дальнейшем сомкнулась с теорией управления и на сегодняшний день ориентируется на теорию массового обслуживания потребителей.

Принципы маркетинга опираются на свободу выбора форм хозяйственной деятельности, ресурсов, экономических связей, формирование цен и свободное движение капиталов. К целевым группам относятся конечные потребители. Основываясь на единых общих принципах, маркетинг гибко реагирует на ситуационные факторы среды, в результате чего формируются разные виды маркетинга и его концепции.

Одной из важнейших задач маркетинга является правильная оценка потребностей потребителя. При этом выделяют заявленные (сформулированные), действительные (фактические) потребности; незаявленные (несформулированные) и тайные (скрытые) потребности.

Особое место в системе маркетинга принадлежит интегрированному маркетингу, который представляет собой продвижение продукта на рынке, основанное на предвидении будущих нужд и предпочтений потребителей, изменений в структуре потребительских предпочтений и своевременной адаптации продукта в соответствии с этими запросами.

В управлении маркетингом выделяют функциональную форму, при которой однородные виды деятельности группируются в соответствующие отделы. Для товарной формы, напротив, для каждого товара или группы однородных товаров создается соответствующая структура. Соответственно этому существует форма маркетинга, ориентированная на потребителей и формирование маркетинга по региональному принципу.

Планирование маркетинговой деятельности на предприятии представляет собой многоуровневый процесс, в котором участвуют все подразделения компании, разрабатывая его для своего подразделения и согласовывая его с планами остальных подразделений. Планированием называется процесс определения целей, стратегий, а также мероприятий, связанных с их достижением за определённый период времени.

Вопросы для контроля и самоконтроля

1. Что такое маркетинг?
2. Как зародился маркетинг и каковы основные этапы его развития?
3. В чем состоит экономическая сущность маркетинга?
4. Что такое целевая область маркетинга и целевые группы?
5. Какие существуют виды маркетинга?
6. Что такое спрос, предложение, сделка? Каковы их основные квалификационные признаки?
7. Как организуется маркетинговая деятельность предприятия?
8. Какие концепции маркетинга вы можете назвать?
9. Какие известны виды потребностей?
10. Что такое интегрированный маркетинг?
11. Что собой представляет процедура планирования маркетинговой деятельности?
12. Перечислите основные разделы плана маркетинга предприятия.

Глава 3

ОСОБЕННОСТИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО МАРКЕТИНГА

3.1. Значение экстерналий в фармацевтическом маркетинге

Одной из отличительных особенностей медицинского маркетинга и фармацевтического маркетинга как его частного случая является чрезвычайно высокий уровень экстерналий. Термином экстерналиа (внешний эффект) в экономике называется воздействие рыночной транзакции на третьих лиц, не опосредованное рынком. Или по-другому – это влияние действий экономических субъектов на посторонних потребителей или производителей, не участвующих в данной деятельности.

Причина более высокого уровня экстерналий заключается в том, что в условиях рыночных отношений, касающихся медицинских услуг и медикаментов, кроме самого больного, имеется большое число носителей потребности. В такой ситуации появляется значительное число внешних последствий, в результате чего рыночное равновесие перестает быть эффективным и может вести к фиаско рынка.

Все экстерналии делятся на положительные и отрицательные. Положительные внешние эффекты – это выгоды, получаемые третьими лицами. А отрицательные внешние эффекты – те убытки, потери, которые возникают у третьих лиц от чьей-то деятельности (например, вредные выбросы завода в атмосферу). И те и другие внешние эффекты объединяет то, что они не находят фактического отражения в ценообразовании (в одном случае – это недооценка благ или действий, а в другом – переоценка их или же недопроизводство одних и перепроизводство других). Государство же, регулируя экономику на микроуровне с учетом внешних эффектов, не учитываемых самим рыночным механизмом, должно действовать таким образом, чтобы отрицательные внешние эффекты становились как можно меньше, а положительные – больше. Средством для этого могут быть где-то налоги, а где-то льготы, в одних случаях – штрафы, а в других – разного рода стимулы.

Основная масса экстерналий, как положительных, так и отрицательных, связанных с фармацевтической промышленностью и оказанием медицинских услуг, представлена тремя группами факторов:

1. Влияние на состояние здоровья. Лекарственные препараты и медицинские технологии способствуют поддержанию здоровья в популяции. В этом заинтересованы как само население, так государство, общественные организации и промышленность. От этого зависит соби-

раемость налогов, затраты на здравоохранение, обороноспособность страны и т. д. В связи с высокой социальной значимостью проблема лекарственного оборота в стране может быть сопоставима с национальной безопасностью. Одновременно с этим как лекарства, так и медицинские технологии способны нанести вред здоровью. Первые – за счет побочного действия и токсичности, вторые – за счет травматичности методов терапии, особенно при хирургических вмешательствах, лучевой диагностики и лечении и т. д.

2. Баланс между альтруистичностью и выгодой. Жизнь для человека представляет высшую ценность, а здоровье – важнейшее условие жизни. Поэтому этические референтные системы предписывают относиться к вопросам здоровья наиболее внимательно. Подобная ситуация требует от всех участников процессов, связанных со здравоохранением, высокого уровня альтруистического поведения. История полна примеров самоотверженного служения делу оказания медицинской помощи со стороны медицинских работников вплоть до жертвования собственной жизнью.

Однако в системе социальных отношений чистый альтруизм может быть осуществлен только в той форме и в таком объеме, который не предусматривает существенных изменений материального статуса или иного вида адаптированности индивида, оказывающего помощь. В то же время обязательство возместить затраты на оказание помощи такие изменения могут предусматривать. И здесь возможны две крайности: во-первых, это оказание медицинской помощи, несмотря на низкий уровень компенсации; во-вторых, необоснованно высокая компенсация затрат. В последнем случае лицо или организация, оказывающая услуги, пользуется тем обстоятельством, что потребность в получении медицинской помощи, как правило, очень высока, и это позволяет диспропорционально затратам увеличивать ее цену. Эта диспропорция часто носит скрытый характер. Производитель препаратов, например, манипулируя тезисом о том, что лекарственный препарат должен обладать только высшим качеством, может выдвинуть очень высокие требования к процессу производства и разработки этого препарата, что потребует привлечения большого количества сотрудников. При этом соответственно возрастет цена препарата и одновременно, пропорционально цене, объем прибыли.

Опасность неадаптивного поведения связана с склонностью человека избегать следования этической системе. С другой стороны, слепое подчинение своего поведения некой норме также опасно.

Преувеличение значимости тех или иных ценностей так же неадаптивно, как и их недооценка. Каждая из них может повернуться об-

ратной стороной. Во все времена агональные достоинства в тех или иных пропорциях уравнивались гуманистическими. Любая идеология может начать угрожать выживанию тех, кто её практикует, если она не контролируется разумом и интуицией.

Так, по данным многочисленных исследований, например G. Corneo (2012), хорошо отлаженная социальная помощь может развить ограничения индивидуальной свободы и личной инициативы и перечеркнуть некоторые обязательства, которые каждый человек имеет перед другими. Известно также, что в странах с высоким уровнем социальных гарантий и развитой системой социальной помощи это в существенной мере негативно сказывается как на производственной этике, так и на эффективности экономики.

3. Экономические факторы. Производство лекарственных препаратов является одним из наиболее эффективных видов бизнеса. Фармацевтическая промышленность приносит огромные доходы тем странам, где она хорошо развита. Вместе с тем высокий уровень конкуренции на фармацевтическом рынке делает позицию многих, особенно мелких, производителей нестабильной. Крупнейшие компании обладают такой финансовой силой, что способны вмешиваться в политику на уровне государств.

4. Фармацевтическое производство может оказывать сильное влияние на экологическую обстановку в регионе, где оно расположено. В ходе процессов органического синтеза очень часто возникает большое количество отходов, утилизация которых во многих случаях представляет серьезную проблему, и не всегда эта проблема решается успешно. В то же время высокий уровень требований к чистоте фармацевтического производства нередко заставляет производителей вкладывать значительные средства в улучшение экологической обстановки в регионе, где расположено предприятие.

3.2. OTC-рынок, или рынок безрецептурных препаратов

Сокращение OTC происходит от английского *over-the-counter* – финансового термина, означающего сделку, совершаемую между двумя партнерами напрямую без любого внешнего контроля. С формальной точки зрения этот сегмент фармацевтического рынка наиболее похож на рынки других отраслей. Здесь больной (потребитель) сам принимает решение о том, какой препарат ему покупать и для каких целей его использовать. Однако такая самостоятельность является только иллюзией. Человек, не имеющий высшего образования, не в состоянии как оценить свойства приобретаемого продукта, так и решить вопрос о том, на-

сколько ему этот продукт нужен и какими будут последствия его применения. В то же время нельзя отрицать тот факт, что на ОТС-рынке все решения больной принимает самостоятельно и врач не контролирует процесс лечения. В связи с этим здесь практикуются многие стандартные рыночные подходы, свойственные рынку потребительских товаров, включая рекламу, направленную прямо на потребителя. Это рождает проблему самолечения, или самомедикации, основным феноменом которой является острое противоречие между высокими объективными требованиями к компетентности потребителя и низким ее фактическим уровнем.

3.2.1. Самолечение в современном обществе

Подавляющее большинство врачей негативно относятся к самомедикации. И дело здесь не просто в том, что больной, не имеющий медицинского образования, не в состоянии самостоятельно определить необходимость или рациональность использования того или иного медикамента для коррекции своего состояния. Суть большинства фармакотерапевтических воздействий состоит в том, что лекарственный препарат изменяет нормальный баланс активности регуляторных систем организма, обеспечивающих гомеостаз. Терапевтическое воздействие приводит к строго дозированному изменению этих систем, направленному вдобавок в необходимом направлении. Например, устранение болевого синдрома, снижение артериального давления при гипертоническом кризе, снятие спазма сосудов и т. д. Однако бесконтрольное использование лекарственных средств может привести к нарушению процессов естественной регуляции и к ухудшению состояния или формированию другой, более опасной патологии. Ярким примером является бесконтрольное употребление наркотических средств. В подавляющем большинстве случаев больные этого не понимают, рассматривая фармакотерапевтическое воздействие в рамках рекомендованных доз и режимов применения, как безусловное благо. В связи с этим вплоть до 50-х годов прошлого века самолечение рассматривалось как крайне рискованное вмешательство неподготовленных людей в сферу, требующую обширных профессиональных познаний.

Тем не менее в силу ряда причин во второй половине XX в. в мировоззрении людей произошли определенные изменения, обусловившие отход от абсолютизации данного отношения к лекарственным средствам. Дело в том, что явление самомедикации, или использование фармацевтических препаратов по собственному усмотрению, гораздо шире просто самолечения.

Совокупность причин, обуславливающих возрастание обращаемости к практике самолечения в современном обществе, можно разделить в зависимости от их характера на две группы. Первая из них – это причины социального характера, обусловленные тенденциями развития современного общества. Вторая группа – личностные причины, обусловленные предпочтениями или установками отдельных субъектов.

Социальные причины.

1. Популяризация здорового образа жизни. Получившая повсеместное распространение идеология здорового образа жизни и высокий уровень культуры населения развитых стран сделали приоритетными ценностями здоровье и активное долголетие. В значительной мере снизилось число курящих, стали популярными здоровое питание, активный отдых и физическая культура. В медицине эта тенденция привела к трем основным феноменам: 1) резкое возрастание спроса на витаминные препараты; 2) высокая популярность фитотерапии и фитопрепаратов; 3) формирование культуры употребления биологически активных добавок к пище (БАДов). Массовыми потребителями трех этих видов продукции стали в первую очередь здоровые люди.

Сюда же можно добавить ориентацию на профилактику заболеваний, получившую распространение в медицине.

В этих условиях самомедикация иницируется и поддерживается несколькими факторами:

1. Совершенно естественно, что здоровый человек не нуждается в обращении к врачу. И, хотя основания для обращения к специалисту для консультации по поводу применения неких средств, влияющих на физиологические функции, имеются, человек не ощущает внутренней потребности в этом.

2. БАДы и витаминные препараты в соответствии с существующей установкой представляют собой просто компоненты пищи, которых по каким-либо причинам не хватает в повседневном рационе питания.

3. В массовом сознании чрезвычайно широко распространено заблуждение, что фитопрепараты – это совершенно безвредные средства, способные тем не менее оказать положительное влияние на течение многих патологических процессов.

4. Фармакотерапия имеет одно очень важное свойство – она мотивационно привлекательна. Действительно, ведение здорового образа жизни требует занятий спортом, соблюдение диеты, режима дня и т. д. Если вместо этого будет достаточно проглотить 3 раза в день капсулу с добавкой, то такое средство решения проблем оказывается намного предпочтительней. При этом употребление добавки фиксируется как активное противодействие имеющейся проблемы – феномен активного оператора.

У БАДов как субъектов фармацевтического рынка есть еще одна особенность: их регистрация и требования к производству существенно проще, чем у лекарственных препаратов. Многие производители БАДов даже и помышлять не смеют о выпуске лекарственных препаратов. Такие продукты выходят на рынок с информационной поддержкой, совершенно недостаточной для суждения о их терапевтической эффективности. Поэтому они не могут рекомендоваться врачами. В этой ситуации производитель главную ставку делает на распространение их на ОТС-рынке, на что и ориентируют основные сбытовые усилия.

2. *Изменение взаимоотношений врача и пациента.* Современные информационные технологии, доступность медицинской информации, а также повышенное внимание к здоровому образу жизни способствуют тому, что информированность населения в медицинских вопросах существенно возросла. Информация, исходящая от него, воспринимается не как какая-то неоспоримая истина, а как рекомендации, которые можно обсуждать. В этих условиях пациент все чаще начинает активно влиять на решения врача. Кроме классических назначений современный врач нередко дает пациенту и рекомендации более общего свойства, предполагающие в простых случаях элементы самодиагностики и самолечения с применением ОТС-препаратов.

3. *Изменение отношения к субъективным показателям состояния больного.* Важнейшей задачей медицины стало считаться повышение «качества жизни». С точки зрения этого требования субъективная оценка состояния здоровья фактически приобрела ранг объективного показателя. Повышенное внимание стало уделяться субъективным ощущениям пациента даже в том случае, если они расходятся с объективными показателями.

Особо при этом стоит сказать о феномене плацебо. Суть феномена, или эффекта, плацебо состоит в том, что если пациенту, хорошо знакомому с ощущениями, возникающими при приеме какого-либо препарата, дать «пустышку» – таблетку, состоящую из смеси наполнителей, – и при этом убедить, что эта таблетка того самого препарата, то у такого больного сформируются функциональное состояние и ощущения такие же, какие он отмечает при действии этого препарата. С физиологической точки зрения эффект плацебо вполне объясним. Он связан со способностью нашей нервной системы запоминать реакции на различные воздействия, в том числе и химической природы. По механизму своего формирования феномен плацебо представляет собой эмоциональную реакцию. Поэтому, во-первых, он всегда хотя бы парциально, но участвует в формировании фармакологического эффекта средства, хорошо знакомого больному. Во-вторых, два препарата, абсолютно одинаковые

по составу, но отличающиеся по названию или внешнему оформлению, могут давать сильно отличающиеся эффекты в зависимости от того, какие эмоциональные переживания связаны с ними у данного больного. Роль самостоятельных решений пациента в силу этого существенно возрастает. Признается, что этот эффект способен оказывать значительную помощь в процессе терапии, поскольку естественным образом использует мобилизацию внутренних регуляторных механизмов, управляющих физиологическими реакциями. Этот сдвиг в представлениях сделал более спокойным отношение официальной медицины к фитопрепаратам и другим лекарственным средствам, обычно используемым при самолечении и отпускаемым в безрецептурном режиме.

5. *Финансовые причины.* Эти причины связаны, во-первых, с процессами старения населения развитых стран, во-вторых, с увеличением стоимости медикаментов, диагностического оборудования и медицинских технологий. Большинство стран в этих условиях было вынуждено перейти к политике ограничения расходов на бесплатно предоставляемые пациентам медицинские услуги и лекарственные препараты, а также к привлечению граждан к соучастию в финансировании мер по поддержанию своего здоровья. При этом выявилось наличие прямой связи между стоимостью лечения и его организационной формой. Важным источником экономии оказался перевод, когда это допустимо с медицинской точки зрения, стационарных больных в категорию амбулаторных. В наиболее простых ситуациях в качестве допустимой стала рассматриваться и замена визита к врачу самолечением. И в том и в другом случае параллельно снижению стоимости лечения возростала необходимость использования ОТС-препаратов и БАДов. При этом право принятия решения о применении БАДов уже практически полностью передается потребителю.

6. *Сетевой маркетинг.* Это социальное явление получило широкое распространение в последние десятилетия. Сетевые компании предлагают потребителю огромную массу разнообразных продуктов с оздоровительными свойствами, способными «лечить» множество заболеваний от рака до сахарного диабета. Для деятельности таких компаний характерны элементы стихийного массового поведения. Термин «стихийное массовое поведение» использован нами не потому, что такие компании представляют собой случайно собравшийся плохо структурированный социальный агрегат. Сетевые компании хорошо организованы и лишены анонимности толпы. Однако в своей деятельности эти компании широко пользуются приемами, основанными на законах стихийного массового поведения. В первую очередь, это эмоциональный резонанс, фасцинация, эмоциональное кружение и снижение когнитивного контроля ре-

зультатов деятельности. Типичным примером является собрание дистрибьюторов сетевых компаний. В начале собрания один из руководителей во вступительном слове задает общий эмоциональный тон, позитивно характеризуя компанию, ее миссию и коллектив дистрибьюторов и удивительные продукты, которые они несут в массы. При этом активисты компании поддерживают выступающего громкими аплодисментами или восторженными возгласами, вовлекая всех присутствующих в «действие» своей эмоциональной реакцией (эмоциональный резонанс). Затем говорится о единстве, прочности отношений, коллективизме или иным образом подчеркивается прочность и важность социальных связей в компании, нередко это сопровождается «речевками» и ритмичным хлопанием, что создает атмосферу единства (фасцинация). После этого анонсируются лучшие дистрибьюторы. Им дается ответное слово. Воодушевленные только что озвученной похвалой, они начинают в самых ярких выражениях хвалить компанию, ее продукты и коллектив «соратников», в усиленном виде возвращая в аудиторию эмоциональный настрой, чем еще больше увеличивают его позитивный потенциал. И тут наступает время «обмена опытом». Выступает докладчик. Он рассказывает, каким несчастным (лысым, парализованным, покрытым язвами и т. д.) он был до того, как попробовал продукт, и каким счастливым он стал сейчас (демонстрирует шевелюру, способность ходить, чистую кожу). В таких условиях эффект плацебо приобретает колоссальнейшие размеры.

Формально сетевые компании стараются приблизить имидж своего продукта к лекарственным препаратам. Они привлекают для работы с дистрибуторами известных ученых, стараются обучать их (дистрибуторов) правильно с научной точки зрения представлению товара. Однако низкий уровень медицинской подготовки основной массы дистрибьюторов заставляет последних существенно упрощать материал, редуцируя его информационную значимость.

Вместе с тем пищевые добавки в общей массе очень сильно уступают по качеству лекарственным препаратам. Их научная база нередко отличается идеологической и фактологической бедностью или полностью вымышлена, а технологический уровень чрезвычайно низок. И это не только российская действительность. Так, на выставке, организованной при проведении международной конференции по пантовым препаратам в Канаде в 2000 году, экспонировался БАД из пантов производства США с этикеткой, отпечатанной на струйном принтере.

Итогом всех описанных процессов стало существенное смягчение отношения современной официальной медицины к самолечению и, соответственно, к самомедикации. Предполагается, что безрецептурные пре-

параты достаточно безопасны, критерии назначения достаточно очевидны, а способы применения достаточно просты, чтобы без существенного риска допустить их самостоятельное использование пациентами.

Личностные причины.

А.Ю. Юданов с соавторами (2008), ссылаясь на исследования Х. Фризевинкеля, называет шесть таких причин:

1. Нежелание расходовать время на визит к врачу. Отношение ко многим заболеваниям как к хорошо известным и достаточно безопасным дает пациенту основания к прямому обращению в аптеку, где он сам или с помощью провизора выбирает ОТС-препарат. Тратить время на специальный визит к врачу в этой ситуации больной считает излишним. Очереди в поликлиниках, неудобные часы приема, загруженность повседневными заботами многих категорий больных, характерная для людей в активном трудоспособном возрасте, дополнительно усиливают названную тенденцию.

2. Негативный опыт обращения к врачу или недоверие к врачам. В ряде случаев назначаемые врачами лекарства не помогают. Иногда безрезультатным оказывается последовательное обращение к нескольким специалистам. При этом у больного складывается устойчивое недоверие к врачам или по меньшей мере неверие в их способность справиться с данным недугом. Следствием же становится самостоятельное экспериментирование с медикаментами, в основном с ОТС-препаратами. То обстоятельство, что самолечение именно в таких сложных случаях почти не бывает успешным, отнюдь не останавливает больного от новых и новых попыток.

3. Вера в эффективность неортодоксальных медицинских методологий. В настоящее время весьма распространена тенденция обращения за помощью к традиционным системам или оригинальным методикам, чьи технологии лежат за пределами современной официальной медицины. Основанием этому может служить негативный опыт лечения недуга в системе медицинской помощи. Однако в целом массовое увлечение неортодоксальными медицинскими теориями представляет собой сложный феномен общественной психологии, имеющий не только собственно медицинские, но и культуральные, религиозные, социальные корни. Очень часто неортодоксальные медицинские школы используют некоторые фитопрепараты, психотерапевтические методы воздействия.

4. Высокая внушаемость. Некоторые больные склонны легко и некритично следовать советам своего близкого и дальнего окружения, подменяя ими визиты к врачу. Особенно часто самоназначение ОТС-препаратов такими больными наблюдается при хронических заболеваниях, при которых немедленного эффекта трудно ожидать. Восприимчива эта категория пациентов и к воздействию рекламы.

5. *Гедонистское отношение к потреблению лекарств.* Успехи современной медицины, делающие возможными лечения таких состояний, о возможности коррекции которых совсем недавно еще не помышляли, создает условия для формирования отношения к здоровью как к потребительскому товару. Хотя подобная иллюзия касается далеко не всех заболеваний, она имеет достаточное распространение. По своей сути это явление не ограничивается медициной. Удовольствие от приобретения распространяется на потребление многих товаров и услуг. Приобретение ОТС-препаратов и БАД выполняет для людей, склонных к этому, функцию сублимации. Человек потребляет их не потому, что болен, а потому, что делает такой метод заботы о своем здоровье элементом самоутверждения. Использование дорогих, а потому недоступных другим «укрепляющих» препаратов становится элементом личного престижа.

6. *Ипохондрия и некоторые другие депрессивные состояния.* Склонность приписывать себе несуществующие заболевания или агрировать реально имеющиеся нарушения здоровья достаточно распространена в настоящее время. Трудности диагностики в сочетании с еще большими трудностями в том, чтобы убедить больного, что у него нет подобных расстройств, делают ситуацию трудноразрешимой. И дело здесь не в отсутствии специальных знаний, а в плохо контролируемом, хотя и естественном, страхе больного за свое благополучие. Такие расстройства, как правило, обусловлены сниженным когнитивным контролем собственного состояния. Они практически не поддаются медикаментозному лечению, а именно этот вид помощи наиболее желателен для данных пациентов. Некомпетентное или поверхностное (по мнению пациента) отношение врача к его проблемам и/или закономерная неудача в лечении отсутствующих недугов провоцирует переход больного к самолечению.

Все перечисленные причины привели к тому, что самолечением приобрела в настоящее время существенные размеры, а доля ОТС-рынка составляет в России 2/3 в натуральном и 1/3 в стоимостном выражении (А.Ю. Юданов и др., 2008).

Существуют определенные представления о границах применимости самолечения.

Во-первых, оно применимо только к тем состояниям, которые не угрожают Вашей жизни и жизням окружающих Вас людей.

Во-вторых, надо признать, что современная медицина хорошо умеет выводить человека из критических для жизни состояний, но плохо справляется с хроническими болезнями. Поэтому, когда решается вопрос жизни и смерти, всегда без промедления обращайтесь к врачам. А вот что касается вялотекущих длительных болезней, то без самолече-

ния не обойтись: при хронических болезнях самолечение всегда уместно. Ибо, если Вы хотите вылечиться от хронической болезни, то Вы должны стать в данном вопросе компетентнее врачей и познать что-то такое, чего не знают они, что находится за рамками их парадигмы.

В-третьих, причиной частых неудач самолечения является недостоверная экстраполяция чужого опыта: «Из того, что нечто помогло кому-то, я делаю вывод, что это поможет и мне». В этом выводе нарушены законы логики, и он является ложным. Тупое воспроизведение чьих-либо действий ведет не к здоровью, а к разочарованию. Основание самолечения – образованность в вопросах здоровья и методичность исполнения плана оздоровительных действий.

3.2.2. Механизм потребительского выбора на ОТС-рынке

Главным фигурантом рыночной экономики выступает потребитель. Именно его решение определяет, какие продукты будут производиться, а какие покинут прилавки магазинов и аптек в ближайшее время. Голосуя своими деньгами и числом, потребитель управляет производством и сбытом товаров по законам самоорганизации. В принципе, поведение потребителя считается рациональным и будет таковым при выполнении основного условия принятия решения – максимальной выгоды при минимальных затратах.

Однако потребитель далеко не всегда способен сделать рациональный выбор самостоятельно. Такое нередко случается при приобретении, например, сложных технических устройств, при наличии широкого ассортимента товара одного назначения с тонкой дифференцировкой свойств и т. д.

Существуют четыре основных (облигатных) фактора, имеющих психологическое значение, которые в зависимости от специфики ситуации осложняют или облегчают процедуру выбора, и два факультативных.

Облигатные факторы – это обстоятельства, сопровождающие процедуру выбора и влияющие на ее качество и результат в любом случае.

1. Наличие знаний о предмете выбора. Точное понимание свойств товара совершенно необходимо для правильного удовлетворения потребности, инициировавшей поведение по его приобретению. Однако дело не ограничивается только умением разобраться в свойствах товара. Необходимо также правильно оценивать структуру самой потребности, которая во многом определяется условиями и возможностями ее удовлетворения. Так, потребность в тепле может быть удовлетворена перемещением в теплое помещение или теплоизоляцией (одеждой). Эти потребности нельзя однозначно рассматривать как варианты декларатив-

ной репрезентации (образа приспособительного результата), потому что в определенных условиях они не являются равноценной заменой друг другу. Если тепло необходимо для выполнения хирургического вмешательства, то необходимо теплое помещение, а не одежда.

2. *Наличие навыков выбора.* Правильный выбор предполагает, во-первых, умение пользоваться предметом выбора. Это свойство предполагает наличие у покупателя уверенности в том, что использование данного продукта приведет именно к тем результатам, которые он ожидает. Эта уверенность следует из предшествующего опыта использования данного продукта. Во-вторых, большое значение имеет также навык осуществлять выбор. Этот навык предполагает умение оценивать свойства данного товара, их значимость для потребности, и, что самое главное, наличие у покупателя критериев функциональной значимости этих свойств и признаков, гарантирующих их наличие в объекте выбора. Хотя как знания, так и навыки в совокупности представляют собой тот феномен, который мы называем опытом, в своей основе они разнятся по характеру психофизиологических реакций. В то время как знания относятся к категории когнитивных видов деятельности, к навыкам в большей степени принадлежат двигательные программы, установки и условно-рефлекторные акты, которые в меньшей степени контролируются сознанием и в значительном числе случаев выполняются автоматически.

3. *Фактор времени.* Дефицит или избыток времени, отпущенного ситуацией на принятие решения, оказывает неоднозначное влияние на процедуру выбора. Дефицит времени увеличивает когнитивный диссонанс и снижает качество принимаемого решения, одновременно формируя эмоционально негативное отношение к ситуации выбора. Покупатель с меньшей вероятностью придет в магазин или аптеку, где его настойчиво торопили с выбором без убедительных для него причин. Существенный избыток времени (от начала процедуры выбора до осуществления покупки), как правило, снижает или вообще дезавуирует мотивацию к приобретению товара. Покупатель, пришедший выбирать товар, который он собирается приобрести завтра, с большой долей вероятности не придет за ним. Острый и острейший дефицит времени нередко приводит к критическим или парадоксальным реакциям – действиям прямо противоположным тем, которые индивид должен был бы совершить, исходя из естественной логики событий. Так, покупатель может отказаться от приобретения товара, который ему очень нужен и, совершенно очевидно, соответствует всем необходимым требованиям, если у него нет времени для достаточной когнитивной проработки ситуации (анализа качеств товара и рациональности покупки).

4. *Эмоциональная активность.* Эмоциональная реакция, сопровождающая выбор, оказывает на него большое влияние. Во-первых, это касается качества эмоций. Общий позитивный настрой, как правило, склоняет потребителя в пользу выбора, негативный – ведет к отказу от такового. Однако реальная схема может быть несколько сложнее. В соответствии с классической ролью, которую играют эмоции на акцепторе результата действия, умеренные позитивные эмоции, связанные с приобретением необходимого товара и простым удовлетворением потребности, не служат целям закрепления данного поведения, как ни парадоксально это бы ни звучало. Такая реакция на покупку достаточна для подкрепления, если данный товар является привычным для покупателя. Если же товар относительно нов или удовлетворение данной потребности достигается конкретным индивидом покупкой нескольких аналогичных, относительно взаимозаменяемых товаров, то его приобретение должно сопровождаться какой-то особой эмоциональной реакцией. Дополнительным эмоциональным воздействием, усиливающим впечатление от покупки товара, могут служить некие бонусы, подарки, сертификаты.

Если приобретенный товар оказался лучше ожидаемого (или покупателю представили его таковым), он испытывает сильные положительные эмоции, что ведет к закреплению данного поведения. Покупатель будет и дальше приобретать этот товар или совершать покупки в данном магазине (аптеке). А умеренные негативные эмоции (при неполном соответствии товара заявляемым свойствам) приведут к попыткам найти товар с нужными свойствами среди аналогов или все-таки примириться со свойствами предлагаемого и приобрести его.

Имеет значение также количественная сторона эмоциональной реакции. Так, низкий уровень эмоционального сопровождения покупки способствует более рациональному выбору товара, основанному в основном на логических умозаключениях. При высоком уровне эмоциональной активности (потребность в продукте высока) процедура выбора усложняется, во-первых, усилением когнитивного диссонанса. Во-вторых, в процессе принятия решения начинают существенную роль играть косвенные критерии принятия решения и, в частности, критерии и дисплеи, характерные для эмоционального интеллекта, – чужое мнение, особенно если оно принадлежит авторитету или близкому покупателю человеку, наличие клейма известной фирмы, наличие бренда, качество и эксклюзивность упаковки, позиция на полке среди других товаров и т. д.

В дополнение к охарактеризованным четырем факторам можно назвать еще два факультативных, которые влияют на выбор потребителя только в определенных условиях.

Факультативные факторы.

5. *Широкий ассортимент свойств в ряду аналогов.* В некоторых случаях покупателю приходится делать выбор между аналогами, которые незначительно отличаются между собой по ограниченному числу свойств, возможно даже второстепенных. Однако количество этих аналогов велико, и покупатель испытывает явные затруднения в адекватном анализе ситуации. Эта ситуация создает когнитивный диссонанс, для когнитивной проработки которого нужно по крайней мере время и, возможно, специальные знания. Особенно сильным этот диссонанс становится, если число объектов анализа становится больше семи (предельное количество репрезентаций, которым одновременно могут оперировать когнитивные функции человека). Дело осложняется тем, что различия между отдельными образцами малозначимы. Решение этой проблемы может лежать в снижении числа аналогов, предъявляемых потребителю, или определяться наличием информации, создающей возможность провести отчетливую дифференцировку отдельных продуктов.

6. *Существенные различия в свойствах аналогов.* В противоположном случае возможно наличие ограниченного количества аналогов, обеспечивающих удовлетворение одной и той же потребности приблизительно в равной мере, однако достигающие этого совершенно разными способами. В этом случае проблема заключается, с одной стороны, в том, что два способа удовлетворения потребности оказываются несравнимыми между собой. С другой стороны, очень трудно получить гарантии равноценности обоих способов удовлетворения потребности, особенно в том, что касается их отдаленных последствий. В данном случае когнитивный диссонанс будет тем больше, чем более различаются оба способа по механизму своего действия. Преодоление этого препятствия заключается в детальном изучении свойств аналогов и отдаленных последствий их использования.

3.2.3. Главные особенности механизма выбора на фармацевтическом рынке

Для маркетинга в области медицинских технологий и фармацевтического маркетинга в частности характерны некоторые особенности, редко встречающиеся в рыночных отношениях товаров других категорий или имеющие там ничтожное значение. При этом эти специфические свойства очень выражены именно на OTC-рынке.

Первая из них заключается в трансформации потребности от осознания ее в общем виде до той формы, в которой она может быть

удовлетворена средствами и способами современной медицины. Так, больной, имеющий рану, испытывает потребность в том, чтобы она зажила. Однако современная медицина не располагает технологиями, обеспечивающими репарацию раневого дефекта. Есть технологии, способствующие этому процессу, и соответственно им существуют специфические мотивации, включающие потребность, результат и действия. Об этом подробнее речь пойдет в следующей главе.

Вторая особенность фармацевтического маркетинга заключается в огромной разнице между уровнем знаний, которые необходимы для того, чтобы правильно понимать суть используемых технологий и делать на основе этих знаний правильный выбор, и теми знаниями, которыми располагает средний потребитель лекарств на ОТС-рынке.

Третьей особенностью является особое эмоциональное состояние, сопровождающее медицинскую деятельность. Проблема в том, что от эффективности этой деятельности зависит жизнь, здоровье или профессиональная дееспособность человека. Естественно, велик уровень озабоченности пациента результатами лечения, психоэмоционального напряжения, сопровождающего процесс терапии, в этой связи велик процент парадоксальных реакций не столько на результат самой терапии, сколько на расхождение качественных характеристик этого результата с ожиданиями больного.

Четвертая особенность рынка лекарственных препаратов состоит в своеобразии реакции на покупку. Данный феномен является одним из наиболее важных операторов, обеспечивающих стабильный спрос на какой-то товар или его отсутствие. Однако его проявление в области фармакотерапии наталкивается на определенные трудности. В любом виде маркетинга общая стратегия обмена со стороны покупателя строится на том, что выбор продукта сопоставляется с результатом его использования. Если этот результат оказывается высоким, то спрос – устойчивым.

В реализации функций этого оператора в фармацевтическом маркетинге существуют определенные проблемы, в первую очередь психологического характера.

Во-первых, при применении лекарственных препаратов по сравнению с приобретением огромного большинства потребительских товаров оказывается резко суженной сфера чувственного сопровождения процесса приобретения, употребления и оценки его результата. Такие ситуации, как прекращение боли вскоре после приема обезболивающего или спазмолитика, не слишком распространены. В подавляющем большинстве случаев больной никак не ощущает последствия приема препарата. Больной очень часто лишен возможности суждения об эффектив-

ности средства на основе собственных сенсорных впечатлений. Таблетка или ампула препарата никак внешне не проявляет свойств, характеризующих ее пригодность для тех целей, для которых она приобретает-ся. В то же время такие товары как игрушки, еда, одежда и т. д., дают обильную сенсорную информацию для соответствующих суждений уже на этапе покупки. Необходимо сказать, что у человека, как и у большинства животных, существует достаточно развитый и хорошо функционирующий механизм, устанавливающий зависимость функционального состояния от поедания (приема) новых веществ (новых видов пищи). Причем такая связь устанавливается и при отсроченных реакциях (1–2 дня и даже более). Однако в случае с фармакотерапией эффективное установление такой связи практически отсутствует, хотя и вполне возможно. Основной причиной является слабая сенсорная связь факта приема лекарственного препарата и восприятия терапевтического эффекта сенсорной системой (его точной идентификации). Поскольку процесс сенсорного обусловливания в контексте ситуации, связанной с лекарственной помощью, оказывается явно недостаточным, его, видимо, рационально дополнять с помощью специальных технологий. Фармацевтическому маркетингу еще предстоит решить эту задачу.

Во-вторых, сенсорные впечатления, связанные с процессом лечения, также недоступны пониманию больного. Очень часто они или вовсе отсутствуют, либо интерпретируются неоднозначно. В первом случае эффективность лечения можно оценить только по результатам анализов или иных диагностических манипуляций. Во втором случае ощущения больного в прямой их интерпретации говорят только об изменении состояния организма, что вовсе не обязательно означает улучшение течения заболевания при облегчении самочувствия больного или ухудшения процесса при отягощении этого самочувствия. Например, повышение температуры при воспалительных заболеваниях имеет адаптивное значение. При этом происходит ускорение всех метаболических и физиологических процессов, в частности ускорение синтеза антител, удаление продуктов распада и т. д. Необоснованное применение жаропонижающих средств может затянуть процесс выздоровления, хотя и облегчает состояние больного на сенсорном уровне. Вторым примером может служить лечение артритов, которое на первых этапах сопровождается непродолжительным обострением процесса.

В-третьих, неясно, применение ли препарата привело к выздоровлению. Это происходит, с одной стороны, потому, что наступление терапевтического эффекта часто носит отсроченный характер. С другой стороны, многие заболевания могут проходить сами по себе (грипп, ангина, пищевые отравления). Это утверждение справедливо, даже если

речь идет о хроническом заболевании, в течение которого периоды обострения сменяются ремиссиями, состояниями близкими к здоровью. Как сам больной, так и его лечащий врач нередко лишены возможности уверенно судить о том, что наблюдаемое улучшение связано с применением лекарственного препарата. Такое суждение нередко достигается только на основе статистического анализа результатов лечения группы больных в сравнении с группой контроля (больных, не лечившихся данным препаратом).

В-четвертых, во многих случаях для восприятия терапевтического действия препарата больной должен быть ориентирован на специфические признаки наступления такого эффекта либо иметь определенные функциональные расстройства в зависимости от специфики которых характер фармакологического эффекта препарата может разительно отличаться. Так, прометазин (пипольфен) как у здоровых, так и у больных людей вне зависимости от заболевания окажет депримирующее действие, однако нейролептический эффект проявится только у больных с психотическими нарушениями, а антигистаминное действие только при аллергических реакциях. Точно так же как противовоспалительное действие у ацетилсалициловой кислоты будет наблюдаться только при наличии воспаления, а обезболивающее действие у местных анестетиков будет ощущаться только при болевых воздействиях, а вне таковых будет отмечаться лишь нарушение тактильной чувствительности. Информационный маркетинг лекарственных препаратов должен учитывать этот механизм и строить свою стратегию в направлении преодоления действия подобных факторов.

В-пятых, в огромном большинстве случаев эффект достигается не одним конкретным средством, а комплексом лекарств. Особенно это касается тяжелых больных. Так, Л.М. Михайлова с соавт. (1981) на основе анализа большого числа историй болезни показали, что в условиях стационара в онкологии в процессе прохождения лечения 52 % больных получают 10 и более препаратов, а 5 % – более 30 лекарственных средств. Естественно, значительная часть из этих лекарств служит вспомогательной терапии, и больной может выделить среди всех этих лекарств те или тот препарат, который лечит основное заболевание, однако в той же онкологии чрезвычайно распространены схемы лечения, в которых больной получает 2, 3 или более противоопухолевых препаратов одновременно или последовательно. Для больного не представляется возможным связать в своем сознании наблюдаемый эффект с каким-то из использованных средств.

Возможно также, что успех лечения связан не с самим лекарственным препаратом, а с его дозой или режимом применения, например

строго в определенное время суток. Возможно, это связано с дроблением дозы, манипуляциями с продолжительностью курсов, повторными курсами и т. д.

И, наконец, в-шестых, больной лишен возможности сравнить эффективность лечения разными препаратами, как это возможно в случае с потребительскими товарами. Опыт других людей, безразлично, позитивный или отрицательный, не может дать ответ на этот вопрос, так как другой человек – это другой случай.

Поскольку на ОТС-рынке больные сами принимают решение о приобретении и применении лекарственного препарата, как характер этого решения, так и сам его факт зависит от опыта больного. Естественно, что больные различаются по индивидуальному опыту. Выделяют опытных и неопытных больных.

Опытные больные, как правило, хорошо знают свое заболевание. Они либо страдают им на протяжении ряда лет, либо в прошлом несколько (много) раз переносили его, например грипп. Такие больные не только полностью уверены в своей способности самостоятельно выбрать и приобрести препарат, но также хорошо знакомы (преимущественно на уровне собственного опыта и медицинской осведомленности) с действием определенной группы лекарственных средств и критериями эффективности лечения, также в основном на уровне чувственного восприятия. Опыт таких больных приобретается в результате общения с врачом или несколькими докторами, а также в процессе знакомства с медицинскими, научно-популярными и рекламными изданиями и другими формами обращений. Такой опыт не может быть систематичным, так как больные, не имеющие медицинского образования, не знают патогенеза болезней, не представляют себе механизма действия лекарственных препаратов, особенностей и возможных вариантов течения заболеваний. При этом предпочтения таких больных формируются на основе самостоятельной оценки рекомендаций врачей, нередко эмоционального характера (в зависимости от того, нравится ли данному больному этот врач). Поэтому решения таких больных носят в определенной мере (а иногда и в значительной) иррациональный характер.

Особенность опытного больного состоит также в том, что он в ряде случаев может выполнять простейшие диагностические процедуры. В определенных случаях эти процедуры целенаправленно делаются таковыми с помощью специальных диагностических тестов (например, тест на сахар в моче или крови, тест на беременность и т. д.)

Неопытные больные не могут принять решение самостоятельно на основании результатов предшествующего поведения, поскольку такового не было. Для принятия решения им приходится прибегать к консуль-

тации врача (специфический инструктивный источник) или использовать другие каналы информации. Ими могут быть близкий человек, просто случайный знакомый, фармацевт (провизор), рекламные материалы, медицинский справочник и т. д. В любом случае этот источник информации не несет ответственности за принимаемое больным решение, так как может сам не обладать необходимыми знаниями, действует не на основе информации, подтверждаемой диагностическими процедурами, и т. д. Таким образом, вероятность ошибки и ее цена в данном случае оказываются еще больше. С точки зрения корректного принятия решения поведение потребителя на ОТС-рынке в той или иной мере характеризуется информационной слепотой. Однако как существование самого ОТС-рынка, так и поведение потребителя на нем рационально по другим причинам.

Во-первых, существует огромная масса ситуаций, когда обоснованность применения препарата очевидна и без специальных знаний и диагностических манипуляций, ошибка больного оказывается минимальной, а безвредность препарата настолько высока и хорошо проверена, что даже совершенно бесполезный прием препарата не может причинить вреда здоровью. Так, например, любой человек с уверенностью может утверждать, что у него болит голова или повышена температура, и такая уверенность не должна требовать специальных диагностических процедур. Доподлинно известно, что понизить температуру или справиться с головной болью можно с помощью аспирина – хорошо известного препарата с минимальными побочными эффектами.

Во-вторых, если бы все больные обращались к врачу по любому поводу, то создали бы тем самым огромную нагрузку на систему здравоохранения. Это потребовало бы существенного увеличения расходов на обеспечение медицинской помощи. Кроме этого, такая ситуация неизбежно создает ненужную нагрузку для самого больного – нужно тратить время на посещение врача, оформлять больничный лист или отпрашиваться с работы, что необоснованно увеличит время нетрудоспособности. Обращение к врачу реально потребует, если, например, при головной боли аспирин не поможет или боли через некоторое время возобновятся.

В-третьих, консультация специалиста неизбежно отсрочит медицинскую помощь, так как нужно будет ждать приема у врача или вызывать скорую помощь. Препараты ОТС-рынка могут быть использованы немедленно.

Существование ОТС-рынка обусловлено, с одной стороны, тем обстоятельством, что препараты, продающиеся на этом рынке, не являясь сильно действующими и потенциально опасными, не могут причинить существенного вреда здоровью. С другой стороны, как их исполь-

зование, так и принятие решения о таком настолько просто, что не требует высокой квалификации. В то же время никто не препятствует больному проконсультироваться с врачом о применении того или иного препарата ОТС-рынка в том случае, когда у него есть сомнения в рациональности или безопасности такого способа терапии. С третьей стороны, приобретение медикаментов на ОТС-рынке – без консультации с врачом – способно существенно снизить нагрузку на систему здравоохранения и затраты на лечение и, наконец, в большом числе случаев сократить сроки оказания медицинской помощи. В общей статистике заболеваемости это достаточно большая доля случаев – около четверти всех заболеваний (Юдин и соавт., 2008). Сюда следует добавить и хронические заболевания самого пациента. Средства терапии в свое время были рекомендованы врачом, и последствия их применения пациент изучил на собственном опыте.

Наличие опыта вовсе не снимает проблему компетенции потребителя на ОТС-рынке. В отношении потребителя ОТС-рынка можно сказать, что он в подавляющем большинстве случаев достаточно уверенно может действовать только в нескольких направлениях. Потребитель ОТС-рынка способен:

- 1) самостоятельно выбрать знакомый препарат в знакомой ситуации;
- 2) определить степень удобства использования препарата и значение этого фактора для результатов лечения;
- 3) осознать связь действия лекарственного средства с быстрым (в пределах суток) изменением своего функционального состояния как с его улучшения, так и ухудшения.

Таким образом, на ОТС-рынке границы компетентности и рационального поведения потребителя очень ограничены. Поэтому препараты ОТС-рынка должны соответствовать определенным критериям:

- 1) низкая токсичность или полное отсутствие таковой – соединение должно относиться к 4-му классу опасности. На ОТС-рынке могут присутствовать и более токсичные соединения, однако при этом необходим достаточно длительный опыт их применения в качестве рецептурных препаратов, предоставляющий достаточные доказательства безвредности;
- 2) значительная терапевтическая широта (отношение LD_{10} – максимально переносимой дозы – к оптимальной терапевтической дозе);
- 3) минимальное побочное действие;
- 4) отсутствие лекарственной и пищевой несовместимости;
- 5) низкий уровень кумуляции;
- 6) простые и ясные показания к применению;
- 7) простота использования.

Как осуществляется выбор лекарственного препарата на ОТС-рынке, когда потребитель в существенной мере некомпетентен, и какие способы получения информации служат этим целям, можно представить схематически.

Основные информационные источники, влияющие на выбор на ОТС-рынке, и механизм их взаимодействия представлены на рис. 3.1.



Рис. 3.1. Механизм поведения потребителя на ОТС-рынке

Будучи сам по себе недостаточно компетентен для формирования суждения о том, что может служить средством удовлетворения потребности, и осознавая это, человек, вдобавок к личному опыту, привлекает еще ряд источников информации. Прежде всего это мнение референтных фигур – близких родственников и друзей, чье мнение значимо для этого субъекта. Вполне возможно обращение к врачу или иному источнику инструктивной информации – статьи в журнале, медицинской энциклопедии, справочнику или учебнику по соответствующей дисциплине и др. Соответствующую консультацию и рекомендации можно получить у фармацевта аптеки, медицинского представителя, дистрибьютора или другого представителя каналов распространения лекарственных препаратов.

Важнейшим источником получения потребителем ОТС-рынка информации о препаратах служит реклама. Особенностью рекламы как источника информации является тот факт, что она активно влияет на

спрос. Если все другие источники действуют пассивно, т. е. предоставляют информацию по инициативе самого больного – в ответ на его вопрос или жалобу, – то реклама, действуя независимо от осознания больным его потребности и постоянно (многократно повторяясь), может актуализировать у воспринимающего ее субъекта латентную потребность (формирующийся спрос) либо породить несуществующую потребность.

Процедура формирования мотивации не завершает процесс потребительского поведения. У человека одновременно могут формироваться несколько или даже множество мотиваций. Эти мотивации могут иметь отношение к удовлетворению одной и той же потребности. Например, когда у нас болит голова, мы можем решить проблему, приняв аспирин, нурофен или парацетамол. Мотивации к формированию поведения в этой ситуации будут близки до смешения только в том случае, если упаковки со всеми этими препаратами лежат перед нами на столе. Представим две иные ситуации. Наиболее активным болеутоляющим средством является нурофен. Однако за ним нужно бежать в аптеку. Парацетамол превосходит аспирин по активности, но он более токсичен. В другой ситуации у нас в наличии есть нурофен, за аспирином нужно идти. Однако нурофен не очень хорошо действует на наш желудок. Парацетамол также вызывает сомнения по причине токсичности. В обоих случаях мы можем решить проблему, приняв любой из препаратов. Тем не менее конечное решение будет зависеть от целого ряда обстоятельств, значимость которых в данный момент и определит его суть.

Выбор может быть ориентирован на мотивации к поведению, направленному на удовлетворение разных потребностей. Вопреки бытующему мнению о том, что в первую очередь удовлетворяется наиболее насущная потребность, такое утверждение не соответствует действительности. Например, если предположить, что у человека одновременно терпимо болит голова и очень сильно болит зуб. Естественно, потребность в обращении к стоматологу более насущна по сравнению с головной болью. Однако справиться с головной болью, приняв тот же аспирин, гораздо проще и быстрее в сравнении с визитом к стоматологу, и человек в первую очередь удовлетворяет первую потребность. Первоочередность удовлетворения мотивации может быть вызвана высокой значимостью результата поведения. Если кто-то имеет возможность за некие действия получить очень большую сумму денег, то, несмотря на возможность отсрочить данное поведение и наличие других, более насущных дел, человек непременно поставит его на первое место. Причиной приоритетности мотиваций может быть высокая эмоциональная активность, сопровождающая поведение по их удовлетворению. Так, капризы ребенка, причина которых может быть вполне объективна

(он, например, хочет есть) могут быть остановлены переключением его внимания на какое-то яркое событие или объект – фейерверк или цветастую, необычную игрушку. Актуальная мотивация, имеющая эссенциальную биологическую природу, вытесняется забавой.

Приобретая продукт на ОТС-рынке, потребитель осуществляет два альтернативных варианта принятия решений. В одном случае он, совершая покупку, следует собственному опыту, приобретенному в предыдущих покупках. Он уже приобретал этот продукт (добавку, лекарственный препарат). То есть он ранее принимал решение о приобретении данного продукта, и по его собственным оценкам это решение было правильным. В данном случае потребитель действует в соответствии с собственными установками и вопроса о принятии решения в процессе производства покупки не возникает. Основной функцией установки как элемента поведения является регулирование противоречий аффективного (эмоционального), когнитивного и поведенческого характера, возникающих при принятии решений.

Во втором случае потребитель принимает решение, связанное с приобретением и использованием лекарственного препарата или добавки, в ситуации, по отношению к которой в целом или к какой-то ее части готовое решение отсутствует. Иными словами потребитель сталкивается с когнитивным диссонансом, который ему предстоит преодолеть. Поскольку когнитивный диссонанс охватывает когнитивные (знания), поведенческие (навыки и опыт) и аффективные (эмоции) процессы, в его формировании и разрешении будут неизбежно принимать участие как объективные, так и субъективные факторы. Причем, учитывая то, что компетентность потребителя на ОТС-рынке низка, значимость субъективных факторов выбора будет высока. Последнее обстоятельство открывает значительные возможности управления спросом на ОТС-рынке с помощью эмоциональных дисплеев и механизмов скрытого манипулирования.

Существует целый ряд факторов, которые существенно влияют на предпочтения и выбор потребителя. Их действие не специфично для ОТС-рынка и универсально проявляется в любых рыночных отношениях.

Простота достижения результата. Этот фактор определяет величину затрат поведенческого характера. Чем проще манипуляции, которые нужно произвести для достижения терапевтического результата, и меньше их количество, тем больше эмоциональная привлекательность продукта. К примеру, средство, требующее шестикратного внутримышечного введения (пенициллин), существенно проигрывает по эмоциональному восприятию средству, которое нужно принимать по 1 таблетке 1 раз в сутки (сумамед).

Значимость потребности. Как составной элемент мотивационного поведения она определяет величину мотивации находясь с последней в прямо пропорциональных отношениях.

Скорость достижения результата. Любое средство, чей эффект сформируется в течение 2–3 часов после применения, будет иметь несомненные преимущества перед средством, чье действие проявится через неделю или месяц. Этот фактор имеет большое значение еще и потому, что подкрепление приема лекарства осуществляется на условно-рефлекторном уровне, в то время как отсроченный эффект оценивается только на уровне когнитивных функций.

Доступность. Большое значение для повышения привлекательности средства могут иметь скорость и трудоемкость доставки продукта потребителю. В этом отношении показательной является высокая эффективность так называемых покупок на диване, когда потенциальный потребитель, просмотрев рекламу по телевизору, имеет возможность позвонить по телефону, оформить заказ, и заказанный товар через непродолжительное время будет доставлен ему домой.

Эмоциональность. Адекватное эмоциональное сопровождение, присутствующее в информационных материалах или в оформлении рекламных обращений, значительно улучшает их восприятие и запоминание.

Пример окружающих. Большое влияние на принятие решения о приобретении того или иного товара и на уровень его спроса оказывает совершение покупок этого товара другими людьми. У людей, как, впрочем, и у большинства животных, существует врожденная склонность поступать и принимать решения так же, как это делают окружающие. Этот фактор часто используется для манипуляции сознанием потребителей. Предварительно объявляется о значительных скидках на препарат, часто только для определенных категорий населения, например для пенсионеров. Причем эти скидки делаются только при продажах в очень короткий временной промежуток. В результате в указанные дни у прилавка скапливаются покупатели, иногда в виде солидной очереди. Причем все они пришли за одним препаратом. Такие акции существенно улучшают эмоциональное впечатление от использования препарата и способствуют увеличению спроса на него даже у лиц, на которых условия проведения акции не распространяются.

Степень знакомства. Решение о покупке и использовании знакомой вещи принимается гораздо легче. Причем факт знакомства может состоять не только в знании свойств товара. Сам факт узнаваемости названия способствует повышению уровня продаж. С этим связан своеобразный феномен рекламы, когда глупые или нелепые по своему содер-

жанию и форме рекламные обращения, вызывающие раздражение или даже возмущение зрителей, тем не менее увеличивают продажи товара.

Традиционность. Нередким средством повышения привлекательности товара служит апелляция к тому, что он производится на основе национальных традиций народа, на территории проживания которого данный товар реализуется.

Существует еще достаточное количество менее значимых факторов, воздействие с помощью которых способно повлиять на характер и объемы спроса. Среди них можно назвать корпоративность (поддержим отечественного производителя), известность марки (брендинг), предсказуемость и гарантированность последствий, преданность идее, угрозу, которую несет в себе недуг, персональную ответственность за последствия, достаточность оправдания, вовлеченность в процесс лечения, свободу выбора и количество его степеней свободы, величину затраченных усилий и др.

3.3. Рынок рецептурных препаратов

Субрынок рецептурных препаратов является важнейшей по своей медицинской значимости и величине частью фармацевтического рынка. Это обусловлено тем обстоятельством, что основная масса медикаментов, наиболее активных в терапевтическом отношении, представлена именно рецептурными препаратами, что вполне естественно, ведь высокая фармакологическая активность сопряжена с высокой токсичностью и значительным числом побочных эффектов. Маркетинг этих препаратов существенно отличается не только от маркетинга нефармацевтических товаров, но и от ОТС-препаратов.

Основное свойство фармацевтических товаров, представленных на Rx-рынке, состоит в том, что их выбор должен осуществляться специалистом, обладающим следующими компетенциями:

1) способность выбрать препарат, необходимый данному больному, в отношении привычной для данного врача ситуации среди лекарственных средств, свойства которых известны по предыдущему опыту;

2) умение выбрать незнакомый препарат (свойства не известны по предыдущему опыту) для применения в знакомой ситуации, на основании изучения информации по данному препарату;

3) обладание навыком в границах своей профессиональной сферы составлять компетентное суждение, с одной стороны, о пригодности выбираемого препарата, с другой стороны, о доброкачественности той информации, которая ему доступна;

4) способность выбрать и использовать новый для себя лекарственный препарат в необычной для себя ситуации, воспользовавшись собственными знаниями и иной информацией профессионального характера;

5) умение производить замену выбранного препарата его аналогами, имеющимися в наличии;

6) способность оценить и предвидеть риск побочных явлений;

7) предвидение необходимости индивидуального подбора как самих препаратов, так и их доз, и умение осуществлять этот подбор;

8) предвидение возможной несовместимости с другими лекарственными средствами, а также компонентами пищи;

9) предвидение рисков кумуляции препарата, индивидуальной чувствительности, токсичности и изменения качественных показателей или количественного изменения активности в процессе применения;

10) способность связать с действием лекарственного средства быстрое (в пределах суток) изменение функционального состояния больного – как улучшения, так и ухудшения;

11) способность связать с действием лекарственного препарата отдаленные (5–6 дней, месяц, год) последствия применения лекарственного средства;

12) способность оценить перспективность альтернативных препаратов и методов лечения;

13) способность определить степень удобства использования препарата и значение этого фактора для результатов лечения;

14) способность оценить значимость эффекта плацебо в проводимой терапии;

15) способность судить о достаточности назначаемой терапии и ее ограничениях.

Поскольку компетенции, требуемые для осуществления выбора препарата и контроля за ходом лечения, достаточно сложны, главной особенностью этого субрынка является расщепление функции потребителя.

3.3.1. Расщепление функций потребителя на Rx-рынке

Закономерности рынка безрецептурных препаратов, как уже говорилось, во многом определяются конфликтом между сложностью понимания механизмов действия и свойств лекарственных средств и низкой компетентностью конечного потребителя, на деле определяющим выбор лекарственного средства. В отличие от этого, на Rx-рынке функция потребителя распределена (расщеплена) как минимум между двумя или даже большим числом субъектов. И хотя центральной фигурой остается по-прежнему больной, в формировании потребности участвует ряд дру-

гих инстанций. Кроме пациента в этом процессе участвует прежде всего врач. В простейшем случае это один специалист, в более сложных – в процессе принятия решения и выборе медикаментов может принимать участие целая команда, принадлежащая одному или даже нескольким ЛПУ. При этом нужно отчетливо понимать, что все эти специалисты также являются носителями потребности. Оказание эффективной медицинской помощи является подтверждением их профессиональной компетенции и обеспечивает соответствующий социальный статус и доходы.

Конечно же, носителем потребности выступает также государство, заинтересованное в поддержании здоровья популяции и связанной с ним величиной поступающих в казну налогов. Поэтому государство несет существенную долю расходов в процессе лечения. И, как это ни парадоксально звучит, носителем или, вернее, модулятором потребности выступает производитель. Именно он определяет, для какого сектора рынка он создает свой препарат и какие его свойства будут преимущественно исследованы. Препарат будет разрешен к клиническому применению для лечения только той патологии, в отношении которой была изучена активность препарата при проведении доклинических исследований и клинических испытаний. Подробно этот вопрос обсуждается в следующей главе. В процессе движения препарата на рынке имеется немалое количество процессов, в которых на выбор препарата влияет также фармацевт (провизор).

Выделяют три основных функции потребителя на любом рынке: выбор, оплата и применение продукта. На большинстве нефармацевтических рынков потребитель является носителем всех указанных функций единолично. В соответствии с классическим правилом формирования мотивационного состояния потребитель стремится получить наилучший товар (максимальный приспособительный результат) по наименьшей цене (с минимальными затратами усилий и средств). Осуществляя выбор на обычном рынке, он сравнивает несколько товаров с аналогичными свойствами, обладающими разным соотношением характеристик в системе цена–качество и, следовательно, разной мотивационной значимостью, которая не поддается простому количественному анализу. При этом он испытывает когнитивный диссонанс и решает его, пользуясь собственными знаниями, эмоциональным отношением и опытом.

Совершенно иначе обстоят дела на классическом рынке рецептурных лекарственных средств. Это связано с тремя группами причин.

1. Больной не может самостоятельно выбрать соответствующий препарат. Высокая профессиональная подготовка, необходимая для выбора верного лекарственного средства, требует участия в этом процессе специалиста в соответствующей области медицины.

II. Далеко не все категории населения в состоянии оплачивать собственное лечение в необходимом объеме. Большое значение здесь имеет фактор времени. Человек не склонен накапливать средства в ожидании некоего заболевания, которое может у него начаться, а может — нет. Вместе с тем государство заинтересовано в поддержании максимального уровня здоровья в популяции. Социально ориентированная фармацевтика в рыночной экономике в значительном числе случаев осуществляет разделение функций применения лекарств и донора финансовых средств для их оплаты. Государство непосредственно через бюджетно-налоговую систему и/или (как в нашей стране) через специально созданные органы обязательного медицинского страхования (ОМС) аккумулирует ресурсы, а затем оплачивает рецептурные лекарства всем категориям граждан, имеющим на это право.

III. Нельзя считать, что специалист-медик абсолютно свободен в выборе лекарственного средства и руководствуется только своими знаниями и опытом. Во-первых, существуют определенные стандарты лечения большинства заболеваний, в соответствии с которыми определяется некая практика фармакотерапевтических подходов в лечении конкретной патологии. И данные стандарты могут прямо предписывать использовать конкретные медикаменты (возможно, лекарственные средства, принадлежащие к определенной фармакотерапевтической группе) в процессе терапии определенных состояний. Кроме того, поскольку исход заболевания всегда в той или иной мере неопределен, врачи подстраховываются, следуя определенным принципам терапии. Во-вторых, назначения врача при стационарном лечении всегда регламентированы тем набором медикаментов, которые имеются в аптеке соответствующего ЛПУ. Решение по включению того или иного средства в эти формуляры принимает клинический фармаколог и клинический фармацевт совместно с администрацией данного ЛПУ.

Неизбежность и целесообразность разделения всех трех функций с точки зрения принципов организации здравоохранения доказана мировой практикой. Одной из главнейших черт фармацевтики является ее социальная функция — лекарственные препараты служат средством поддержания здоровья популяции. Эта функция реализуется с помощью отделения плательщика от потребителя. Кто-то должен платить за медицинскую помощь малообеспеченным и неработающим членам социума. В западной медицине этот постулат называется принципом солидарности. Его исключительное значение состоит также в том, что крупнейшими потребителями Rx-препаратов являются те, кто заведомо не располагает достаточными средствами на их оплату: тяжелые (в т. ч. хронические) больные, старики и дети, бедняки. В то же время более обеспечен-

ные, трудоспособные и здоровые граждане, имея финансовые ресурсы для оплаты лекарств, сиюминутной нужды в них не испытывают. Однако это совершенно не исключает того, что такая потребность у них возникнет в будущем, когда их материальное положение ухудшится (скажем, после выхода на пенсию или из-за неожиданной тяжелой болезни). Можно сказать, что без перераспределения средств современная полноценная терапия серьезных заболеваний не может быть в необходимой мере доступна всему населению страны: низкая платежеспособность большинства пациентов приведет к тому, что врач будет вынужден лечить не теми лекарствами, которые помогают, а теми, что дешево стоят.

Не менее обосновано и то, что выбор препарата осуществляется врачом, прежде всего потому, что назначение сильнодействующих средств может создать опасность для жизни или существенно ухудшить состояние здоровья. Кроме того, врач является медиатором между структурой, финансирующей лечение, и больным.

Вместе с тем с экономической точки зрения разделение трех основных функций потребителя ведет к нарушению нормального течения мотивационного процесса его поведения. Три функции становятся несбалансированными по субъектам, их осуществляющим.

Еще сложнее поведение потребителя представляется с точки зрения психофизиологии процесса. На самом деле в формировании мотивационного состояния, на котором основывается фармакотерапия как поведение потребления лекарственных средств, участвуют четыре субъекта: больной, врач, государство и производитель. Классическая формула мотивационного процесса – потребность, помноженная на результат и деленная на затраты – у каждого из субъектов имеет свой специфический вид. Каждый из этих субъектов, участвуя в общем процессе, имеет свою потребность, свое видение конечного результата, удовлетворяющего эту потребность, и свои средства достижения данного результата. Подробно этот вопрос изложен в главе 4.

Примечательным, однако, является тот факт, что каждый из участников процесса видит возможность или желательность реализации своей мотивации только в союзе с тремя другими его членами. И, хотя может не отдавать себе в этом отчета, интуитивно к ним апеллирует.

Эта ситуация порождает целый ряд условий, которые могут способствовать формированию иррациональных паттернов поведения.

Врач прописывает лекарство, но не оплачивает его из собственного кармана, сам не принимает его и не испытывает тех эмоциональных переживаний, которые испытывает пациент. В конечном итоге основанием для назначения того или иного препарата может быть не польза больного, а перспективы сотрудничества с фармацевтической компани-

ей, выпускающей данный препарат, необходимость выполнения условий страховой компании, соблюдения стандартов лечения, желание подстраховаться на случай возможного возникновения осложнений или в связи с неуверенностью в собственных способностях в диагностике и т. д. Результатом осознания врачом этих перспектив может быть как выбор самого препарата, так и величина дозы и длительность курса его применения. В принципе, должна существовать связь между успешностью лечения пациентов и доходами врача. Однако она носит косвенный характер (благоприятный исход терапии, кроме квалификации самого врача, зависит от множества других факторов). Однако, будучи центральной фигурой в выборе рецептурного препарата, врач при осуществлении этой функции не имеет прямых, материально затрагивающих лично его мотивировок эффективного рыночного поведения.

Финансирующий орган в лице государства и его структур только оплачивает стоимость препаратов, не осуществляя ни выбора, ни применения. При этом государство оказывается заинтересованным в сокращении затрат на лечение. Это делается, в частности, за счет ограничения контингента больных, которым предоставляется бесплатная и льготная лекарственная помощь, а также перечня нозологических форм, при лечении которых она может осуществляться. Одним из путей такого ограничения является перевод ряда препаратов или их отдельных лекарственных форм в категорию безрецептурного отпуска. Финансирующие органы не несут ответственность за успех лечения – за это отвечает врач, поэтому, составляя формуляры, они формально подходят к выбору медикаментов, ориентируясь не только на терапевтический эффект, но часто (не в последнюю очередь) на их стоимость.

Расщепление функций потребителя касается, как бы парадоксально это ни звучало, и производителей лекарственных средств. Фирма, выпускающая лекарственный препарат, также активно влияет на его выбор врачом и пациентом. Это происходит в результате двух независимых процессов. Во-первых, выбирая лекарственный препарат, врач ориентируется не на его свойства вообще, а только на те, которые изготовители определили в качестве основного направления его терапевтического применения. Это ограничение достигается направленностью экспериментальных фармакологических исследований и клинических испытаний. Казалось бы, выводя препарат на рынок, компания должна сообщить о нем все имеющиеся в ее распоряжении сведения. Однако это «все» касается только вопросов токсичности и побочного действия. Те же из свойств препарата, которые не представляют угрозу для здоровья пациента и не поддерживают основной терапевтической концепции его клинического применения, могут замалчиваться или не включаться

в перечень свойств, определяющих показания к применению. Врач же имеет право назначать препарат только по тем показаниям, которые определены фирмой при проведении клинических или мультицентровых исследований, а также при его регистрации. Так, хлорпромазин, кроме нейролептических свойств, обладает еще и выраженными антигистаминными и противорвотными свойствами, однако в медицине применялся практически исключительно в качестве нейролептического средства. Во-вторых, компания-производитель имеет чисто маркетинговые рычаги влияния как на врачей, так и на пациентов. Средством такого давления выступают, с одной стороны, действия медицинских представителей, которые могут материально поощрять выписывание врачами определенных препаратов по необходимым фирме показаниям. С другой стороны, и проведение клинических испытаний имеет строго определенную направленность, которая согласована с фирмой-производителем и зафиксирована в протоколе. При проведении испытаний услуги врачей, проводящих эту работу, щедро оплачиваются. Следует заметить, что в этом случае врачи, проводящие такие испытания, часто являются ведущими специалистами, которые могут выступать в качестве опиньон-лидеров, чем гарантируют еще больший успех препарату именно в заданном направлении его использования.

Необходимо иметь в виду, что выписанный рецепт еще не определяет, какой препарат будет приобретен в действительности. Это связано с тем, что расщепление функций потребителя включает еще одну важную фигуру – провизора. В случае отсутствия выписанного препарата в аптеке больной нередко приобретает предложенную фармацевтом замену. А в России, где многие рецептурные препараты в действительности приобретаются без рецепта, важным фактором являются и советы провизора. Нередки случаи, когда происходит фактическая подмена последним врача.

Столь сложный процесс формирования мотивации потребителя делает маркетинг рецептурных лекарственных средств совершенно отличным от рыночных отношений, присущих продаже иных товаров и услуг. Прежде всего он должен учитывать множественность субъектов выбора Rx-препаратов, а также наличие у каждого из них своих интересов, отличных от обычных потребностей покупателей других товаров.

Множественность субъектов выбора рецептурных препаратов делает особо значимой задачу контроля рыночных отношений. Причем этот контроль касается двух основных аспектов:

1) эволюционный (адаптивный) аспект проблемы, заключающийся в обеспечении эффективной фармакотерапии населения. Суть аспекта в своевременном и полном обеспечении населения наиболее эффек-

тивными препаратами, требуемыми для лечения всех имеющихся заболеваний. Проводимая с их помощью фармакотерапия позволит повысить уровень адаптированности популяции в среде обитания, обеспечивая ей тем самым эволюционные преимущества. Иначе говоря, этот аспект обеспечивает оздоровление популяции;

2) экономический аспект призван обеспечить стабильность рыночных отношений, суть которой сводится к наличию на рынке необходимых медикаментов при относительной доступности их стоимости для всех категорий населения, нуждающихся в этой фармакотерапии. Экономический аспект включает также обеспечение достаточной прибыли фармацевтической промышленности и отдельных фирм, что дает им необходимый уровень мотивации к производству лекарственных препаратов и требуемый (высокий) уровень качества и эффективности медикаментов.

Для решения этой проблемы маркетинговая деятельность должна определить степень и характер влияния на рыночные отношения каждого из субъектов выбора лекарственных препаратов, а также факторы ситуационного давления среды, регулирующие активность этих субъектов. При этом важно не только формальное определение данных факторов и силы их воздействия, но и учет характера их взаимодействия между собой. Стратегия поведения, обуславливающая взаимодействие указанных пяти субъектов (больной, врачи, государство, производители и фармацевты) в совокупности с условиями этого взаимодействия обуславливает развитие событий на рынке (так называемая *key driver problem* – проблема главной движущей силы рынка).

С формальной точки зрения непременным условием функционирования рыночной системы является наличие сбалансированной стратегии отношений между ее участниками. Однако на практике это оказывается не совсем так. Особенностью социального поведения является механизм рекрутирования участников кооперативной деятельности эффективностью поведения одного из звеньев системы. Суть этого механизма заключается в том, что все участники конкретного процесса, несмотря на то что имеют собственные цели и мотивации, тяготеют к стратегии поведения наиболее эффективно действующего звена. При этом эффективность действий этого звена, кроме высокого качества результатов собственной деятельности, должно поддерживаться достаточной эффективностью деятельности других звеньев системы, даже если их деятельность не полностью соответствует их собственной мотивации. Поэтому достаточно установить, какой из субъектов выбора критически важен для производства и продвижения данного препарата, и добиться преимуществ в отношениях с ним, и успех рецептурного препа-

рата обеспечен. Например, во многих ситуациях исключительно важно одобрение препарата регуляторными органами (государственными структурами). Не случайно большинство производителей стремятся к включению их препаратов в список ЖНВЛС. При этом соотношение затрат и прибыли может не очень устраивать производителя, но эффективно действующий в этом смысле сбытовой процесс заставляет его участвовать в данном процессе. При этом производитель вынужден поддерживать высокое качество препарата, что является неременным условием его присутствия в указанном списке.

Существуют и противоположные примеры. Так, А.Ю. Юдин с соавт. (2008) описывают ситуацию, когда продвижение препаратов одного из ведущих производителей серьезно сдерживал негативный выбор фармацевтов (они выступали в роли *key driver*). Выводя на рынок зонтичный брэнд для ряда своих препаратов, компания «Верофарм» избрала в качестве типовой структуры их названий последовательность «веро-лекарство», где приставка «веро» предшествовала МНН препарата. Идея состояла в том, чтобы популяризировать таким образом всю серию препаратов своего производства (бросающаяся в глаза приставка «веро» должна была проассоциироваться в голове потребителя с высоким качеством и доступными ценами). В продвижение «веро-лекарств» были вложены серьезные средства.

Но почти сразу в избранную схему пришлось вносить коррективы. Аптеки при заказе лекарств искали в прайс-листах оптовиков препараты по первым буквам их МНН, а названия лекарств «Верофарма» начинались только с буквы «в». В итоге в момент выбора препаратов этого производителя не попадались на глаза работникам аптек, и заказы на них не поступали. Чтобы изменить отношение фармацевтов, «Верофарм» попросил оптовиков указывать приставку «веро» в конце названия ЛС. Поэтому до сих пор на упаковке препаратов фирмы по-прежнему можно прочитать «Веро-Лоратадин», «Веро-Симвастатин» и т. п., но в прайс-листах они значатся как «Лоратадин-веро» или «Симвастатин-веро».

3.3.2. Врач как главный субъект выбора рецептурных препаратов

В большинстве случаев в роли *key driver* рецептурного субрынка выступают врачи, они являются центральной фигурой с точки зрения выбора рецептурных препаратов. Многие десятилетия маркетинг рецептурных лекарственных средств 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 отсутствия 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. Зачастую этот интерес заключается в гонораре за проводимое клиническое исследование или рекламу препарата. В то же время в условиях развитого рынка медицинских услуг существуют факторы, мотивирующие врача на выбор препарата для осуществления эффективной терапии, в том числе и эффективной лекарственной терапии. Гонорары врача в странах, где имеется сложившаяся рыночная система, в существенной мере зависят от его репутации, престижа лечебного учреждения, где он работает. Путь к высоким доходам открыт в основном для врачей, постоянно демонстрирующих высокий профессионализм.

Специфика российской медицины. Специфика российской медицины характеризуется слабостью рыночных отношений и контроля за их осуществлением. Наиболее существенным недостатком российского рынка является острый дефицит информации – так называемой информационной асимметрии: действительный уровень профессионализма врача известен ему самому, возможно, коллегам, но не пациенту. Пагубной чертой рынков с информационной асимметрией является то, что высокое качество продукции на них недостаточно хорошо оплачивается, и потому высококачественные товары (в нашем случае – врачебные услуги) исчезают с такого рынка.

До сегодняшнего дня основным сектором оказания медицинской помощи являются государственные лечебно-профилактические учреждения – поликлиники и больницы или другие учреждения стационарной медицинской помощи. Существуют еще частные клиники, которые пока обеспечивают незначительный объем медицинской помощи, а также неофициальная практика врачей во вне рабочее время. Главный дефект такой системы с точки зрения маркетинга состоит в том, что ни одна из этих форм не обеспечивает достаточную информацию о качестве медицинской помощи и ее гарантиях. Пациенты обращаются за медицинской помощью не по собственному желанию, связанному с информированностью о качестве его профессиональных навыков, а в силу неких административных причин: места жительства, работы врача в ту или иную смену, работы на предприятии, закрепленном за данным ЛПУ, и т. д.

Относительную гарантию высокого уровня подготовки врачей обеспечивает обращение в научно-исследовательские центры РАМН и

НИИ Минздрава РФ, на кафедры ведущих вузов, в некоторые наиболее известные больницы. Но попадание в эти ЛПУ лимитировано рядом факторов немедицинского характера: долгим ожиданием в очереди, тематикой научного направления клиники или кафедры и т. д.

Отсутствие системы информирования пациентов о профессиональных качествах врачей, обуславливающей доходы врача и его социальный статус, приводит к тому, что у врача отсутствует материальный стимул к совершенствованию своей работы. В случае с платными услугами может складываться даже противоположная тенденция – выше заработок будет у того врача, который осматривает больше больных, а не у того, кто работает с особой тщательностью и мастерством.

Маркетинг лекарственных препаратов на российском фармацевтическом рынке должен учитывать то обстоятельство, что врач материально не заинтересован в оптимальном выборе ЛС. Таким образом, у него отсутствует главный мотив, определяющий поведение субъектов капиталистической экономики, – личный корыстный интерес в максимально эффективной профессиональной деятельности.

При этом мотивация к тому, чтобы по мере сил и возможностей помочь больному, сохраняется, однако ее характер в существенной мере становится зависимым от ряда вторичных интересов. Описанные ниже группы вторичных факторов и их влияние на врачей закономерны на всех фармацевтических рынках, но на российском они особенно сильны.

Таковыми вторичными мотивациями в общем мотивационном состоянии, влияющими на выбор препарата, выступают пять групп факторов:

1. Личностные и профессиональные характеристики врача.

К этой группе относятся: базовое образование и специализация, а также принадлежность к определенной научной школе, производственный стаж, географическое расположение и административная принадлежность ЛПУ, тип (консерватор – новатор). Личностные и профессиональные характеристики врача с точки зрения перспектив их использования в маркетинге объединяет то общее свойство, что они не могут быть изменены или могут быть изменены лишь в малой степени в результате маркетинговой активности фармацевтических компаний. Маркетинговые манипуляции в этой сфере требуют не воздействия на врачей, а их подбора по принципу соответствия личностных характеристик требованиям маркетинговых исследований или деятельности. В связи с этим перед фармацевтическими фирмами возникает задача формирования целевых групп врачей или приспособления способа продвижения препарата к личностным характеристикам имеющихся групп врачей как к данности.

2. Персональное мнение, складывающееся у врача о данном препарате. Такое мнение формируется, во-первых, из личного опыта врача, которое он экстраполирует на информацию, получаемую о новом препарате. Во-вторых, источником такого мнения могут быть также мнения опинион-лидеров, коллег по работе, знакомство с результатами проводимых клинических испытаний. При этом негативный или позитивный прогноз на эффект препарата может в существенной мере повлиять на восприятие врачом результатов его применения. Несмотря на свою консервативность, такое мнение легко модифицируется, если эти изменения обоснованы серьезными медицинскими исследованиями, отличаются доказательностью, имеют большое практическое значение для медицины, необычны по своей сути или поддерживаются другими авторитетными специалистами в области медицинской науки.

3. Прямая вовлеченность врача в продвижение препарата. Феномен прямой вовлеченности, возникающий в результате вынужденного или добровольного участия в некотором процессе, является в психологии известным способом направленного формирования установок. Эффективность воздействия на сознание врача с помощью его привлечения к процессу продвижения или исследования обусловлена тем фактом, что успех исследования (или даже любая результативно проделанная в этом исследовании часть работы) генерирует на акцепторе результата действия положительные эмоции. Эти эмоции закрепляют или усиливают позитивное отношение к объекту этого исследования. Распространенным приемом создания феномена прямой вовлеченности кроме непосредственного вовлечения в процесс клинических испытаний является, например, просьба прочесть лекцию о терапевтических свойствах и эффективности лечения каким-то препаратом, начисление бонусов за выписывание определенного ЛС и т. д. Вовлеченность врача в продвижение препарата является самым доступным средством влияния на сознание профессионалов, убеждающим в высоком качестве препарата, если таковое, конечно, имеется. Собственно говоря, это один из главных мотивов для проведения мультицентровых испытаний.

4. Внешние ограничения. Данная группа факторов представляет собой совокупность регламентов и правил лечения каких-то заболеваний, а также использования различных лекарственных препаратов в этом процессе. Внешними ограничениями являются: формуляры ЛПУ, определяющие список лекарственных препаратов, которыми данное ЛПУ пользуется, «федеральный перечень льготных лекарственных средств», содержащий список лекарственных препаратов, которые могут быть оплачены определенным категориям больных за счет бюджета:

«Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов» (ЖНВЛП).

5. Ситуационное давление среды. Факторы ситуационного давления среды представлены некими внешними обстоятельствами, заставляющими врача использовать тот или иной препарат. Такими обстоятельствами может быть отсутствие привычных препаратов в аптеке или эпидемия гриппа или иного заболевания, протекающего в необычной форме, что побуждает приобретать опыт использования новых препаратов. В качестве ситуационного давления среды могут выступать условия работы врача, диктующие использование какого-то определенного препарата, создающие благоприятные условия для его применения, или наоборот. Так при обслуживании больных на дому может быть более востребован препарат, не обладающий серьезными побочными эффектами или действующий очень быстро. В последнем случае врач имеет возможность дождаться наступления эффекта, убедившись таким образом, что терапевтическое воздействие достигло своей цели. Важнейшим фактором ситуационного давления среды, побуждающим врача использовать новые препараты, выступает отсутствие эффективного средства лечения какого-то патологического состояния. Естественно, при условии, что фирма-производитель предоставляет врачам убедительные свидетельства его эффективности при данном страдании.

Каждая из приведенных групп факторов имеет свои функциональные особенности и закономерности, определяющие возможность их модификации и использования в процессах маркетинга. Однако центральной фигурой остается все-таки человек с его профессиональными качествами. Влияние любого из факторов преломляется через профессиональные свойства врача и его личностные характеристики и только в этом виде участвует в маркетинговом процессе. Наиболее эффективное маркетинговое поведение состоит в сосредоточении основной активности на тех группах врачей, которые по своим характеристикам «предрасположены» к использованию продвигаемого препарата. Поэтому одной из основных задач, решаемых маркетологами, является выработка критериев оценки потенциала врачей и отбора целевых групп, у которых этот потенциал высок.

Провести достаточно подробное психологическое тестирование врачей на наличие определенных личностных характеристик на практике оказывается делом малоэффективным. Во-первых, это требует специальных валидированных тестов, отнимает у тех же врачей много времени и требует наличия специальной психологической подготовки у сотрудника, проводящего это тестирование. Во-вторых, то же ситуационное давление среды нередко создает такие условия, при которых любые личностные

характеристики не будут создавать у врача мотивацию к участию в клиническом испытании или использованию нового препарата.

Гораздо проще ориентироваться на характер профессиональной деятельности, квалификацию и условия работы врача. Единственным исключением может служить наличие/отсутствие склонности к инновационному поведению или консерватизму, что можно достаточно просто установить в процессе беседы или включением нескольких дополнительных вопросов при анкетировании.

Тем не менее при опросах врачей о факторах, оказывающих наибольшее воздействие на предпочтение того или иного препарата, в первую очередь называется личный опыт применения. Совершенно естественно, что, убедившись в хороших результатах использования лекарства в определенной клинической ситуации, врач в аналогичных случаях вновь и вновь прибегает к нему. Однако очевидно, что в большинстве случаев речь идет лишь об истолковании (причем задним числом) собственного поведения. На самом деле за личным опытом применения скрываются не только его собственные наблюдения, но и усвоенные чужие мнения, воспринятые общие установки и т. д. Другими словами, рациональность врача при выборе препарата носит ограниченный характер. Особенно это касается дженериков, имеющих одинаковый состав: редкий врач имеет статистически репрезентативный опыт применения целой группы синонимов, чтобы быть в состоянии выделить лучший из них.

Напомним, что при назначении лекарственного препарата врач не полностью свободен в своем выборе. Ограничения, которые он имеет при этом, обусловлены наличием нескольких нормирующих документов. Во-первых, если врач работает в стационаре, то это перечень медикаментов, которые имеются в больничной аптеке. Этот перечень определяется клиническим фармакологом и администрацией ЛПУ исходя из имеющихся стандартов лечения и финансовых возможностей учреждения. Во-вторых, больные, имеющие право на льготные и бесплатные медикаменты, получают их в соответствии с утвержденными формулярами, и иные медикаменты выписаны им быть не могут. В-третьих, существуют определенные утвержденные стандарты лечения, и, хотя эти стандарты носят рекомендательный характер, врачу спокойнее следовать им, чем брать на себя ответственность за последствия лечения, в особенности в сколько-нибудь сложных случаях. В-четвертых, врач может быть ограничен в своем выборе ассортиментом лекарственных средств, имеющихся в доступных для больного аптеках или по доступной цене. В-пятых, выбор врача может быть осуществлен под давлением больного, желающего получить непременно «модный» в данный момент препарат.

3.3.3. Роль провизоров и фармацевтов на Rx-рынке

Вся история медицины характеризуется тесным партнерством врача и провизора. Этот тандем в значительной мере сохраняется и в наши дни. Поэтому аптека не может рассматриваться как простое предприятие розничной торговли, подобно тому, как это делается на рынке потребительских товаров. Несмотря на то что на Rx-рынке выбор препарата для лечения заболевания делает врач, провизор оказывает существенное влияние на то, какой препарат будет в конечном итоге использован. Аптека и ее сотрудники оказывают влияние на потребление медикаментов тремя основными путями: 1) формированием ассортимента; 2) предложением замены препарата-аналога в случае отсутствия выписанного лекарственного средства; 3) осуществлением консультационной и информационной деятельности.

Формирование ассортимента. Каждая аптека формирует свой ассортимент. Этот процесс опирается главным образом на экономические аргументы – будучи предприятием торговли, аптека стремится извлечь из своей деятельности максимум прибыли и мало заботится о том, чтобы в ее ассортименте были все медикаменты, необходимые для лечения всех заболеваний. Главная особенность аптеки по сравнению с большинством предприятий розничной торговли состоит в огромном ассортименте товаров. Причем многие из этих товаров имеют аналоги как в виде того же самого лекарственного препарата, произведенного другой фирмой под другим торговым названием, так и в виде другого лекарственного препарата, близкого по своей фармакологической активности. И если замена одного препарата на другой во втором случае может быть сделана далеко не во всех случаях, то в первом является почти общей практикой. Такая ситуация создает для аптеки большую свободу в формировании своего ассортимента. Аптека может не включить в список приобретаемых препаратов любое средство, не входящее в третью или четвертую сотню товарных позиций своего ассортимента, и при этом не почувствует этой потери. Для исключенного же препарата такое решение многократно повышает вероятность замены. Поэтому производитель обязательно должен учитывать, что опасность невключения почти каждого отдельно взятого препарата в закупочный лист аптеки весьма велика, и только целенаправленная работа маркетинговых подразделений фирмы-производителя с аптеками может гарантированно предотвратить это.

Замена препарата. В соответствии с законом работникам аптек разрешено осуществление генерической замены отсутствующих в прода-

же лекарств. Генерической называется замена препарата на его аналог – препарат с тем же действующим веществом, в адекватной форме и дозировке, чтобы быть используемым вместо заменяемого лекарства. В мире существуют три системы генерической замены.

Система полной генерической замены. Позволяет фармацевту без всяких ограничений при необходимости выдавать вместо прописанного препарата его синоним.

Система запрещающих пометок в рецепте. В бланке рецепта может быть предусмотрено поле, в случае пометки врачом которого фармацевт не имеет права выдавать никакой препарат, кроме прописанного. Во всех остальных случаях (т. е. если поле осталось незаполненным) фармацевт имеет право на замену. Легко понять, что при этой системе именно дозволенность замены является нормой.

Система разрешающих пометок в рецепте. В этом случае особое поле должно быть заполнено врачом, чтобы разрешить замену. Нормальным же (пометки нет) считается ее запрет. Система разрешающих пометок наиболее жестко ограничивает право фармацевта на замену.

Кроме того, в ряде стран широко распространена практика выписки рецепта с указанием в нем МНН. В этом случае фармацевту фактически передается право даже не замены, а выбора данного препарата из всех имеющихся синонимов.

В современной России фактически действует система полной генерической замены, дающая максимально широкие полномочия работникам аптеки. Между тем известно, что эта система вызывает повышенные риски, связанные с побочными эффектами от неодинакового воздействия на пациентов разных препаратов с одним и тем же действующим веществом. В некоторых случаях эти различия могут быть весьма значительными. Например, согласно проведенным исследованиям, терапевтически эквивалентные дозы присутствовавших на российском рынке синонимов известного АПФ-ингибитора эналаприла дали трехкратный (!) разброс значений: от 12 до 36,6 мг в сутки по разным препаратам (А.Ю. Юдин с соавт., 2008). Когда выбор конкретного препарата из ряда синонимов осуществляет врач, он сознательно учитывает подобные различия. Если же выбор проводит фармацевт, не имеющий опыта врачебной работы с препаратами, он ориентируется только на указанные на упаковке данные о содержании действующего вещества и, следовательно, может допустить серьезные ошибки. Сходным образом фармацевт не может знать клинических отличий действия разных синонимов, большей или меньшей степени проявления побочных эффектов.

При этом рекомендации аптечных работников весьма действенны. По данным опросов Финансовой академии (ныне Государственный фи-

нансовый университет при Правительстве РФ), в московских аптеках в конце 90-х годов покупатель примерно в 45 % случаев соглашался с предложенной ему фармацевтом/провизором генерической заменой (А.Ю. Юданов и соавт., 2008).

Помимо генерической существует и терапевтическая замена. В этом случае препарат заменяется лекарством, применяемым при том же заболевании, но имеющим другое действующее вещество. Фактически в этом случае меняется способ лечения, выбор которого, как известно, является исключительной прерогативой врача. Поэтому фармацевтам терапевтическая замена рецептурных препаратов запрещена.

Консультативная деятельность. Профессиональный уровень работников аптек в России чрезвычайно высок. Около 20 % от общего числа работников (включая уборщиц, шоферов и кассиров и т. п.) в аптеках составляют специалисты с профильным высшим образованием. А работниками первого (рецептурного) стола по закону могут быть исключительно провизоры. Высокая профессиональная подготовка фармацевтов позволяет им выполнять функцию адаптации предписаний врача к реально имеющемуся выбору лекарств, а также помогать в выборе ОТС-препаратов. Консультационная деятельность фармацевта имеет наибольшее значение для ОТС-рынка. Именно при выборе безрецептурного препарата фармацевт компенсирует своей помощью недостаточную информированность пациента о свойствах препарата. С просьбой о консультации к фармацевту обращается до половины посетителей аптек, что свидетельствует об исключительно важной роли фармацевта в выборе лекарственных средств.

Кроме консультаций покупателям, фармацевты часто информируют врачей о наличии препаратов, появлении их аналогов (синонимов) и о прочих поступлениях.

3.3.4. Роль пациента на Rх-рынке

В отличие от ситуации на ОТС-рынке, роль пациента на рынке рецептурных препаратов не является главной. Прямое воздействие пациента на выбор препарата выражается в просьбах к врачу о назначении того или иного лекарства. На практике врачи следуют пожеланиям пациентов значительно чаще, чем это признается. Международные исследования показывают, что врач охотнее удовлетворяет просьбу больного о выписке определенного препарата в четырех ситуациях: 1) если широк выбор возможных вариантов терапии и при их осуществлении важное значение имеет сотрудничество пациента и врача; 2) если большую роль при приеме препаратов играет учет субъективных симптомов, например

при депрессии; 3) при наличии у препаратов побочных эффектов, на которые жалуется больной; 4) в тех случаях, когда целью лечения является улучшение качества жизни, например при импотенции.

Давление пациента на врача с целью выписать определенный рецепт наблюдается, как правило, в тех ситуациях, когда лечение оказывается неэффективным. Причем эта неэффективность может быть не истинным отсутствием результата лечения, а лишь отражением в сознании больного реальных результатов лечения и его представлений о том, каковыми эти результаты должны быть.

Важным фактором поведения пациентов на Rx-рынке является самолечение с использованием рецептурных препаратов.

Традиционно считалось, что больные не должны принимать участие в выборе препаратов на Rx-рынке. Роль пациентов в выборе рецептурных препаратов подверглась серьезной переоценке в 90-х годах прошлого века. При этом реализация стратегии, обеспечивающей участие больных в выборе препаратов, осуществлялась с помощью так называемого DTC-маркетинга (сокращение английских слов – *direct-to-consumer marketing*, т. е. маркетинг, прямо направленный на потребителя). Идеология этой системы, практикуемой преимущественно в Америке, состоит в том, чтобы максимально широко и открыто обеспечить потребителя информацией о свойствах лекарственных препаратов, поскольку они являются одними из наиболее важных для него продуктов. Вместе с тем потребитель не обладает знаниями об этих лекарствах и лишь в незначительной степени может осуществлять контроль над их выбором. Он не знает, почему ему был назначен данный препарат и является ли он наиболее эффективным и безопасным при его заболевании. Получив необходимую информацию о препаратах, потребитель может более осмысленно относиться к рекомендациям врача, в частности настаивая на использовании самых современных или, наоборот, не самых современных, но проверенных временем и недорогих препаратов. Современное американское законодательство (в отличие от российского или европейского) разрешает рекламу рецептурных препаратов в средствах массовой информации. Отпуск же рецептурных лекарств в аптеках осуществляется строго по рецептам, и, следовательно, поддавшийся чарам рекламы потребитель не может без согласия врача приобрести ненужный ему Rx-препарат.

Отношение к DTC-маркетингу в мире неоднозначно. Положительными сторонами его считают то, что он способствует медицинскому просвещению пациентов, улучшает понимание пациентом сущности терапии его заболевания, формирует ответственное отношение пациента

к собственному здоровью. Отрицательными последствиями DTC-маркетинга, по мнению многих, является то, что он:

- провоцирует неквалифицированное давление на врачей со стороны пациентов;
- вызывает неоправданно завышенные ожидания действенности лекарств (в рекламе все выглядит лучше, чем в жизни);
- создает у пациентов иллюзию понимания сущности заболевания и принципов действия лекарственных средств, тогда как на самом деле знакомит их лишь с грубо упрощенной схемой того и другого;
- увеличивает стоимость лекарств в силу огромных расходов на массовую рекламу.

Результатом использования DTC-маркетинга в ряде стран явилось то, что он показал потенциал роста рынка при воздействии на пациента. Последнее десятилетие фармацевтический рынок США рос в несколько раз быстрее рынков других развитых стран. И эксперты связывают это именно с распространением в Америке DTC-маркетинга.

3.4. Источники финансирования приобретения рецептурных препаратов в России

Централизованная потребность страны в медикаментах финансируется за счет государственного заказа. Он формируется на основе Федерального закона № 2859-1 от 28.05.1992 «О поставках продукции и товаров для государственных нужд» и приказов Минздрава РФ, конкретизирующих объем заказа на текущий год.

Первым источником финансирования рецептурного рынка является государственный заказ, который подразделяется на закупки медикаментов для общегосударственных и региональных нужд:

1) на федеральном уровне он призван обеспечить медикаментами нужды армии; потребность в лекарствах по линии министерства по чрезвычайным ситуациям; запросы больниц и клиник центрального подчинения; а также должен поддерживать на должном уровне государственные резервы;

2) на региональном уровне государственный заказ в основном определяется потребностями лечебных учреждений, находящихся на бюджетном финансировании. За счет местных бюджетов также финансируется оплата льготных рецептов при амбулаторном лечении.

Вторым источником является финансирование за счет средств Фонда обязательного медицинского страхования (ОМС). Отчисления в Федеральный фонд ОМС по действующему законодательству вносятся работодателями и установлены в размере 5,1 % от фонда оплаты труда.

Фонд ОМС оплачивает медикаменты, используемые при лечении в стационарах, а также при оказании скорой и неотложной помощи. За медицинские услуги, оказываемые неработающему населению, платят местные органы самоуправления. Так, например, на территории Томской области действует Закон Томской области от 05.06.2008 № 102-03 «Об обеспечении лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения отдельных категорий граждан, проживающих на территории Томской области», согласно которому установлены расходные обязательства областного бюджета в части обеспечения лекарственными средствами отдельных групп населения с определенными категориями заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются бесплатно.

В соответствии с этим законом издано Постановление Администрации Томской области от 25.12.2013 № 572а «Об утверждении областной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи на территории Томской области на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов». Пункт 7 этого постановления, приведенный ниже, определяет правила оказания бесплатной медицинской помощи на территории Томской области:

При оказании в рамках Программы медицинской помощи при стоматологических заболеваниях в амбулаторных условиях, первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в формулярный перечень лекарственных препаратов и медицинских изделий, необходимых для оказания медицинской помощи, включая перечень лекарственных препаратов, инструментов, расходных материалов и медицинских изделий для оказания медицинской помощи при стоматологических заболеваниях в амбулаторных условиях, согласно приложению № 1 к настоящей Программе.

Назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий, не входящих в формулярный перечень лекарственных препаратов и медицинских изделий, необходимых для оказания медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии медицинской организации.

Лекарственное обеспечение граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, специализированными продуктами лечебного питания производится в пределах перечня лекарственных препаратов, в том числе назначаемых по решению врачебной комиссии медицинских организаций, обеспечение которыми осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи по рецептам врача (фельдшера) при оказании государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, утвержденного Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 18.09.2006 № 665 «Об утверждении Перечня лекарственных препаратов, в том числе перечня лекарственных препаратов, назначаемых по решению врачебной комиссии лечебно-профилактических учреждений, обеспечение которыми осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи по рецептам врача (фельдшера) при оказании государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг».

Обеспечение лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения граждан, страдающих заболеваниями или относящихся к группам населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей (фельдшеров) бесплатно за счет средств областного бюджета, осуществляется в соответствии с постановлением Администрации Томской области от 11.07.2011 № 206а «О бесплатном обеспечении лекарственными средствами отдельных категорий граждан, проживающих на территории Томской области» в пределах перечня лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, утвержденного приложением № 2 к Программе.

Организация обеспечения граждан лекарственными препаратами для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, утвержденный Постановлением Правительства Российской Федерации от 26.04.2012 № 403 «О порядке ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и его регионального сегмента», осуществляется за счет средств областного бюджета в соответствии с Законом Томской области от 5 июня 2008 года № 102-03 «Об обеспечении лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения отдельных категорий граждан, проживающих на территории Томской области».

В соответствии с этим постановлением определены размеры расходов по четырем основным категориям медицинской помощи: стационарной, амбулаторной, стационарзамещающей и скорой медицинской помощи. Основные затраты при этом приходятся на две статьи расходов: «Оплата труда с начислениями» и «Медикаменты, перевязочные средства и прочие лечебные расходы».

Механизм же влияния регуляторно-финансирующих органов на выбор рецептурного препарата во всех случаях примерно одинаков. Кардинальным фактором этого воздействия является, бесспорно, оплата лекарственных средств. То, какие препараты будут оплачиваться за счет бюджетных или страховых средств (т. е. доставаться пациенту даром), имеет огромное значение для Rx-рынка.

Так, в ряде стран пациент с согласия врача имеет право замены рекомендуемых финансирующими органами препаратов на более дорогие (например, на приобретение оригинального препарата вместо дженерика) с доплатой разницы в цене из собственного кармана. Опыт этих стран показывает, что пациенты соглашались на доплату даже сравнительно небольших сумм лишь в редчайших случаях. Иными словами, возможность «бесплатного» получения лекарств – настолько существенный фактор, что препарат, оплачиваемый финансирующими органами, приобретает многократно более высокие шансы быть выбранным, чем препарат, в схему такой оплаты не включенный. В России в периоды наиболее острой нехватки средств в местных бюджетах, когда оплата льготных рецептов фактически прекращалась, сбыт многих рецептурных препаратов резко сокращался. Напротив, улучшение состояния бюджетов и выделяемых на закупки препаратов средств служит предпосылкой расширения продаж лекарственных препаратов.

Оплата является лишь финальным актом воздействия регуляторно-финансирующих органов на процесс выбора рецептурного препарата. Ключевым моментом выступает процедура включения конкретных ЛС в соответствующие формуляры. Фактором же выбора выступают стандарты лечения (стандарты фармакотерапии), устанавливаемые самими финансирующими органами (с учетом мнения специалистов, разумеется) или при их решающем участии. При этом врач, назначающий препарат, обязан руководствоваться более или менее жесткой системой, предписывающей использовать в каждой конкретной ситуации строго определенный набор лекарств.

Добиться включения своего препарата в стандарт лечения фирма может в основном через три канала:

- работа с опинион-лидерами,

- взаимодействие с экономическими подразделениями финансирующих органов;

- создание общественного мнения (т. е. методами PR).

Процедура создания будущего стандарта неизбежно предполагает выработку его проекта узкой группой авторитетных специалистов. Это объективно делает центральными фигурами стандартизации опинион-лидеров соответствующих областей медицинской науки. В таких условиях мнение авторитетного ученого часто способно повлиять на включение (или невключение) препарата в формуляры, в списки ЖНВЛС, списки лекарств, отпускаемых по льготным рецептам, и т. п. К тому же в нашей стране существуют так называемые официальные, или формальные, опинион-лидеры, т. е. персоны, по своему служебному положению обладающие большим научно-административным авторитетом в регуляторных кругах. Соответственно, и работа с ними становится важной маркетинговой задачей фармацевтических компаний.

В таких условиях, конечно, возможно «проталкивание» через официальных опинион-лидеров своих препаратов вне зависимости от реальных достоинств этих средств. Однако в таких сферах, как медицинские стандарты, где конечный результат виден всем и доступен для критики со стороны широких групп медиков, нечестный успех может иметь лишь временный характер. Производителю куда важнее предоставить в распоряжение опинион-лидера неоспоримую доказательную информацию о преимуществах своего препарата, чтобы сделать его убежденным сторонником этого средства.

Кроме опинион-лидеров в выработке стандартов всегда участвуют лица, ответственные за финансовую сторону дела. С ними также необходимо вести работу, поскольку именно они в большей степени, чем медики, склонны прислушиваться к экономическим аргументам.

Наконец, не следует пренебрегать связями с общественностью. В истории фармацевтического маркетинга немало историй «недооцениваемых болезней». Успех к препарату, решающему соответствующую проблему, приходил только тогда, когда она начинала вызывать общественную озабоченность.

Система стандартов не может существовать без контроля эффективности терапии. В этом аспекте особая роль должна принадлежать страховой медицине. Дело в том, что страховая компания или государственный страховой фонд получают свои доходы в виде сравнительно стабильного потока обязательных платежей. Расходная же сторона их деятельности зависит от уровня заболеваемости. Повысить свою прибыль (разность доходов и расходов) финансирующий орган может,

только снизив заболеваемость. А она зависит от качества медицинского обслуживания.

Финансирующий орган, в отличие от рядового пациента, располагает куда более действенными средствами. В его распоряжении имеется штат квалифицированных экспертов, способных оценить правильность действий врача. Фактически страховая медицина – это способ восстановления единства функций потребителя на Rx-рынке. Действительно, страховая компания заинтересована:

- в минимизации расходов на оплату лечения, в том числе и медикаментозного;
- высоком качестве лечения, т. к. недолеченный больной потребует новых расходов;
- квалифицированном контроле правильности терапии (правильном выборе медикамента).

Таким образом, у страховой компании в принципе есть как мотивы, так и возможности добиваться эффективной фармакотерапии, т. е. достижения наибольшего результата ценой наименьшей затраты средств. Описывая гармонично действующую систему страховой медицины, нужно сделать оговорку, что так обстоят дела, только если она хорошо отлажена. Реально существующая в России система страховой медицины этому требованию пока отвечает не полностью. В частности, плохо работает система контроля качества медицинской помощи населению.

Вместе с тем не следует воспринимать восстановление единства функций потребителя на Rx-рынке средствами страховой медицины как абстрактный, недостижимый идеал. Во многих странах мира (в частности, в США) страховые компании превратились в важнейших игроков на субрынке рецептурных препаратов. Сосредоточив в своих руках большую часть средств, идущих на оплату медицинских услуг и медикаментов, они оказались способными говорить с позиции силы как с ЛПУ, так и с поставщиками лекарств. Жесткие требования к качеству медицинского обслуживания и ценам на препараты, выдвигаемые именно страховыми компаниями, стали повседневной практикой. А задача обеспечения соответствия характеристик предлагаемых препаратов и их цен этим требованиям превратилась в важнейшую маркетинговую задачу фирм-производителей. Несколько в иной форме (большая роль государства и, следовательно, некоммерческих начал) сходные процессы идут в ЕС. В частности, в Германии важнейшим субъектом Rx-рынка стали «больничные кассы».

3.5. Институциональные аптеки и институциональный маркетинг

Институциональные аптеки представляют собой внутренние аптеки лечебных учреждений. Они являются вторым по численности и обороту типом аптек. В большинстве случаев эти аптеки обслуживают клиентов в стационарах (больницах), а также в специализированных местах жительства (домах престарелых и инвалидов), терминальных больных (хосписы). В этой группе аптек доминируют больничные аптеки. Расположенные на территории больниц, они, как правило, обслуживают только пациентов стационара, хотя иногда пользование их услугами допускается и для амбулаторных больных. Например, некоторые аптеки обслуживают тех, кто недавно выписался из больницы или чье здоровье требует продолжения наблюдения со стороны врачей данного стационара. Чаще всего больничные аптеки являются частью больницы и управляются ею. В США и ряде зарубежных стран существует другой тип институциональных аптек, которые не располагаются на территории учреждений здравоохранения, но обслуживают 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 состава этих аптек и образовали независимый тип учреждений, 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). 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 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.

Договариваясь о цене, больничные аптеки часто действуют не в одиночку а объединяются в группы принятия решения о закупке. 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 (способность влиять на продавца с целью предоставления скидок или иных условий закупки товара, выгодных для покупателя) для получения больших скидок у поставщиков продукции.

Институциональный (больничный) маркетинг. Вопреки экономической и функциональной логике, производители традиционно продавали препараты непосредственно больницам (институциональным аптекам). Больничные аптеки также предпочитали закупать 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).

Основной дефект системы состоял в том, что, с одной стороны, производитель, располагая небольшим ассортиментом, вынужден был иметь дело с небольшими по объему заказами большого числа лечебных учреждений. Больница же должна была для поддержания ассортимента необходимых ей лекарственных препаратов заключать огромное количество контрактов с разными производителями.

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 по причине длительности обработки заказов (обычно от четырех до восьми дней) больницы были вынуждены вкладывать тысячи долларов в «буферные» запасы препаратов на складе. Из-за этого 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.

Для обслуживания больничных аптек производители лекарств были вынуждены вести массу отдельных счетов и осуществлять тысячи мелких заказов. Им приходилось выписывать, отправлять по почте и отслеживать еще больше счетов, отчетов и напоминаний об оплате и т. д.

Оценивая эту ситуацию, которая практически никого не устраивала, оптовые дистрибуторы предложили способ улучшить положение как

больничных аптек, так и производителей. При этом сформировалось новое дело, а дистрибьюторы получили свою долю рынка. Основой этого решения является тот факт, что дистрибьютор, имея контакты с большим количеством аптек, может закупать у производителя большую партию определенного лекарственного средства. Таким образом, взаимодействие оптовика и производителя имеет более рациональный вид по сравнению с отношением производителя и больничных аптек. При этом следующее звено – взаимодействие оптовика и аптеки – также оказывается в существенной мере более рациональным: аптека по-прежнему приобретает каждый из медикаментов в небольшом количестве, однако перечень этих медикаментов оказывается существенным. Возникшая при этом 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. Далее, если предложение принято, «контракт» передается «ведущему» дистрибутору, который затем осуществляет поставку по оговоренной цене с добавлением платы за его услуги.

Таким образом, основа деловых взаимоотношений между больничной аптекой и производителем осталась неизменной. 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). Больницы приобрели возможность быстрее получать услуги (в течение ночи или нескольких часов) более высокого качества (большее 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 технический прием, обозначаемый термином *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, которая является разновидностью скидок. Дистрибуторы продолжали покупать препара-

ты 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.

Для большей наглядности разберем пример. Представим, что дистрибутор закупил некий препарат «А» по цене 200 руб. за упаковку. В свою очередь, производитель имеет контракт на продажу этого препарата закупочной группе местной больницы по цене 100 руб. за упаковку. Представим, что больничная аптека делает заказ на закупку стандарта препарата «А» у нашего дистрибутора. Он удостоверяется, что больничная аптека является членом местной группы больничных закупок, для которой установлена цена 100 руб. за упаковку. Продажа производится по цене 80 руб. с добавлением оплаты услуг дистрибутора (размер которой определяется во время переговоров между больничной аптекой и дистрибутором). При этом дистрибутор испытывает недостачу в 100 руб., возникшую в результате вычитания 100 руб. из 200. Эту сумму компания дистрибутора получает в виде обратного платежа от производителя.

3.6. Взаимосвязь ОТС- и Rx-рынков

Главной особенностью фармацевтического рынка является тот факт, что в его структуре 80 % от общего объема в денежном выражении составляют аптечные продажи, и лишь пятая часть приходится на долю госпитальных продаж. Причем в системе лекарственного обеспечения основная роль принадлежит дистрибуторскому сектору, который обеспечивает медикаментами весь розничный рынок, а также значительную часть лекарственных средств больничного отпуска. При этом конкуренция между дистрибуторами в сегменте аптечных поставок очень велика. В этой ситуации принципиальным оказывается вопрос гибкого маневрирования рыночными технологиями, в первую очередь законами ОТС- и Rx-рынков.

Основой разделения фармацевтического рынка на ОТС- и Rx-субрынки являются свойства препаратов, преимущественно с точки зрения безопасности их использования неквалифицированным субъектом. Определенное значение могут иметь также способы их применения, заболевания, для лечения которых используются данные препараты, дозировки, контингенты больных, для лечения которых данные препараты используются, и т. д.

Основными свойствами безрецептурных препаратов являются: низкий уровень токсичности (высокая степень безопасности), хорошая изученность препарата и большой опыт его применения, в том числе при самостоятельном использовании пациентами.

Рецептурные препараты могут оказать негативное влияние на здоровье пациента даже при их правильном применении, что связано с их токсичностью, вмешательством в жизненно важные процессы, взаимодействием с другими препаратами, а также вызываемыми ими побочными реакциями. Большое значение имеет опасность формирования зависимости. При этом трактовка термина «зависимость» в данном случае существенно шире той, в какой его понимают, говоря о наркотических препаратах. Дело в том, что использование любых препаратов с рецепторным механизмом действия приводит к изменению пула рецепторов, на которые действует данный препарат. Направление этого изменения прямо противоположно тому, в котором данный препарат действует на специфичную ему рецепторную систему. В результате после прекращения приема препарата у больного развивается реакция, характеризующаяся ухудшением его состояния с усугублением симптомов, на устранение которых было направлено действие препарата, а порой и возникновением качественно новых симптомов или состояний, отсутствовавших у пациента прежде. Существует также понятие непрямо́й угрозы, когда необоснованно широкое применение лекарственного препарата повышает риск развития устойчивости к нему. Как правило, все новые препараты на рынке в течение первых пяти лет относятся к рецептурным. К ним же относят препараты для парентерального введения. Назначить рецептурный препарат может только врач, профессионально и точно оценивающий ожидаемый лечебный эффект и возможный риск для пациента.

Несмотря на отдельность OTC- и Rx-рынков, они сосуществуют в тесной взаимосвязи. Эта взаимосвязь сводится в основном к четырем основным процессам.

1. Перевод препарата из категории рецептурных средств в безрецептурные. Этот шаг, во-первых, позволяет существенно расширить сбыт препарата за счет появившейся возможности его рекламы, но главным образом за счет самомедикации. Как только при покупке препарата исчезает необходимость предъявления рецепта, это существенно облегчает или усиливает мотивацию к его использованию. Это связано в первую очередь с тем, что приобретение лекарства существенно упрощается — не надо идти на прием к врачу и брать рецепт. А что и как нужно делать с препаратом, больной с хроническим заболеванием хорошо знает из предыдущего опыта лечения своей патологии.

Во-вторых, это создает возможность создания брэнда. Даже самые эффективные рецептурные препараты по определению используются только по соответствующему назначению. Они не могут быть популярными, поскольку используются только тогда, когда нужны, и не применяются в случае отсутствия такой необходимости. Единственный критерий их выбора – эффективность или бóльшая эффективность при данной патологии. Иное дело ОТС-препараты. Распространяющиеся традиции поддерживать здоровый образ жизни, правильно питаться, использовать средства для профилактики основных заболеваний предполагает самолечение в большом объеме. В этом случае люди чаще обращаются к рекламе, поэтому при правильном позиционировании и хорошей рекламной поддержке возможность формирования брэнда резко повышается.

Особенно это касается препаратов, обладающих высоким рекламным потенциалом. К таким препаратам относятся средства, которые могут быть использованы при часто встречающихся симптомах заболеваний (головная боль, зуд кожи ступней ног и т. п.). Такие лекарства сильно выигрывают при продвижении методами массовой рекламы. Классическим примером использования высокого рекламного потенциала может служить «Нурофен», который, в отличие от своего рецептурного прототипа «Бруфена», был выведен на ОТС-рынок не в качестве нестероидного противовоспалительного средства, а как болеутоляющее.

В-третьих, перевод препарата в ОТС-сектор рынка позволяет продлить жизненный цикл препарата. При этом, с одной стороны, имеются достаточные гарантии безопасности лекарственного средства (если оно действительно безопасно), обусловленные его длительным применением в рецептурном режиме отпуска. С другой стороны, средство успело снискать себе добрую славу в процессе предыдущего использования, и, с третьей, – облегчение приобретения препарата способствует увеличению объема продаж, что и служит основным средством продления его жизненного цикла.

Перевод рецептурных препаратов в режим безрецептурного обращения является широко распространенной в мире практикой. Среди 20 наиболее продаваемых в ЕС ОТС-препаратов 5 первоначально были рецептурными (это «Отривин», «Нурофен», «Никотинелл», «Никоретте», «Имодиум» – почти все они широко известны как безрецептурные препараты и в России). На американском рынке таких препаратов еще больше – 8 из 20 лидеров продаж.

Для перевода препарата на ОТС-рынок должны существовать некие предпосылки. Прежде всего это наличие явных и легко понимаемых неспециалистом преимуществ по сравнению с уже присутствующими

на ОТС-рынке препаратами; возможность использования имеющегося реноме препарата, приобретенного на рецептурном рынке; простые схемы применения; отсутствие опасности ошибочной самодиагностики заболевания профессионально неподготовленным человеком и серьезных побочных эффектов.

Вывод препарата на ОТС-рынок может иметь и отрицательные последствия:

а) фирмы, имеющие дело с рецептурными препаратами, не имеют необходимых навыков работы на безрецептурном рынке и не владеют необходимыми маркетинговыми технологиями (например, работы со СМИ при организации массовой рекламы), а также соответствующей инфраструктурой и каналами распределения. Для таких компаний попытка выхода на ОТС-рынок может обернуться провалом;

б) существенное значение может иметь проблема «канныализма», т. е. вытеснения безрецептурным препаратом своего рецептурного прототипа. В той или иной степени эта проблема сопровождает почти любой перевод препарата на ОТС-рынок. Перевод может считаться оправданным, если суммарная прибыль от продаж рецептурной и безрецептурной версий препарата заметно превышает ту, которую приносил рецептурный препарат;

в) утрата режима выписки по льготным рецептам. Если рецептурный препарат широко выписывается по льготным рецептам (т. е. достается пациенту даром), то велика опасность резкого сужения рынка, когда за его безрецептурный аналог пациенту придется платить самому;

г) высокие затраты, связанные с выходом на ОТС-рынок. Поскольку выход на ОТС-рынок сопряжен с большими затратами, что обусловлено необходимостью массивной рекламной поддержки, он неоправдан, если ожидаемый объем спроса невелик.

Вывод препарата на безрецептурный рынок вовсе не означает отсутствие необходимости работы с врачами. Перевод рецептурных препаратов в режим безрецептурного обращения представляет собой привлекательный, но отнюдь не беспроблемный вариант продвижения лекарственного средства.

Не секрет, что на нашем рынке присутствует достаточно большое количество низкопробной продукции. Особенно это касается рынка БАДов. При этом агрессивная реклама способна внедрить на рынок откровенно плохой продукт, в то время как действительно качественные препараты остаются в тени. В этих условиях успешное продвижение может быть достигнуто только благодаря настойчивой и грамотной работе с врачами и фармацевтами.

2. Адьювантная терапия. Речь идет о препаратах, воздействие которых на организм носит вспомогательный характер. Таковыми, например, являются поливитаминные препараты, назначаемые при воспалительных и некоторых других заболеваниях, например отхаркивающие и смягчительные средства при заболеваниях дыхательной системы и т. д. Это часто мягкодействующие растительные препараты. В ряде случаев адьювантная терапия назначается в период ремиссии для поддержания состояния достигнутого применением сильнодействующего рецептурного препарата или для ослабления его побочного действия. Примером такого адьювантного лечения может служить использование гемостимуляторов после проведенного курса химиотерапии опухолевого заболевания для лечения анемии, вызванной лечением цитостатиком. При этом используются препараты ОТС-субрынка, однако их применение предписывается врачом. Адьювантная терапия во многих случаях используется, чтобы заменить многокомпонентные лекарственные препараты. В последние десятилетия в мире наметилась тенденция отказа от использования многокомпонентных лекарств в связи с тем, что такие средства нужны не всем больным. При этом значение адьювантной терапии существенно возросло.

Важнейшее маркетинговое отличие адьювантной терапии от других случаев применения безрецептурных препаратов состоит в пассивности пациента при принятии решения об их использовании и, более того, в его неосведомленности о том, что ему вообще нужны какие-либо ОТС-препараты. В самом деле, пациент обычно не знает, в каких случаях использование антибиотиков должно сопровождаться приемом витаминных препаратов и когда вдобавок нужны антигистаминные средства. Подобные назначения являются функцией врача, поэтому здесь действуют законы рецептурного рынка, и эффективное продвижение возможно только с использованием приемов классического Rx-маркетинга — медпредставителей, опинион-лидеров, клинических испытаний. Эффективность воздействия на врачей особенно велика в России. В условиях перегруженности работой, короткого промежутка времени, выделяемого нормативом для контакта с одним больным, врачи часто упускают из вида необходимость назначения дополнительных препаратов. При этом, поскольку в одном и том же случае в качестве адьювантной терапии могут быть использованы различные препараты ОТС-рынка, врач обладает довольно значительной свободой выбора, вследствие этого воздействие на него средствами продвижения Rx-рынка может быть весьма эффективным.

3. Одновременное применение методов рецептурного и безрецептурного отпуска. При этом производитель, кроме собственного ре-

цептурного варианта, разрабатывает более низкую по сравнению с оригинальным рецептурным препаратом дозировку и регистрирует ее в качестве ОТС-средства, часто ориентированного на определенную целевую группу с очень простым вариантом назначения. Основанием для перевода средства в разряд ОТС-препарата при этом является возможность длительного безопасного применения безрецептурного аналога. Как правило, этот вариант препарата выпускает только компания-оригинатор (разработчик), что является для нее дополнительной возможностью управлять жизненным циклом продукта. Так, компания Boots, разработавшая в 1962 г. препарат «Бруфен» (ибупрофен, таблетки по 0,6), зарегистрировала его в качестве рецептурного препарата, предназначавшегося для лечения ревматоидного артрита, деформирующего остеоартроза, анкилозирующего спондилита и при различных формах суставных и внесуставных ревматоидных заболеваний, а также болевого синдрома при воспалительных поражениях периферической нервной системы. В 1983 г. в Великобритании по инициативе этой же компании ибупрофен в более низкой дозировке (таблетки по 0,2) под торговым названием «Нурофен» впервые получил статус безрецептурного препарата для лечения болевого синдрома любой этиологии. Успех «Нурофена» был поистине потрясающий – уже к концу 1985 г. более 100 миллионов человек применяли этот препарат. Компания таким образом расширила спектр применения данного препарата и открыла себе прямой доступ к целевой группе конечного потребителя DTC-рекламы. Кроме того, если в других сегментах фармацевтического рынка (госпитальные закупки, амбулаторное обеспечение лекарствами) ценообразование находится под пристальным вниманием государства и подвергается жесткому регулированию, то на рынке ОТС цены формируются свободно, в зависимости от спроса, предложения и конкуренции.

Подобные шаги доступны только крупным компаниям, так как требуют хорошо отлаженной маркетинговой службы. Немногие способны продвигать одновременно и ОТС-, и Rx-препараты – необходимо быстро переключаться, мыслить и действовать одновременно в двух плоскостях.

4. Отпуск рецептурных препаратов в безрецептурном режиме. Применительно к России проблема взаимосвязи ОТС- и Rx-рынков имеет и еще один важный аспект. Как известно, в нашей стране в режиме свободной продажи обращается и большинство рецептурных лекарств (на практике в аптеке без рецепта нельзя купить только наркотические, психотропные и сильнодействующие лекарства). На этом сегменте юридически рецептурных, а фактически безрецептурных препаратов соединяются проблемы обоих (Rx и ОТС) рынков. Рядовому по-

ребителю часто не хватает компетентности, чтобы грамотно помочь себе при изжоге или простуде. Однако в безрецептурном отпуске в описываемой ситуации оказываются препараты для лечения ишемической болезни сердца или почечной недостаточности.

Кроме опасности, которую несет больному самолечение, свободная продажа существенно снижает эффективность продвижения препарата фармацевтическими компаниями методом работы с врачами. Поскольку обращаемость больных к врачам снижается, уменьшается возможность влиять на продажи препарата по этому каналу. Это в свою очередь, усиливает стремление у фармацевтических производителей осуществлять DTC-рекламу рецептурных препаратов.

Нарушение закона о рекламе в этом случае на самом деле, кроме всего прочего, сопряжено со снижением эффективности маркетинга. Запрет на рекламу рецептурных препаратов в СМИ, существующий во многих странах, обусловлен тем, что использование рецептурного препарата в режиме самолечения неизбежно приводит к многочисленным ошибкам. При этом отрицательные последствия этих ошибок и неэффективность препарата отрицательно сказываются на его репутации.

Поэтому более дальновидные фирмы, даже при реально свободном отпуске своих рецептурных препаратов, продвигают их исключительно через врачей, уделяя, однако, особое внимание укреплению связи «врач-пациент». Одна из аптечных сетей Челябинска, например, дает скидки даже по обычным (нельготным) рецептам, тем самым стимулируя обращения к врачу. Собственная выгода аптечной сети состоит в том, что работать с врачами (в частности, продвигать через них новые рецептурные препараты) ей проще, чем на грани нарушения закона пытаться агитировать население.

3.7. Формирование и реализация фармацевтического проекта

Процесс разработки новых препаратов для лечения любого из существующих заболеваний – это дорогостоящий и длительный процесс, результат которого трудно предсказать заранее. Этот процесс объединяет в себе многочисленные этапы, конечным итогом которых должен стать вывод нового препарата на рынок. Среди основных этапов можно перечислить следующие: открытие и синтез новой молекулы, доклинические испытания (химические испытания, биологические испытания, изучение фармакологических свойств молекулы, токсикологии и безопасности и др.), клинические испытания, разработка нормативной до-

кументации по новому препарату, разработка маркетинговых подходов для вывода препарата на рынок и пост-маркетинговые мероприятия.

Каждый из упомянутых этапов можно детализировать еще больше. Так, процесс открытия новых молекул включает в себя исследование по следующим направлениям: идентификация мишени воздействия нового препарата, определение оптимальной мишени для воздействия новой молекулы (валидация мишени), проведение отбора молекул с наиболее оптимальными свойствами (поиск молекулы-лидера) и проведение оптимизации свойств и характеристик молекулы-кандидата. На каждом из этих этапов используется большой перечень методических приемов и приборов самого передового уровня современной науки.

Результатом такой разработки является оригинальное лекарственное средство, которое, согласно определению, данному в Федеральном законе N 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», содержит впервые полученную фармацевтическую субстанцию или новую комбинацию фармацевтических субстанций, эффективность и безопасность которых подтверждены результатами доклинических исследований лекарственных средств и клинических исследований лекарственных препаратов.

На данный момент средняя стоимость всех фаз разработки новых лекарственных препаратов от стадии доклинических исследований до успешного маркетинга, согласно разным источникам, оценивается от 800 до 1000 и более млн долл. в течение 15 лет. При этом ежегодный рост финансовых вложений (инвестиций) в сферу разработки и внедрения (R&D (от англ. *Research and Development*) или НИОКР (научно-исследовательские и опытно-конструкторские разработки)) наблюдается в размере около 13 %.

Высокая стоимость разработки лекарственных препаратов связана с тем, что фармацевтические компании должны осуществлять крупные инвестиции в R&D (НИОКР) в течение длительного периода времени и финансировать фундаментальные исследования, которые чаще проводятся в сторонних научно-исследовательских организациях за пределами самих фармацевтических компаний. В этой связи фармацевтическая отрасль имеет один из самых высоких показателей расходов на исследования по отношению к доходам от продаж. При этом на ранних этапах разработки препарата финансовые потоки отрицательны, что не предполагает скорую окупаемость вложений. Любое улучшение или оптимизация этапов процесса разработки, которое могло бы привести к сокращению сроков или материальных затрат инвестора, снижает не только итоговую стоимость разработки, но и ускоряет выход нового лекарственного средства на рынок розничных продаж.

При осуществлении проектов по разработке новых лекарственных препаратов компания-разработчик несет огромные финансовые затраты, и для достижения коммерческого успеха ей жизненно необходимо верно расставлять приоритеты при распределении ресурсов. Помимо этого фармацевтическая компания должна адекватно реагировать на изменение рынка и поведение конкурентов. Основной задачей маркетологов в данной ситуации становится приложение всех усилий для того, чтобы довести до потенциального покупателя новый препарат в качестве конечного продукта проекта компании-разработчика в нужное время и в нужном месте. При этом должны быть учтены точки зрения как фармацевтической компании, так и потенциальных пользователей нового лекарственного средства, мода, влияние рынка, и т. д.

В этой связи особую важность для перспектив проекта по разработке нового препарата играет тесное и эффективное взаимодействие разработчиков и специалистов по маркетингу. Главным компонентом процесса разработки нового препарата является взаимосвязь фундаментальных исследований при изучении биологических свойств новой молекулы с маркетингом, который определяет наиболее успешный сценарий продвижения разработки и обоснованного распределения необходимых для этого ресурсов.

По этой причине многие фармацевтические компании считают необходимым комплектовать отделы маркетинга менеджерами по новым продуктам для осуществления тесной взаимосвязи между маркетинговым и исследовательским подразделениями в ходе разработки новых препаратов на уровне управления проектом. Для таких специалистов важным объектом деятельности являются новые проекты, близкие к этапу формирования заявки на регистрацию в качестве лекарственного средства. Они разрабатывают маркетинговую стратегию и распределяют ресурсы оптимальным образом, в соответствии с планами компании.

В целом основной функцией подобных отделов фармацевтических компаний является управление развитием существующих и новых фармацевтических препаратов как отдельным направлением бизнеса с учетом потребностей и возможностей рынка. Методы планирования исследований по новым проектам в разных компаниях различны, но в основном сосредоточены на распределении ресурсов, выборе направлений исследовательской деятельности, мониторинге и корректировке текущего состояния проекта по результатам проведенных маркетинговых исследований предполагаемого сектора рынка для нового препарата. Именно в процессе маркетинговых исследований происходит сбор, обобщение и анализ всех данных о рынке, поведения покупателей, ре-

зультатов, достигнутых разработчиками, и только таким способом может быть достигнут максимально благоприятный результат проекта разработки лекарственного препарата и его позиционирования на розничном рынке продаж.

Более высокую скорость разработки лекарственных препаратов можно расценивать как конкурентное преимущество фармацевтической компании. В этой связи менеджеры проектов по разработке новых лекарственных веществ должны иметь детальное представление о процессе создания препарата как о ряде взаимосвязанных задач с целью выведения нового лекарственного вещества на рынок. Этот ряд состоит из доклинических и клинических испытаний, предрегистрационных исследований и регистрации препарата (подача заявки на регистрацию нового препарата). Задачей менеджеров маркетинговых исследований является подключение к процессу разработки препарата на самых ранних этапах и, оперируя результатами как непосредственно маркетинговых исследований, так и результатами НИОКР, корректировка развития проекта разработки нового препарата в интерактивном режиме.

Одним из самых критичных этапов разработки препарата является отбор ценных молекулярных соединений. На этом этапе проводятся фундаментальные и прикладные исследования по идентификации и синтезу новых физиологически активных веществ, обычно называемых «соединениями-лидерами» (*lead-compound*). Соединение-лидер – это своего рода структурный прототип будущего лекарства, т. е. соединение, обладающее определенной физиологической активностью, на базе которого и будет создаваться лекарство.

Соединение-лидер может быть найдено случайно, но чаще оно является результатом поиска, основанного на систематическом тестировании («скрининге») различных веществ на активность. Выделяют два вида скрининга: а) исследование в одном биологическом тесте достаточно широкого спектра соединений; б) изучение нескольких соединений с оригинальной структурой на многих биологических тестах. Это высокозатратные и трудоемкие методы, что сильно ограничивает полную проверку огромного набора органических веществ, обладающих каким-либо потенциалом.

Результатом скрининга ожидаемо является нахождение соединения, проявляющего физиологическую активность. В этом случае используется термин *hit-compound*, означающий своего рода «попадание в цель». Впоследствии проводится тестирование круга соединений со сходной структурой, из которых затем и выбирается соединение-лидер. На этом этапе широко используется метод так называемого тотального скрининга. Тотальный (*through put*), или сплошной, скрининг получил

распространение с развитием компьютерной и робототехники. Данный метод представляет собой одновременный автоматизированный и миниатюризованный анализ *in vitro* нескольких сотен и даже тысяч соединений в 30–50 биологических тестах.

Основным результатом скрининга является выбор нового химического соединения в качестве наиболее перспективного из множества имеющихся потенциальных кандидатов и переход в следующую стадию разработки. Только 5 из 5000 веществ, рассматриваемых в ходе доклинических испытаний, утверждаются для тестирования на людях в клинических испытаниях.

Следующая стадия заключается в оптимизации и модификации структуры соединения-лидера с целью повышения его активности, уменьшения токсичности и улучшения селективности действия. На этой стадии создания лекарственных препаратов может быть изменена структура молекулы, что должно приводить к лучшему соответствию между молекулой и ее мишенью в организме, например ферментом или рецептором. Подобные подходы нередко включают в себя также синтез структурных аналогов соединения-лидера.

После того как структура молекулы-кандидата будет оптимизирована, запускается следующая стадия разработки лекарственного препарата, которая включает в себя улучшение его фармацевтических и фармакокинетических свойств так, чтобы сделать препарат удобным для клинического использования (например, повысить его растворимость в воде, химическую стабильность, увеличить время его действия и др.).

Для того, чтобы попасть в следующий этап разработки кандидаты в лекарственные препараты должны обладать как минимум двумя важными параметрами: эффективностью и безопасностью. Безопасность сама по себе не определяется какими-либо параметрами, но может быть определена как отсутствие токсичности вещества при проведении соответствующих тестов. Границы эффективности препарата должны также находиться в рамках ожиданий рынка и основываться на результатах медико-эпидемиологических исследований. Так, например, если у соединения-лидера в экспериментальных исследованиях выявлена способность повышать уровень глюкозы в крови, то сложно представить себе сегмент фармацевтического рынка, где эта способность кандидата была бы востребована. Напротив, если же эта молекула снижает уровень сахара в крови, она может быть использована при лечении диабета – достаточно распространенного заболевания, чтобы сосредоточить на этом усилия.

До того, как попасть в клинические исследования, соединение-лидер должно пройти испытания в доклинических тестах (*Preclinical Testing*). На данном этапе проводится всестороннее исследование про-

фия безопасности молекулы-кандидата для человека и окружающей среды. Эти исследования проводятся на лабораторных животных, культурах тканей и клеток, а также других биологических системах. Основная задача этого этапа заключается в выяснении степени безопасности применения будущего лекарственного препарата. Полученные данные о степени токсичности или нетоксичности молекулы-кандидата определяют дальнейшее направление разработки маркетинговых планов по препарату.

Как правило, к наступлению данного этапа у разработчиков уже имеются первичные данные, полученные в остром эксперименте. Большинство субстанций, впервые введенных животным, могут их убить или серьезно повредить их здоровью. Поэтому первым шагом при переходе к стадии тестирования на животных является изучение способности вызывать гибель животных при однократном введении. Целью изучения острой токсичности является определение переносимых, токсических и летальных доз фармакологического вещества и причин наступления гибели животных с анализом клинической картины интоксикации¹.

Обычно этот тип исследований проводится на мелких лабораторных животных. Знание уровня летальных и эффективных (вызывающих терапевтический эффект) доз позволяет определить их отношение и широту доз кандидата в лекарственные препараты.

Следующий тип исследований – это исследование токсичности молекулы-кандидата в хроническом эксперименте на двух видах животных. Целью хронических токсикологических исследований является характеристика повреждающего действия фармакологического вещества при его длительном введении, выявление наиболее чувствительных органов и систем организма, а также исследование возможности обратимости вызываемых повреждений. Продолжительность введения фармакологического вещества при изучении хронической токсичности зависит от предполагаемой длительности его применения в клинике, планируемой фазы клинических исследований и видовой принадлежности лабораторных животных. Этот вид исследований проводится как для фармацевтической субстанции, так и лекарственной формы препарата.

Составной частью общей программы оценки безопасности фармакологических веществ является тестирование на наличие аллергизирующего действия потенциальных лекарственных веществ в эксперименте на животных. Для специалистов-маркетологов данная фаза исследования несет ценную информацию о наличии или отсутствии аллерги-

¹ Руководство по проведению доклинических исследований лекарственных средств. Ч. 1. – М.: Гриф и К, 2012. – 944 с.

зирующих свойств у молекулы-кандидата. Под алергизирующими свойствами понимают способность того или иного вещества вызывать при введении в организм состояние повышенной чувствительности (гиперчувствительность, сенсбилизация). Основная задача доклинического изучения влияния потенциальных лекарственных средств на иммунную систему состоит в том, чтобы в эксперименте на животных доказать или исключить возможность развития иммунотоксического действия, вызванного фармакологическим средством или его метаболитами.

Изучение репродуктивной токсичности фармакологических веществ является частью доклинических токсикологических исследований. Способность влиять на репродуктивное здоровье потенциального покупателя нового препарата имеет огромное значение для дальнейшего развития маркетинговых планов и, соответственно, судьбы препарата на розничном рынке продаж. Исследования по выявлению репродуктивной токсичности включают в себя изучение влияния на репродуктивную (генеративную) функцию, изучение эмбрио- и фетотоксического действия, регистрируемого в антенатальном периоде развития, изучение эмбрио- и фетотоксического действия, регистрируемого в постнатальном периоде развития².

Тестированию на репродуктивную токсичность подвергаются все новые оригинальные фармакологические вещества. К моменту начала тестирования необходимо располагать сведениями о физико-химических свойствах вещества, дозах (летальная, эффективная, рекомендуемая для КИ), признаках интоксикации, специфических для данного вещества, предполагаемых способах введения, профиле фармакологического действия, показаниях и схемах применения препарата в клинике.

Исследования мутагенности новых фармакологических средств и вспомогательных компонентов лекарственных форм проводятся на этапе доклинического изучения и предусматривают оценку способности кандидата в препараты к индукции разных типов мутаций в зародышевых и соматических клетках. С этой целью используют комплекс методов, выполняемых на разных тест-объектах.

Важным разделом этапа доклинических исследований является изучение потенциальной канцерогенной активности нового лекарственного вещества, и этот процесс имеет много общего с методическими принципами изучения канцерогенности вообще химических веществ и биологических продуктов. Понятие «канцерогенные соединения» включает в себя все вещества, способные увеличивать в популяции количе-

² Там же.

ство опухолей различных локализаций по сравнению с соответствующим контролем.

В процессе доклинических исследований также проводится оптимизация лекарственной формы нового препарата, предварительно разрабатывается режим дозирования препарата, исследуется стабильность и растворимость лекарственной формы, ее биодоступность при поступлении в организм. Решение этих задач наряду с данными по эффективности и безопасности соединения-лидера позволяет рассчитывать на получение в соответствующих регуляторных органах разрешения на переход к следующей фазе разработки лекарственного препарата – клиническим исследованиям.

Клинические исследования (испытания) проводятся с целью проведения оценки терапевтической или профилактической эффективности и переносимости нового лекарственного средства, установление наиболее рациональных доз и разработка схем его применения, сравнение с уже существующими препаратами.

Клинические испытания лекарственных препаратов являются завершающей стадией длительного и трудоемкого процесса их разработки. Клинические испытания лекарственных средств перед их официальным разрешением к медицинскому применению проводятся в четыре этапа, традиционно называемые «фазами клинического испытания».

Первая фаза клинических испытаний (клинико-фармакологические, биомедицинские испытания) – первые испытания на людях нового лекарственного препарата (активного компонента) с его предварительной оценкой. Обычно такие испытания проводятся на небольшой группе (до 100) здоровых добровольцев. Цель заключается в получении предварительных данных по безопасности и переносимости препарата, составлении первичной характеристики фармакодинамических и фармакокинетических свойств препарата у человека, а иногда и в определении первоначальных показателей эффективности при испытаниях на людях.

Если препарат оказался безопасным и хорошо переносимым, клиническое испытание переходит в фазу II. Эта фаза требует включения большего количества испытуемых, но с заболеванием (или состоянием), для лечения (диагностики и/или профилактики) которого активный ингредиент предназначен. Ранние испытания в фазе II часто называют пробными клиническими испытаниями (*pilot trials*), так как полученные результаты обеспечивают оптимальное планирование более дорогостоящих и обширных испытаний фазы III. Испытания фазы II являются наиболее важным этапом, необходимым для принятия решения о продолжении разработки нового лекарственного препарата.

Если препарат оказался эффективен и безопасен во II фазе, он исследуется в фазе III. Клинические испытания III фазы представляют собой тщательно контролируемые исследования, спланированные для определения безопасности и эффективности лекарственного средства в условиях, приближенных к тем, в которых оно будет использовано в случае его разрешения к медицинскому применению. Обычно исследования имеют сравнительный дизайн по отношению к существующей стандартной терапии (или плацебо при исследовании нового класса препаратов).

По результатам третьего этапа разработчики могут инициировать процесс регистрации нового лекарственного средства в соответствующих регулирующих органах. На этом этапе в требуемом объеме будет собрана информация об эффективности и безопасности соединения-кандидата в испытаниях на людях. Кроме того, разработчику необходимо масштабировать производство фармацевтической субстанции и/или лекарственной формы препарата с опытно-промышленного до масштаба промышленного производства с соблюдением всех требований качества производства и сохранением исходных фармакологических свойств соединения-кандидата.

После того как препарат был зарегистрирован по определенным показаниям и становится доступен через розничную сеть проводится фаза IV. Это так называемые постмаркетинговые (*post marketing trials*) испытания, проводятся на очень большом количестве участников и используются для определения новых режимов приема препарата, выявления новых побочных эффектов и т. д., позволяют получить более подробную информацию о безопасности и эффективности препарата. В клинических испытаниях IV фазы изучают или уточняют эффективность и безопасность зарегистрированных препаратов в пределах показаний, в отношении которых разрешено медицинское применение.

В процессе проведения всех фаз клинических испытаний существуют риски, которые могут встречаться также и в рутинной практике. Прежде всего это побочные эффекты от применяемого лекарственного препарата. На ранних фазах исследований (I и II фазы) этот риск выше, чем на поздних фазах (III и IV фазы). Этот риск контролируется путём активного и тщательного сбора данных обо всех неблагоприятных явлениях, а также независимыми промежуточными анализами эффективности и безопасности. Если промежуточный анализ выявит повышенный риск для участников исследования, то исследование прекращается, а все участники переводятся на доступные альтернативные методы лечения.

Лекарственные препараты являются одними из самых высокорегулируемых продуктов в мире, и это регулирование проводится в тече-

ние всего периода развития препарата. от момента открытия молекулы до маркетинговых исследований нового лекарственного средства и распространения зарегистрированного препарата через сбытовую сеть. В результате многоэтапности, большой длительности процесса разработки и зарегулированности всех этапов разработки сам процесс становится сложным и дорогим.

Вполне понятно, что процесс регулирования от ранних стадий разработки соединения-лидера в доклинических исследованиях до завершающих стадий клинических испытаний призван минимизировать риски и затраты государственных служб, связанные с разработкой нового лекарственного препарата и его размещением на рынке в качестве продукта. Кроме того, конечной целью государственных регуляторов является забота о здоровье человека.

В этой связи одними из приоритетных задач фарминдустрии становятся сокращение сроков, стоимости и рисков, связанных с разработкой лекарств. Задача маркетологов в этой ситуации заключается в постоянном мониторинге процесса разработки и внедрения на рынок новых лекарственных препаратов с использованием доступных методических инструментов и постоянном контроле соответствия стратегии разработки препарата и ожиданиям в плане роста доходов и прибыли фармацевтической компании.

Иными словами, задачей менеджмента является управление новыми знаниями о препарате таким образом, чтобы сделать эффективными дальнейшие финансовые и временные затраты.

Трудности в развитии проекта по разработке лекарственного препарата могут возникнуть уже в том случае, если исследовательские программы плохо проработаны, не соответствуют маркетинговой стратегии и ожиданиям в плане роста доходов и прибыли. С момента начала реализации исследовательского проекта менеджмент должен поставить перед маркетологами задачи выявления следующих важных элементов проекта:

1. Содержание и результаты доклинических исследований и как они соотносятся с фармакоэпидемиологическими данными.
2. Планирование предстоящих клинических испытаний и ожидаемые характеристики продукта.
3. Режим дозирования, удобство применения разрабатываемой лекарственной формы, ее характеристики.
4. Календарные сроки для подачи заявки на регистрацию лекарственного средства в регулирующие органы.

Ведущее требование к менеджменту маркетинговых исследований по управлению проектом разработки и запуска нового препарата – это

четкая постановка задач и определение временных рамок, необходимых на его регистрацию. Любое сокращение этих временных границ дает реальные преимущества с точки зрения рентабельности. Хотя важным итогом этого процесса является регистрация лекарственного препарата, важны и другие этапы всего проекта, такие как доклинические исследования и взаимодействие с регулирующими органами.

Успешное развитие проекта по разработке и выведению на рынок нового лекарственного препарата свидетельствует в конечном итоге об успешном переводе результатов фундаментальных и прикладных исследований новой молекулы в финансовые инвестиции, которые несут выгоду всем заинтересованным сторонам. от инвестора до конечного потребителя. Для того чтобы проект стал успешным, маркетологам и разработчикам необходимо ясно представлять нужды потребителя, что должно быть всесторонне представлено в спецификациях разрабатываемого продукта – лекарственного препарата.

Основная задача менеджмента в маркетинговых исследованиях нового продукта состоит в определении наиболее полного спектра характеристик нового лекарственного препарата, удовлетворяющего всем требованиям потенциального потребителя. Менеджмент в маркетинговых исследованиях, основываясь на знаниях всех этапов разработки внедрения новых препаратов, может и должен оказывать квалифицированное влияние на исследовательскую деятельность при разработке новых лекарственных средств, поддерживать существующие продукты путем расширения показаний к применению, предлагать новые формы выпуска и т. п. Важное значение для фармацевтических компаний имеют проекты, предназначенные для продления жизненного цикла существующих на рынке медицинских продуктов.

Выводы по главе 3

Вопросы здоровья совершенно естественным образом оказываются одними из самых приоритетных направлений человеческой деятельности. Это связано с тем обстоятельством, что состояние здоровья обеспечивает работоспособность индивида во всех видах его деятельности. Кроме того, тот факт, что решение о применении конкретного лекарственного средства, как правило, опосредовано врачом, источниками медицинской информации, а также целым рядом участников процесса производства, продвижения и использования лекарственных средств, соответственно, и носителей мотивации к обороту лекарств оказывается много. В результате движение лекарственных средств оказывает суще-

ственное влияние на разнообразные процессы в обществе – так называемые экстерналии.

Весь фармацевтический рынок делится на два больших субрынка: OTC-рынок, или рынок препаратов безрецептурного отпуска, и Rx-рынок, где реализация препаратов осуществляется по рецептам врачей. Главными отличиями отношений на этих рынках является то, что на OTC-рынке больной сам осуществляет выбор препарата, осуществляет его покупку (оплачивает) и использует. При этом он ориентируется на собственную осведомленность о свойствах препарата, характере своей патологии и потребностях в ее лечении. Источником информации о препарате служат: реклама, инструкция по применению, размещенная на листке-вкладыше, популярные статьи и передачи, посвященные проблемам здоровья, советы знакомых и консультативная помощь провизоров аптек. Рынок Rx-препаратов представлен лекарственными средствами, применение которых требует специальных знаний и навыков. Решение о назначении таких препаратов может принимать только специалист – врач. С этим фактом связана проблема расщепления функции потребителя на Rx-рынке.

Ситуация последних десятилетий на фармацевтическом рынке характеризуется ростом сегмента OTC-препаратов. Это обусловлено выраженными тенденциями к самолечению. Последние связаны с популяризацией здорового образа жизни, изменением взаимоотношений врача и пациента, связанные в первую очередь с возросшим уровнем грамотности населения. Большое значение приобретает более внимательное отношение к субъективным показателям состояния больного. Значительную лепту в тенденции к самолечению вносят сетевой маркетинг, распространившееся гедонистское отношение к потреблению лекарств и ряд других причин личного характера.

В механизме потребительского выбора на OTC-рынке основную роль играют наличие знаний о предмете выбора и умение его осуществлять, эмоциональное отношение к предмету выбора. Большое значение имеет наличие у потребителя времени для обдумывания вопросов, связанных с выбором. Выбор потребителя существенно осложняется при наличии широкого ассортимента средств с близкими свойствами и при наличии существенных различий в свойствах аналогов. Для фармацевтического рынка характерен ряд особенностей: 1) трансформация потребности от осознания ее в общем виде до той формы, в которой она может быть удовлетворена средствами и способами современной медицины; 2) более острые эмоциональные переживания, сопровождающие оказание медицинской помощи; 3) огромная разница между уровнем знаний, которые необходимы для того, чтобы правильно понимать суть

используемых технологий, и теми знаниями, которыми располагает средний потребитель лекарств; 4) своеобразии реакции на покупку. Очень часто больной, купив и использовав препарат, не может оценить или интерпретировать результаты его воздействия на организм.

На предпочтения и выбор потребителя существенно влияют простота достижения результата, значимость потребности, скорость достижения результата, доступность, эмоциональность, пример окружающих, степень знакомства, традиционность и т. д.

Субрынок рецептурных препаратов представлен важнейшими по своей значимости лекарственными средствами, многие из которых оказываются высокоэффективными и сильнодействующими. Применение таких препаратов требует значительных компетенций и обширных знаний. С этим связано расщепление функций потребителя на Rx-субрынке. Главным субъектом выбора лекарственного препарата выступают врачи, однако на выбор врача существенное влияние оказывают администрация ЛПУ, государственные структуры, коллеги по работе и опинион-лидеры, определенное значение имеет позиция производителя и больного. Расщепление функции потребителя на Rx-субрынке приводит к определенной несбалансированности отношений, которая устранивается с помощью механизмов государственного регулирования, административными мерами воздействия и в ряде случаев – общественным мнением.

Выбор врача во многом зависит от его личностных и профессиональных качеств, сложившегося мнения о данном препарате, прямой вовлеченности в продвижение препарата, внешних ограничений. Немалое значение в выборе имеет ситуационное давление среды (отсутствие необходимых препаратов, их низкая эффективность, неспособность больного приобрести эффективный препарат).

При этом первостепенное значение имеет личный опыт применения. Существенная роль в выборе препарата может принадлежать провизорам, так как они занимаются формированием ассортимента, предлагают замену в случае отсутствия выписанного средства и осуществляют консультационную деятельность непосредственно при продаже лекарств.

Определенную роль в выборе препаратов на рецептурном рынке может играть и пациент. Особенно сильно это влияние в странах, где разрешена система DTC-маркетинга (маркетинг, прямо направленный на потребителя).

Во многих странах приобретение рецептурных препаратов осуществляется государственными структурами и страховыми компаниями. В России **источниками** финансирования рецептурного рынка является

государственный заказ, который подразделяется на закупки медикаментов для общегосударственных и региональных нужд и финансирование за счет средств Фонда обязательного медицинского страхования (ОМС).

Две формы рыночных отношений, OTC- и Rx-рынки, оказываются функционально связанными. В основе их лежат процессы: 1) перевода препаратов из категории рецептурных средств в безрецептурные; 2) назначения адыювантной терапии, осуществляемого, как правило, врачом; 3) одновременного применения методов рецептурного и безрецептурного отпуска при продвижении препарата; 4) отпуска рецептурных препаратов в безрецептурном режиме.

Разработка новых лекарственных препаратов является комплексным и многоэтапным процессом, который может быть описан с разных точек зрения. При этом ни научная, ни бизнес-предыстория на ранних этапах разработки препаратов, какими бы многообещающими они не воспринимались, не является залогом удачного выхода препарата на рынок розничных продаж. Так, например, по данным статистики, более 90 % кандидатов в лекарственные препараты по тем или иным причинам не доходят до розничного рынка, не сумев пройти сито доклинических и клинических исследований. Критическим фактором успеха для фармацевтических компаний в этой ситуации будет являться их способность сокращать время разработки нового препарата и максимизировать стоимость своих портфелей с проектами путем фокусировки ограниченных ресурсов на проекты с реальным потенциалом и скорейшим выходом результата разработки на рынок. Успешный менеджмент всей процедуры НИОКР требует более высокого качества принятия решений при отсеве молекул кандидатов и квалифицированного управления всем портфелем проектов в целом. Решающее значение в принятии такого рода решений имеет предельная четкость и ясность в определении всех возможностей и свойств нового препарата в сложных условиях фармацевтического рынка. В этой связи становится ведущей роль квалифицированного управления маркетинговыми исследованиями перспектив кандидата в лекарственные препараты, установления интерактивного взаимодействия между всеми участниками проекта со стороны академического и бизнес сообществ для последующего трансфера всей полученной научной и бизнес-информации в успешный результат в виде выхода нового препарата на рынок.

Вопросы для контроля и самоконтроля

1. Что такое экстерналии, и каково их значение для фармацевтического рынка?
2. Что такое ОТС-рынок и в чем состоят главные особенности отношений на этом рынке?
3. В чем состоят характерные особенности субрынка Rx-препаратов?
4. В чем состоит тенденция к возрастанию уровня самомедикации в современном обществе и каковы ее основные причины?
5. Каков механизм потребительского выбора на ОТС-рынке, от действия каких основных причин (операторов) он зависит?
6. В чем состоят главные особенности выбора на фармацевтическом рынке?
7. В чем состоит суть феномена расщепления субъектов выбора на Rx-субрынке лекарственных препаратов?
8. Какие субъекты и как участвуют в выборе препарата на Rx-субрынке?
9. Какие основные компетенции необходимы для осуществления выбора лекарственного препарата на Rx-субрынке?
10. В чем основные причины несбалансированности отношений субъектов, влияющих на процесс потребления лекарств на Rx-субрынке?
11. Какова роль провизоров и фармацевтов в процессе выбора препаратов?
12. Какие существуют системы и правила замены препарата?
13. В чем состоит роль пациента на Rx-рынке?
14. Каковы источники финансирования приобретения рецептурных препаратов в России?
15. Что такое институциональный маркетинг и каковы его особенности?
16. Как связаны между собой ОТС- и Rx-рынки?
17. Какова роль управленческого звена в формировании маркетинговой стратегии разработки нового лекарственного препарата?
18. Из каких этапов состоит процесс создания лекарственного препарата?
19. В чем заключается основная роль менеджера по маркетингу на этапе доклинических и клинических исследований?

Глава 4

ОСОБЕННОСТИ ПОТРЕБНОСТНО-МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ МАРКЕТИНГЕ

Логика процесса маркетинга при создании нового лекарственного препарата предполагает, что сначала нужно точно определить, в чем состоит потребность больного, и установить, какие именно стороны этой потребности хуже всего удовлетворяются. После этого необходимо представить себе продукт, который может эти потребности удовлетворить и создать его. Далее этот продукт следует произвести. Потребителю должны быть ясно и убедительно изложены свойства данного лекарства, способ его применения и ожидаемые (гарантированные) последствия терапии. Затем препарат должен быть ему доставлен. При этом осталось указать на одно немаловажное обстоятельство: больной должен иметь возможность и быть согласным сам или с помощью государства приобрести этот препарат за некую цену, а производитель, компенсируя затраты и извлекая прибыль, должен быть согласен препарат производить, удовлетворяясь тем уровнем прибыли, которую он получит от реализации препарата по этой рыночной цене. Эта обобщенная схема и является сферой маркетинговой деятельности.

Исходя из вышеизложенного, во главу угла всего процесса в маркетинге ставится потребность. Однако подобный подход, с точки зрения психолога, содержит один очень существенный недостаток. Управлять процессом потребления любого товара, используя лишь характеристики его потребности, невозможно или малоэффективно. Насколько часто мы отказываемся от удовлетворения потребности, поскольку не можем точно представить себе, какой результат мог ее удовлетворить, или не имеем для этого средств, сил или времени. Основанием для совершения любого поведения служит не потребность, а мотивация, или, вернее сказать, мотивационное состояние. Мотивационное состояние существенно сложнее по своей структуре по сравнению с потребностью. Оценка его и управление им является более сложной, комплексной задачей. Это очень часто упускается из виду. В силу того, что многие психологические процессы находятся под контролем систем социального и эмоционального интеллекта, функционирующих преимущественно на подсознательном уровне, решения, принимаемые этими системами, кажутся нам очевидными и не нуждающимися в анализе. Однако когнитивный контроль этих решений, особенно в сложных ситуациях, позволяет оптимизировать поведенческие механизмы кооперативной деятельности. Сложность этого процесса в фармацевтическом маркетинге усугубляет-

ся еще и тем обстоятельством, что естественные потребности здесь, прежде чем принять участие в процессе потребления, нуждаются в качественной смысловой трансформации.

4.1. Специфика потребностей в сфере лекарственной помощи

Потребностям в сфере оказания лекарственной помощи и медицинских услуг присущ ряд особенностей, которые принципиальным образом отличают их от потребностей и мотивационных состояний, присущих рынку потребительских товаров. Эти особенности практически идентичны на фармацевтическом рынке и рынке медицинских услуг, однако, поскольку данное пособие посвящено проблемам фармацевтического рынка, в дальнейшем мы будем говорить только о нем. Прежде чем обсуждать специфику отношений в потребностно-мотивационной сфере на фармацевтическом рынке, полезно напомнить основные принципы функционирования механизма формирования мотивационных состояний. При этом следует обратить внимание на то, какие конкретно операторы оказывают наиболее значимое влияние на мотивационные процессы и в какой форме они представлены в обсуждаемой сфере деятельности.

Главным субъектом – носителем потребности на рынке лекарственных препаратов – выступает больной. Он же является прямым потребителем фармацевтической продукции. Потребность, осознаваемая больным, приводит к формированию представления (внутреннего образа, репрезентации) о том, какой результат поведения может удовлетворить эту потребность. В случае с фармацевтической сферой этим результатом будут те изменения, которые возникнут в организме больного вследствие применения лекарственного средства. Наличие такого представления позволяет сделать следующий шаг – определить способы и инструменты достижения необходимого результата. В нашем случае таким способом (инструментом) будет, во-первых, определенный лекарственный препарат или их комплекс, если свойств одного препарата оказывается недостаточно для достижения терапевтического эффекта (результата). Во-вторых, сюда же можно добавить вспомогательные методы лечения: адьювантную терапию, физиопроцедуры, лечебную физкультуру, курортное лечение и т. д.

Необходимо также сказать об амбивалентных последствиях поведения. Амбивалентными последствиями называются такие результаты поведения, которые не входят в перечень характеристик результата поведения, желательных для больного. Они не ведут к удовлетворению

потребности или даже ухудшают качество процесса ее удовлетворения. Однако эти последствия неизбежно возникают при выполнении данного поведения. Например, таким амбивалентным последствием поведения при занятиях спортом является перегрев и потение. Наиболее распространенными амбивалентными последствиями поведения при использовании фармацевтических препаратов являются: токсичность, побочное действие, аллергические реакции, ксенобиотическая нагрузка на организм, синдром отмены и т. д. Для предотвращения амбивалентных последствий или коррекции их нежелательного влияния приходится предпринимать дополнительные меры, усложняя процедурную репрезентацию (действия, поведенческие программы, выполнение которых необходимо для достижения требуемого результата) или увеличивая расходы на лечение и т. д.

Специфика потребностно-мотивационной сферы в фармацевтическом маркетинге сводится к восьми основным группам факторов, характеристика которых дается ниже.

1. Несоответствие характера прямой потребности больного его формулировке в мотивационном состоянии, управляющим процессом лечения. Естественная потребность больного состоит в том, чтобы восстановить свое здоровье. Возможно, она заключается в прекращении неких болезненных или неприятных процессов, повышении работоспособности, повышении качества жизни и т. д. Однако, как правило, удовлетворение таких потребностей в прямом виде средствами современной медицины оказывается недостижимым. Так, если у больного имеется кожная рана (кожи руки, например), он испытывает потребность в остановке кровотечения и в восстановлении целостности кожных покровов. Однако ни того, ни другого средствами медицины добиться нельзя. Прекращение кровотечения и восстановление дефектов тканей достигается специфическими физиологическими механизмами гемостаза и репаративной регенерации. Мы можем только способствовать этому процессу с помощью определенных средств в виде создания препятствий на пути изливающейся крови с помощью марлевой повязки, наложения лигатур на сосуды, введения в рану веществ повышающих свертываемость крови. Процессы репаративной регенерации могут быть оптимизированы защитой раны с помощью повязки, подавления в ней патогенной микрофлоры, удаления отделяемого раны с помощью различных дренажных устройств и материалов, стимуляцией процессов роста и пролиферации тканевых элементов и т. д.

Даже в тех случаях, когда потребность больного удовлетворяется напрямую в той форме, в которой он ее высказывает, это соответствие удовлетворенности потребности ее реальному значению носит в боль-

шинстве случаев чисто формальный характер. Например, устранение болевого синдрома с помощью обезболивающих средств приводит к прекращению боли, однако при этом происходит просто нарушение процессов восприятия боли, а не устранение ее причины. Это устранение боли будет продолжаться только в течение времени действия лекарственного средства. И, если за указанное время организм не справится с устранением патологического процесса, вызвавшего боль, то боль возобновится.

Сказанное говорит о том, что в фармацевтическом маркетинге осознание потребности, ее смысловое содержание опосредовано пониманием реальных возможностей медицинских технологий – свойствами и механизмами действия средств, которые в принципе могут быть использованы в конкретной ситуации. Суть потребности полностью ими определяется и ограничена терапевтическими свойствами используемого метода. При этом в вербализированном виде формулировка этой потребности звучит значительно шире, претендуя на более значимый контроль над патологическим процессом, чем это есть на самом деле. Так, при применении нестероидных противовоспалительных средств говорят о потребности устранить (снизить) воспалительную реакцию, а не о необходимости ингибировать циклооксигеназу (ЦОГ 1 и 2) или подавить синтез простагландинов. Это делается в первую очередь для того, чтобы сделать более понятной и образной цель назначения соответствующих препаратов.

2. Значительное количество экстерналий, сопутствующих процессу терапии. Об экстерналиях (внешних эффектах) и их роли в формировании отношений на фармацевтическом рынке уже было сказано в предыдущей главе. Процесс фармакотерапии, как и лечения вообще, кроме значимости для самого больного затрагивает интересы большого числа людей, начиная с его родственников, сослуживцев и руководства организации, где этот больной работает, заканчивая социумом в целом. Все эти субъекты оказывают влияние на мотивационную сферу, связанную с потреблением лекарств. При этом персональные интересы и возможности вмешательства у каждого субъекта свои. Данное обстоятельство обуславливает то, что мотивационная сфера в фармакотерапии обладает высокой степенью сложности и многофакторности.

3. Множественность субъектов, влияющих на формирование потребностно-мотивационной сферы. Главной причиной высокой сложности мотивационного процесса в фармацевтическом маркетинге является тот факт, что в нем сходятся индивидуальные, профессиональные и экономические интересы пяти основных категорий участников: 1) больных, 2) медиков, 3) провизоров, 4) производителей и 5) государ-

ства. При этом каждая из них обладает собственными специфическими средствами влияния на формулировку потребности, выбор и потребление лекарственных средств:

- больные участвуют в формировании потребности исходя из оценки собственного состояния и желания изменить его в определенном направлении;

- врачи помогают больным в осуществлении выбора препарата или сами осуществляют этот выбор. Даже в условиях ОТС-рынка, где больной, формально выбирая препарат самостоятельно, делает этот выбор на основании рекомендаций или информации предоставляемой первоначально врачами в виде консультаций, лекций, научных и популярных изданий;

- фармацевты и провизоры оказывают давление на выбор препаратов, проводя консультации при продажах, производя или предлагая генерическую замену лекарств, а также формируя ассортимент лекарственных средств, имеющихся в аптеках. В последней ситуации больной в любом случае вынужден будет приобретать тот аналог лекарственного средства, который имеется в продаже в регионе, где он на текущий момент находится;

- производители влияют на мотивацию к использованию того или иного препарата, определяя показания к его применению. При этом, имея первичные представления о свойствах препарата, производитель проводит позиционирование препарата на рынке, исходя в первую очередь не из фармакотерапевтических свойств препарата, а из собственной экономической целесообразности. Из всех свойств соответствующего лекарственного средства отбираются те, которые могут обеспечить ему максимально успешное продвижение на рынке, а фирме – наибольшую прибыль. Именно в рамках этих свойств проводятся клинические испытания лекарства, и именно эти свойства определяют показания к его клиническому применению, которые в дальнейшем будут внесены в инструкцию по клиническому применению. Врач не имеет права назначать этот препарат по иным, нежели указанным в инструкции, показаниям к применению, а фармацевт (провизор) рекомендовать его больным.

4. Высокий уровень эмоциональной активности. Здоровье имеет для человека исключительное значение, а страх потерять трудоспособность или утратить некоторые из ее функций оценивается как одна из самых больших опасностей. Осознавая всю опасность заболевания, больные склонны преувеличивать значимость имеющихся нарушений. В своем сознании, надеясь на лучшее, они, как правило, преувеличивают прогноз отрицательных последствий заболевания и прибегают к ме-

дикаментозному лечению и лечебным процедурам с некоторой избыточностью, иногда весьма значимой.

5. Низкий уровень понимания средним потребителем реальной значимости потребностно-мотивационных факторов, влияющих на процесс его выбора. Правильное выполнение поведения возможно только на основе хорошо организованного мотивационного процесса. Последний же требует точного знания и хорошего понимания потребностно-мотивационных факторов, участвующих в процессе формирования мотивационных состояний. Для этого необходимо точно представлять себе характеристики потребности, при этом не просто осознавать, что ты хочешь избавиться от какого-то тягостного переживания, а интерпретировать эту потребность, как уже было сказано, в соответствии с возможностями фармакотерапии. Нужно также понимать, какие свойства лекарственных препаратов способны обеспечить этот эффект (какие воздействия и на какой физиологический процесс могут привести к необходимому результату) и какие лекарственные препараты указанными свойствами обладают. Ни один человек, не обладающий профессиональными знаниями и навыками в области медицины, не способен на такой анализ. Это может сделать только специалист.

Когда речь идет о Rx-препаратах, мотивация приобретения и использования лекарственного препарата в основном декларируется решением такого специалиста – врача. При использовании препаратов ОТС-рынка решение о выборе препарата принимает сам больной. При этом он не осуществляет описанной выше процедуры анализа мотивации, а пользуется некими шаблонными решениями. Примером такого шаблонного решения, не требующего особенного понимания со стороны больного, может быть применение аспирина при головной боли или при повышенной температуре. Подобные шаблоны поведения человек приобретает в предыдущих контактах с врачами, пользуется советами знакомых и рекомендациями популярных изданий медицинского характера и т. д. Такие источники информации не могут считаться полностью надежными вследствие двух причин. Во-первых, часть из них может основываться на мнении некомпетентных в медицинском отношении людей, во-вторых, содержание этих сообщений может быть неверно истолковано самим больным. Эти шаблонные решения представляют собой самые обычные установки, использование которых широко распространено в поведении. Базовыми условиями, допускающими самостоятельный выбор больным препарата на ОТС-рынке, должны быть высокий уровень безопасности препарата и простота процедур, связанных с его использованием, чтобы больной не мог причинить себе существенного ущерба.

6. Мотивационная привлекательность фармакотерапии. Фармакотерапия как метод лечения заболеваний, обладает высокой привлекательностью для больных, часто не соответствующей реальной значимости достигаемых эффектов. Более того, в ряде случаев при применении других методов лечения, таких как физиотерапия, лечебная физкультура, может быть достигнут более высокий реальный терапевтический результат. Однако больные предпочитают использовать фармакотерапию. Подобную асимметрию предпочтения создает относительная простота использования фармакотерапевтических методов лечения. В самом деле, принять таблетку, удовлетворившись при этом тем, что терапевтическое воздействие проведено, гораздо проще, чем, например, ежедневно в течение часа выполнять специальные упражнения комплекса лечебной физкультуры.

7. Ценность здоровья и мотивационный парадокс. Здоровье, как уже было сказано ранее, имеет для человека очень большое значение, и любая угроза лишиться его в какой-то части вызывает серьезные негативные эмоциональные переживания. Однако существует значительное количество наблюдений, свидетельствующих о том, что человек готов вкладывать в лечение значительные средства, если угроза потери здоровья имеет в восприятии очень высокий градиент (иначе говоря, подступила вплотную). Он также с большой охотой откликается на профилактические визиты в медицинские учреждения, если ему придется самому оплачивать лечение, которое, естественно, в запущенном случае будет стоить существенно дороже, чем при своевременном выявлении и лечении патологии. Тем не менее в тех случаях, когда затраты на лечение оплачивает государство или страховые агентства, появляется отчетливая тенденция обращаться к врачу с запущенными формами заболеваний. Кроме того, из двух факторов, определяющих мотивацию к прохождению фармакотерапии: 1) стоимости лечения, затрат времени, усилий на его прохождение и 2) наличия патологии или близкой угрозы ее развития – приоритетным оказывается восстановление здоровья. В то же время при решении вопроса о прохождении профилактических осмотров с немедленным лечением выявленной патологии приоритетным оказываются затраты финансовых ресурсов, времени и усилий. Причина этого парадокса, видимо, заключается в том, что формирование стратегии поведения в отношении того или иного заболевания находится под преимущественным контролем двух факторов: потери адаптивных качеств (расстройства здоровья) и персональных затрат на лечение. При прохождении профосмотров, когда у человека нет оснований серьезно сомневаться в качестве своего здоровья, градиент цели поведения, направленного на сохранение здоровья, оказывается слишком низким.

В этих условиях перспектива самому оплачивать лечение, наряду с потерями, связанными с временной или стойкой утратой трудоспособности является дополнительным фактором мотивации к профилактическому визиту к врачу. Когда пациент не оплачивает лечение, главным и единственным фактором становится перспектива неприятностей, связанных с отрицательными последствиями самого заболевания. Но поскольку у больного нет оснований для беспокойства, он не осознает и потребности обращения к врачу. Перспективы самому оплачивать лечение в качестве мотивационного фактора у больного в этом случае не существует. В то же время, когда заболевание выявлено, угроза утраты здоровья делает финансовые потери существенно менее важным фактором принятия решения об использовании того или иного метода лечения.

8. Феномен отрицательного спроса. Любое заболевание вызывает у больного негативные эмоциональные переживания. Необходимость лечения заболевания лекарственным средством воспринимается больным как необходимое зло, от которого больной хотел бы избавиться как можно скорее, как и от самого заболевания. Более того, большинство лекарственных препаратов обладают побочным действием, а некоторые еще и токсичны, что дополнительно усиливает негативизм в восприятии фармакотерапии. В этом случае мы имеем дело с поведением избегания, основанном на внутреннем конфликте с двойным отрицанием. То есть состояние болезни имеет отрицательные последствия в виде снижения адаптивных возможностей и ресурсов. Применение лекарственного препарата, корректируя проявления заболевания, также влечет за собой отрицательные результаты в виде побочных эффектов, привыкания или еще каких-то нежелательных последствий для организма. Таким образом, прибегая к фармакотерапии, больной вынужден урегулировать такой конфликт на основе двойного отрицания – выбора меньшего из зол. Одной из психологических трудностей институализации (разрешения) подобных конфликтов является уход от решения проблемы. При этом больной объединяет неприятности, связанные, с одной стороны, с заболеванием, с другой стороны, с лечением в единый фактор, на который направляется избегание. Формируется психологическое состояние, отвергающее как опасность самого заболевания, так и неприятности, связанные с его лечением. Особенно остро такие проблемы проявляются в онкологии. В этой отрасли медицинской помощи медицинские технологии нередко используют тяжелые калечащие операции, химиотерапию, которая очень тяжело переносится больными, или далеко не безвредные лучевые методы лечения. При этом больной, испытывая страх как перед заболеванием, так и перед лекарственным и хирургическим лечением,

начинает внутренне отрицать как опасность самого заболевания, так и необходимость его лечения предлагаемыми методами. Нередко при этом он, опираясь на слухи о чудесных исцелениях, достаточно распространенных в обществе, прибегает к достаточно безобидным методам народной медицины, использующим растительные препараты (корень аконита, сок лопуха и др.). В результате обращение к квалифицированной медицинской помощи следует достаточно поздно, когда серьезных эффектов добиться уже нельзя.

4.2. Трансформация потребностей в сфере фармацевтического маркетинга и медицинской помощи и их классификация

Для того чтобы медицинская помощь была реализована, потребность в ней должна быть трансформирована из простой потребности в восстановлении здоровья, повышения качества жизни или работоспособности в такую потребность, которая соответствует средствам современных медицинских технологий. Только в этом виде потребность может быть удовлетворена, и только понимание потребности в таком виде создает возможность для создания и использования лекарственного препарата, применение которого приведет к необходимому результату.

По сути дела, такие потребности вытекают из основных терапевтических манипуляций, которые используются при оказании медицинской помощи. Однако значимость выделения определенных категорий таких медицинских потребностей не ограничивается только лишь сферой самой медицинской помощи. Дело в том, что от содержательной части таких медицинских потребностей во многом зависят свойства лекарственных препаратов, их лекарственная форма, требования к безвредности, способы и режимы использования и все стороны маркетинговых действий, касающихся этой группы препаратов, включая позиционирование на рынке и технологии продвижения.

Далее мы приводим основные потребности, которые существуют в сфере фармакотерапии с комментариями, касающимися свойств препаратов, которые используются в соответствующих категориях лекарственных средств.

1. Сохранение жизни и реанимация

К препаратам, используемым при оказании медицинской помощи, ориентированной на удовлетворение этой потребности, относятся средства, оказывающие быстрое и мощное влияние на физиологические процессы, контролируемые жизненно важные функции организма. Это, безусловно, в большинстве своем высокоактивные вещества.

Главными требованиями, которые предъявляются к таким препаратам, и имеют для них особое значение являются:

- точное представление о механизме достижения терапевтического эффекта;
- хорошо выверенные побочные эффекты, варианты индивидуальных реакций и признаки передозировки;
- точные представления о тактике поведения врача в случае передозировки или развития побочного действия;
- выверенная дозовая зависимость;
- наличие ясных и недвусмысленных критериев развития эффекта;
- хорошая стандартизация и возможность точного дозирования;
- высокая скорость развития эффекта.

Последнее свойство является критичным для этих средств, поскольку медленное развитие эффекта не может, например, оказать существенного влияния на результаты реанимации. В этой же связи лекарственной формой таких препаратов за редким исключением (нитроглицерин, коринфар) являются формы для парентерального введения (растворы, ампулированные формы, флаконы и т. д.).

В зависимости от ситуации, в которой данные средства и манипуляции будут использоваться, они могут обладать высокой токсичностью, низкой терапевтической широтой и даже наносить существенный ущерб здоровью. Поскольку в подавляющем большинстве это сильнодействующие средства, их употребление ориентировано на применение квалифицированным медицинским персоналом. Они применяются преимущественно в условиях стационара или бригадами скорой медицинской помощи. Хранение таких средств должно осуществляться в специальных условиях, главным из которых является отсутствие возможности несанкционированного доступа.

Разработка и изучение таких лекарственных средств должны проводиться в специализированных учреждениях, имеющих условия для проведения соответствующих работ и хранения препаратов, а также лицензию на эту деятельность.

Продвижение таких препаратов осуществляется в основном по каналам институционального маркетинга (больничные аптеки). Информационный маркетинг данных средств должен ограничиваться специализированными медицинскими изданиями, учебными пособиями и сообщениями на научных медицинских конференциях, семинарах и курсах повышения квалификации медицинских специалистов.

2. Оказание первой медицинской помощи, не требующей профессиональной медицинской подготовки

В эту группу кроме лекарственных препаратов входит значительное число изделий медицинского назначения, в первую очередь перевязочные материалы, лейкопластыри и др. Препараты и медицинские изделия этой группы по своим качественным характеристикам должны соответствовать ряду основных требований.

1. Препараты, применяемые для оказания первой медицинской помощи людьми, не имеющими специальной медицинской подготовки, должны обладать высокой степенью безвредности. Их применение может осуществляться как высококвалифицированными специалистами, так и людьми, не имеющими медицинского образования, по своему усмотрению.

2. Необходимо, чтобы эффективность препаратов этой группы и суть их терапевтического действия была очевидна людям, не имеющим медицинского образования.

3. Их применение должно быть достаточно простым и не требовать специальных навыков.

4. За небольшим исключением такие препараты присутствуют на рынке в течение длительного времени, и их основные свойства близки или идентичны у всех аналогов. Они хорошо проверены длительным использованием в медицинской практике.

5. Основные отличия отдельных представителей, относящихся к какой-либо категории из этих средств, заключаются во второстепенных или добавленных (см. гл. 6) свойствах. Так, основное свойство лейкопластыря состоит в том, чтобы защитить поврежденную поверхность кожи от механического воздействия. Одна из категорий лейкопластырей — бактерицидные. В этой категории лейкопластырей добавлена впитывающая подушечка, которая поглощает отделяемое раны, одновременно обеспечивая дополнительную защиту поврежденных тканей, и содержит бактерицидные вещества, что придает пластырю антисептические свойства. Дополнительные свойства, обеспечивающие конкурентоспособность конкретному изделию, заключаются в гипоаллергенности, силе прилипания, способности пропускать воду и воздух или, наоборот, герметичности («дышит» такой пластырь или нет), том, что пластырь после отклеивания не оставляет следов на коже и т. д.

6. В связи с тем, что такие препараты часто используются в аптеках первой медицинской помощи и полевых условиях, для этих препара-

ратов очень желательна специальная лекарственная форма, обеспечивающая:

- хорошую герметичность с надежной защитой от грязи и повреждений. Упаковка должна легко открываться и закрываться, при этом сводя до минимума возможность попадания грязи внутрь;
- легкое дозирование;
- возможность использования в совершенно некомфортных условиях.

Поскольку такие средства, как правило, очень хорошо известны, возможности их рекламы ограничены и малоэффективны, за исключением случаев, когда такое средство представляет собой принципиально новый в техническом или фармакологическом отношении способ решения известной проблемы.

3. Фармакотерапия основных нозологических форм, поддающихся лечению с полным восстановлением здоровья

К нозологическим формам, при которых возникает потребность в таких видах фармакотерапии, относятся большинство простудных и инфекционных заболеваний, функциональные расстройства пищеварения, невротические расстройства и т. д. Характерной их особенностью является то, что больной может полностью поправиться без всякой фармакотерапии, хотя в значительном числе случаев возможно развитие осложнений в виде хронических заболеваний.

Главным требованием, предъявляемым к группе препаратов, чья активность направлена на удовлетворение этой потребности, является высокая эффективность и снижение до минимума продолжительности заболевания. Именно выполнение этих требований способно обеспечить лекарственному препарату максимальную привлекательность в глазах больных и врачей.

Безусловным требованием к этой группе препаратов является то, что их применение не должно вызывать стойких нарушений регуляторных систем. После окончания курса терапии нормальная работоспособность и активность функциональных систем организма (если таковые вообще возникают) должны восстанавливаться в кратчайшие сроки. Одновременно с этим при условии высокой эффективности допускается наличие серьезных побочных и токсических эффектов, которые ввиду кратких курсов применения не наносят ущерба здоровью и быстро проходят.

Крайне желательным свойством фармакотерапии, отвечающей этой потребности, является отсутствие необходимости в повторных курсах фармакотерапии.

4. Фармакотерапия основных нозологических форм хронических заболеваний, приводящая к стойкой ремиссии со значительным восстановлением здоровья, однако не излечивающая полностью

Для терапии этих видов патологии, как правило, характерны длительное применение препаратов и повторные курсы лечения. В этой связи в отношении лекарственных средств, используемых для удовлетворения данной потребности предъявляются высокие требования к безвредности. Крайне желательна минимальность побочных эффектов или полное отсутствие таковых. Для лечения данной группы ограничено использование сильнодействующих лекарственных средств, особенно лекарств с низкой терапевтической широтой. Терапевтическая широта определяется разницей между оптимальной терапевтической дозой и дозой, оказывающей токсическое действие.

Весьма нежелательной является способность к кумуляции – как химической, так и функциональной. Однако, если препарат все-таки обладает кумулятивными свойствами, необходима детальная проработка вопросов его фармакокинетики, а также определение точных и недвусмысленных критериев накопления самого лекарственного средства в организме или кумуляции его воздействия на организм. Необходимы знания о критериях (индикаторах) передозировки и разработка мер помощи при возникновении соответствующих инцидентов.

Для препаратов этой группы устанавливаются повышенные требования к безвредности. Как правило, необходимо проведение токсикологических исследований при шестимесячном введении препарата. В большинстве случаев не допускается наличие местнораздражающего действия. Кроме общей токсичности требуется исследование влияния на репродуктивную функцию, тератогенность, иммунотоксичность, весьма желательны сведения об отсутствии канцерогенности. Необходимы также сведения о развитии синдромов привыкания и отмены препарата, возможности формирования зависимости.

Для этой группы лекарственных средств необходимым является более внимательное отношение к исследованиям возможности взаимодействия с другими лекарственными средствами. В первую очередь это касается вероятности суммации, потенцирования и аддитивного действия или, напротив, ослабления действия, влияния на фармакокинетику (всасывание, распределение в тканях организма, выведение почками и кишечником, метаболизм в печени) друг друга, а также возможной функциональной несовместимости. Имеет значение также совместимость препарата с основными пищевыми продуктами.

Первичная или вторичная упаковка продукта, являющаяся единицей отпуска в аптеке, должна содержать такое количество единичных доз

препарата, которое необходимо для минимального курса терапии иликратно ему. Обычно упаковки содержат большое количество препарата.

Клинические испытания должны охватывать эффективность препарата при различных формах данной патологии. Они, как правило, проводятся на большом количестве больных и здоровых добровольцев. Особое внимание при клинических испытаниях уделяется побочным эффектам и проявлениям токсичности. Все случаи проявления и вариантов того и другого тщательно фиксируются и в дальнейшем отражаются в инструкции по применению.

В случае доказанной клинической эффективности и безвредности препарата вопрос с механизмом действия может оставаться частично или даже полностью нерешенным. Примером может служить такой препарат, как толперизон. Однако при этом основные изменения, наступающие под влиянием применения препарата в наиболее важных функциональных системах организма, имеющих отношение к данной патологии, должны быть выявлены и увязаны с влиянием препарата на патогенез заболевания.

Большое значение для таких препаратов кроме восстановления нарушенных патологическим процессом функций имеет стойкость (продолжительность) ремиссии. Особенную ценность ремиссия заболевания, наступающая под влиянием использования препарата, приобретает тогда, когда она может не сопровождаться поддерживающим применением лекарства.

При применении этих препаратов допускаются стойкие изменения регуляторных систем организма. В отдельных случаях они являются гарантом и средством обеспечения приемлемого состояния адаптивных функций (удовлетворительной работоспособности, отсутствия болезненных проявлений, достаточного качества жизни).

5. Симптоматическая терапия

Главной потребностью использования препаратов этой группы выступает необходимость устранить какой-либо симптом, проявление патологического процесса или воздействовать на иные факторы, сопутствующие патологии и оказывающие отрицательное влияние на состояние больного. Это может быть боль, нежелательные физиологические реакции (рвота, икота, тошнота, спастические состояния, слюнотечение или сухость во рту и т. д.). Кроме устранения дискомфорта или повышения качества жизни основанием для применения этой группы препаратов могут быть создание условий для выполнения каких-либо медицинских манипуляций, например повышенное слюноотделение может оказаться помехой при выполнении неких вмешательств в полости рта, а слезотечение – в глазу.

Применение этих препаратов не предполагает тщательного изучения воздействия на патологический процесс того заболевания, для лечения которого данный препарат используется. Как правило, они не предназначены для терапии какой-то определенной патологии, а используются при разнообразных заболеваниях. В то же время точное представление о том, за счет изменения какого функционального механизма происходит коррекция соответствующего состояния или устранение симптома, знать необходимо. Обязательно также понимание того, при каких заболеваниях данный препарат использован быть не может и почему.

В случае возникновения необходимости в многократном введении данного препарата обязательны данные о возможном развитии лекарственной зависимости или синдрома отмены.

6. Поддерживающая терапия

При ряде заболеваний, после применения терапевтических доз препарата и достижения требуемого функционального состояния, существует необходимость постоянно продолжать прием лекарственного средства в меньших дозировках, или воспользоваться иным средством, менее активным и одновременно менее токсичным или обладающим менее выраженным побочным действием. Такое применение, называемое поддерживающей терапией, нередко носит пожизненный характер.

Для таких средств обязательным условием является высокая степень безвредности, точное представление о возможных побочных эффектах, возможных ситуациях лекарственной и пищевой несовместимости. Необходимо иметь представления об изменении реакции систем организма при длительном режиме применения. Например, известно, что длительное введение в организм препаратов с рецепторным механизмом действия приводит к компенсаторному изменению количества рецепторов или их чувствительности к препарату в направлении, противоположном тому, в котором изменялась активность данной рецепторной системы при действии препарата. Так, при использовании агонистов рецепторов их пул сокращается, в то время как при применении антагонистов — увеличивается.

К исследованиям таких препаратов, как правило, также предъявляются более строгие требования в отношении изучения фармакокинетики и фармакодинамики препарата.

7. Паллиативная фармакотерапия

Паллиативной терапией называется лечение заболеваний, выздоровление при которых, наступление стойкой ремиссии или даже достаточно долгое продление жизни оказывается невозможным. Паллиативная терапия, направлена, во-первых, на максимально возможное про-

дление жизни, во-вторых, на облегчение страданий, вызванных патологией. Часто речь идет об основных физиологических отправлениях организма (мочепускание, дефекация), парентеральное питание и т. д.

Поскольку человек, получающий паллиативную фармакотерапию, неизлечим и долго не проживет, главным свойством лекарственных средств, относящихся к данной группе препаратов, является способность снижать страдания и продлевать жизнь. При этом такие свойства, как побочное действие, токсичность, канцерогенность, возможное развитие привыкания или пристрастия отходят на второй план. При доказанной эффективности второстепенным вопросом становится и знание механизма действия. Наиболее часто средствами паллиативной терапии являются наркотические анальгетики и средства противоопухолевой химиотерапии.

Например, когда речь идет о противоопухолевых препаратах, требования к их безвредности оказываются существенно сниженными — многие антибластомные средства являются высокотоксичными химическими соединениями. Вопросы безвредности таких препаратов имеют второстепенное значение. И хотя изучение безвредности цитостатиков проводится не с меньшей, а даже большей тщательностью, чем аналогичные исследования большинства других препаратов, требования к безопасности и побочному действию этих лекарственных средств гораздо ниже.

8. Устранение этиологического фактора заболевания или уменьшение его влияния на организм

Лечение, направленное на устранение основного фактора, вызвавшего заболевание, получило название этиотропной терапии. Наиболее распространенными вариантами этиотропной терапии являются химиотерапия инфекционных и паразитарных заболеваний и антидотная терапия. Главное требование, предъявляемое к этиотропной терапии, состоит не только в устранении болезнетворного агента из организма, но и в наиболее полном разобщении механизма его устранения и функциональных систем организма человека — биохимических и физиологических процессов организма. Если речь идет о заболевании, когда ведущим этиологическим фактором заболевания является другой организм, то воздействие фармакотерапии должно быть направлено на такой физиологический процесс данного организма, который совершенно отсутствует в организме человека. Уничтожение этого организма приводит к ликвидации заболевания, никак не отражаясь на состоянии здоровья человека. Если речь идет об антидотной терапии, то реакция взаимодействия токсиканта и антидота не должна нарушать исправной работы физиологических систем организма. Эффективность решения проблемы целиком зависит от четырех обстоятельств.

Во-первых, речь не всегда идет об этиотропных факторах, которые выглядят таковыми с позиции прямой логики. Для большей ясности проанализируем два примера. В первом случае рассмотрим инфекционное заболевание. Нередко причиной инфекции является не наличие болезнетворных организмов само по себе, особенно если речь идет не о высококонтагиозных заболеваниях, а ослабление защитных систем организма – иммунитета. Так, нагноение в ране развивается при попадании в нее микроорганизмов в количестве большем, чем $1 \cdot 10^4$ микробных тел на 1 см^2 . В качестве второго примера можно взять, например, переохлаждение. При кажущейся очевидности того, что этиологическим фактором является холод, основная причина гипотермии состоит не в нем. Каждой зимой мы можем постоянно наблюдать, как люди помногу часов находятся на улице, иногда на сильном морозе, без всяких последствий для собственного здоровья. Причина переохлаждения – в плохой организации работы, недостаточном и несоответствующем питании, отсутствии адаптации к холоду, переутомлении и т. д. Простое согревание – прямое противодействие этиологическому фактору также может не дать нужных результатов. Больного нужно не только согреть, но и накормить, дать возможность отдохнуть, возможно, оказать медикаментозную помощь сообразно состоянию.

Во-вторых, этиотропный фактор к моменту воздействия терапии успевает вызывать определенные нарушения в организме. Таким образом, мы воздействуем на функциональную ситуацию, в которой одного только этиотропного воздействия оказывается недостаточно.

В-третьих, устранение этиотропного фактора может привести к сопутствующим нарушениям, отрицательное влияние которых должно быть компенсировано. Примером может служить дисбактериоз при применении антибиотиков и выведение многих полезных веществ при применении сорбентов, что принимается во внимание гораздо реже, чем угроза дисбактериоза. Тем не менее поглощение биологически активных веществ из кишечника сорбентами является значимым фактором.

В-четвертых, средства, избранные для терапии, одновременно с решением проблемы могут вступить во взаимодействие с разного рода функциональными системами с нежелательными последствиями для результата лечения. Так, подавление микрофлоры с помощью гентамицина может привести к нарушению слуха в результате нарушения функции слухового нерва.

9. Воздействие на патогенез заболевания (патогенетическая фармакотерапия)

Удовлетворение этой потребности достигается препаратами, корректирующими определенные звенья патологического процесса. Такое

воздействие приводит к изменениям в течение заболевания, положительно сказывающихся на его развитии и состоянии больного. Основным требованием к процессу разработки таких препаратов является доскональное изучение процессов, лежащих в основе развития болезни, которое предстоит лечить данным препаратом, и значение механизма, который модифицируется используемым средством.

При этом нужно отчетливо представлять, к каким последствиям приведет данное вмешательство не только непосредственно во время лечения. Эффективность лечения должна оцениваться не по наблюдаемым в процессе его проведения изменениям, а по отдаленным результатам, в первую очередь по увеличению продолжительности жизни и уровню смертности от соответствующей патологии. Наблюдаемые в процессе лечения улучшения состояния больных могут создать иллюзию положительного влияния лекарственного препарата на развитие патологии, в то время как позитивных сдвигов в патогенезе на самом деле нет. Это происходит потому, что внимание нередко фиксируется прежде всего только на определенных проявлениях заболевания. Интегративные показатели при этом упускаются из виду.

Например, при гипертонической болезни главным показателем является повышенное артериальное давление. Нормализация давления является индикатором улучшения процесса заболевания – терапевтического эффекта. Однако с формальной точки зрения, как бы парадоксально это ни звучало, больному совершенно безразлично, какое у него давление. Его интересует то, как долго он проживет и каковы при этом будут его трудоспособность и качество жизни. Именно эти критерии должны быть отправными точками для суждения о том, насколько рациональной (и в конечном итоге патогенетической) является терапия.

T.J. Wang, с соавт. (1999), изучая стратегии современной терапии гипертонической болезни, показали, что наиболее продвигаемыми в настоящее время средствами для лечения данной патологии являются блокаторы кальциевых каналов и ингибиторы АПФ. Причем наблюдается отчетливая тенденция к увеличению использования этих препаратов. Однако реальное увеличение продолжительности жизни больных гипертонией и снижение их смертности от сердечно-сосудистой патологии наблюдается только при использовании β -адреноблокаторов и диуретиков. В то же время доля использования этих препаратов в терапии артериальной гипертензии неуклонно снижается. Авторы делают вывод о том, что эта ситуация является следствием давления субъектов рынка (в первую очередь производителей), продвигающих новые препараты.

10. Заместительная фармакотерапия

Заместительная фармакотерапия имеет своей целью восполнить дефицит некоего субстрата, синтезирующегося в организме в норме, воспроизведение ресурса которого по каким-то причинам оказывается нарушенным.

Средства, предназначенные для удовлетворения данной потребности, должны соответствовать ряду требований. Прежде всего речь идет об идентичности тем субстратам организма, которые замещают. При этом недостаточно простого доказательства химической идентичности. Необходимо выполнение специального исследования, доказывающего, что вводимый субстрат ведет себя в организме точно так же, как его естественный аналог.

Вторым требованием является изучение биодоступности данного вещества. Поскольку пути попадания лекарства к клеткам или молекулам мишеням отличаются от естественных путей распределения в организме гормонов, медиаторов и других биологически активных молекул, необходимы доказательства того, что вводимое вещество достигнет цели. В некоторых случаях в организм вводятся не сами активные вещества, а их предшественники. Таким образом, достигается улучшение процессов синтеза данного вещества.

Существенной проблемой для данной группы препаратов является режим введения. Дело в том, что секреция естественного агента происходит в организме постоянно или в ответ на какое-то воздействие. Лекарство вводится дробно от одного раза в сутки до 5–6, более частое введение оказывается проблематичным, особенно если лекарственный препарат находится в инъекционной форме. Зачастую в физиологических условиях эта секреция осуществляется порциями с определенными интервалами. Имитировать эту порционность и, соответственно, физиологическую динамику концентраций вещества в крови оказывается особенно трудно. В отдельных случаях прибегают к специальным устройствам, которые больной носит на себе или ему имплантируют под кожу. Эти устройства обеспечивают необходимый режим поступления препарата в организм больного. Другим вариантом являются разнообразные пролонгированные лекарственные формы, которые образуют депо в месте введения, обеспечивая постепенное попадание вещества в кровь.

Существенной проблемой препаратов этой группы является тот факт, что несоответствие путей доступности, формирование пиковых концентраций, некоторые отличия в химической структуре приводят к тому, что организм начинает реагировать на данное вещество, как на ксенобиотик. При этом усиливаются процессы его элиминации печенью или развивается иммунная реакция с выработкой антител к данному

веществу. Беда состоит в том, что объектом этих реакций может стать и тот натуральный субстрат организма, на ликвидацию дефицита которого ориентирован лекарственный препарат.

11. Повышение качества жизни здоровых людей

Представление о возможности и необходимости в изменении (улучшении) качества жизни здорового человека связано с появлением в середине прошлого века концепции Н.В. Лазарева о так называемом состоянии неспецифически повышенной сопротивляемости (СНПС). Лазарев считал, что организм в этом состоянии обладает повышенной резистентностью по отношению к различным повреждающим воздействиям, включая биологические факторы, вызывающим различные заболевания. Ввести организм в это состояние возможно, в частности, с помощью особых веществ – адаптогенов, причем наиболее эффективными оказались адаптогены природного происхождения, к которым относится большая часть популярных средств народной медицины.

Среди этих средств наиболее известными являются препараты женьшеня, лимонника китайского, элеутерококка, левзеи, стрекчулии, родиолы, аралии маньчжурской, заманихи, пантокрин, апилак, маточное молочко. Несмотря на гигантские по своим масштабам медицинские исследования, посвященные адаптогенам, проведенные в бывшем Советском Союзе, эта группа препаратов не получила сколько-нибудь значимого распространения в мире, а результаты их медицинских исследований, проведенных у нас, были встречены с большим скепсисом основной массой фармакологов в мире.

Такая реакция мировой общественности была обусловлена рядом причин. Во-первых, практически все препараты этой группы были представлены примитивными лекарственными формами – суммарными экстрактами. Во-вторых, основные действующие вещества этих препаратов были изучены лишь приблизительно. Большой неопределенностью отличались все исследования, касающиеся механизма действия препаратов. Практически отсутствовали представления о физиологических, клеточных или молекулярных мишенях воздействия препаратов. В-третьих, концепция СНПС, предьявляемая в качестве фундаментальной базы для объяснения механизма действия адаптогенов во многом носила гипотетический характер и обладала чрезвычайно слабой доказательной базой. Однако, в-четвертых, самой главной ошибкой разработчиков адаптогенных препаратов было недопустимо широкое их позиционирование. Адаптогены рекомендовались к применению практически при всех заболеваниях и проблемах со здоровьем, исключая разве что саму смерть. Такая позиция приводила к дезориентировке потребителя и создавала противоречивые мотивационные состояния. Например,

практически все адаптогены положительно влияют на репарацию раневого дефекта, стимулируя процессы пролиферации. С этой точки зрения они должны ускорять рост опухолей. Однако в других исследованиях, проведенных под руководством К.В. Яременко (2005), демонстрировалось, что адаптогены оказывают прямое противоопухолевое действие, а также повышают эффективность химиотерапии опухолей, снижая токсичность цитостатиков, одновременно повышая их противоопухолевую активность и снижая уровень метастазирования. Подобные результаты с точки зрения доказательной медицины, выглядят явно противоречивыми. Они нуждаются в хорошо обоснованном механизме, обеспечивающим указанные эффекты. Одних фактов, полученных на животных с переливаемыми опухолями, оказывается явно недостаточно.

Исходя из определения адаптогенной активности гласящего, что адаптогены – природные или синтетические вещества, повышающие сопротивляемость организма заболеваниям и приспособляемость к условиям существования первичной, прямо следует, что это в полном смысле слова препараты, предназначенные для повышения качества жизни здоровых людей, помогающие им сберечь здоровье в условиях стрессовых нагрузок. Их применение должно способствовать профилактике значительного числа заболеваний, что и было показано многочисленными исследователями, проведенными медиками Советского Союза.

Тот факт, что причина неуспеха адаптогенов кроется в неправильном их позиционировании и совершенно неэффективной маркетинговой деятельности, а также в недопустимо низком качестве фармацевтических разработок в области адаптогенов, подтверждается примером иного препарата. Швейцарская фирма «Pharmaton» создала лекарственное средство «Гинсана» на основе корня женьшеня (классический представитель растительных средств с адаптогенной активностью). При этом, во-первых, была создана хорошая лекарственная форма – желатиновые капсулы, содержащие густой водный экстракт корня женьшеня, стандартизованный по содержанию восьми основных гинзенозидов. Во-вторых, фирма очень точно позиционировала препарат, ограничив его применение в качестве средства улучшения работоспособности здоровых людей в условиях повышенных нагрузок. Таким образом, целевым сегментом рынка стало все работоспособное население. Кроме того, обеспечение хорошей работоспособности является насущной потребностью практически любого работающего человека, и за средство, обеспечивающее удовлетворение этой потребности, люди готовы платить. В-третьих, фирма провела тщательные исследования, направленные на выяснение механизма действия препарата именно в этом аспекте. Было установлено, что прием «Гинсаны» улучшает кислородный

обмен, чем и объясняется положительное его влияние на работоспособность, как мышечную, так и умственную. В результате после выведения препарата на рынок он имел ошеломляющий успех на фармацевтических рынках всех стран Европы Северной и Южной Америки, Африки и Юго-Восточной Азии.

Нужно сказать, что процесс продвижения на рынок препаратов этой группы осложняется одним обстоятельством. Если человек считает себя здоровым, он не осознает необходимости принимать какие-то лекарственные средства. Потребность в использовании средств, оптимизирующих состояние организма при отсутствии выявленной патологии, на сегодняшний день культурально не сформирована. Подобные средства представляют собой достаточно новое явление в фармации и фармакотерапии. Выведение их на рынок требует усилий по активному формированию спроса. Здесь оказывается недостаточным дать покупателю понять, что у препарата имеются некие свойства. Прежде всего потенциальный потребитель должен уяснить себе суть потребности и то, что у него эта потребность имеется. Затем ему можно объяснить, что эта проблема решаема и что вполне нормально решать ее с помощью определенных препаратов. Нужно также добавить, что, поскольку речь идет о вмешательстве в физиологические процессы здоровых и активно работающих людей, препарат должен обладать максимальной степенью безвредности.

12. Препараты-пустышки (плацебо)

С первого взгляда кажется некорректной сама постановка вопроса о том, что у кого-то может быть потребность в препаратах, которые не обладают никакой активностью и применение которых с целью терапии неких недугов опирается на простой самообман.

Однако существует достаточно большое количество людей, для которых такая ситуация имеет определенную нередко весьма сильную мотивационную привлекательность. Суть феномена «плацебо» уже описывалась выше. В чем же состоит суть феномена потребности?

Дело в том, что у человека существует выраженная потребность контролировать ситуацию. Не исключением является контроль над состоянием собственного организма. Однако лекарственные препараты, являющиеся средствами такого контроля, могут иметь некие нежелательные свойства (побочное действие) или представляться субъекту слишком будничными, простыми. При этом эта обычность в эмоциональном интеллекте интерпретируется как синоним низкой эффективности. В некоем конкретном случае, имеющем для человека особое эмоциональное значение, хочется применить особое средство. Если при этом речь не идет о ситуации, связанной с жизнью или возможной ин-

валидностью, идеальным вариантом является плацебо. В самом деле, в качестве плацебо используются, как правило, абсолютно безвредные вещества, вдобавок лишённые какой-либо активности, так что побочных эффектов гарантированно не будет. Плацебо можно приписать любые свойства и, красочно описав их (особенно если при этом использовать эмоциональную поддержку «больных», якобы излечившихся этим средством), пробудить в сознании пациента состояние ожидания эффекта. В отношении плацебо можно сочинить любую легенду или историю его происхождения. Например, что это рецепт древней китайской (вьетнамской, индийской, индейской) медицины, секретное средство тамплиеров или масонов и т. д. Если при этом больной с доверием относится к данной ситуации, феномен ожидания свое действие окажет. Пусковым стимулом активирующим эффект препарата окажется факт его приема. Если в добавок процедуру приема обставить в виде некоего относительно сложного ритуала, то эффект плацебо окажется усиленным. На использовании этой технологии паразитируют почти все сетевые компании, занимающиеся распространением биологически активных добавок к пище. Классическим примером успешного продвижения такого препарата на рынок является «Циганпан».

В качестве информационного сопровождения таких препаратов, как правило, фигурирует надуманная концепция их фармакотерапевтической активности, созданная на основе популистских социальных тенденций в области фармакотерапии. В отдельных случаях эта концепция подкрепляется фальсифицированными экспериментальными исследованиями или реальными данными экспериментов, проведенных с использованием методик с заведомо низкой валидностью. В любом случае вся эта информация ориентирована на низкий уровень теоретической подготовки и медицинских знаний потребителей, возможно, на недостаток интеллекта.

13. Субстратная терапия

Субстратная терапия направлена на восполнение дефицита какого-либо из веществ, в норме поступающих в организм в достаточном количестве с пищей. Наиболее частым вариантом субстратной терапии является прежде всего восполнение дефицита витаминов при авитаминозе. Введение витаминов может быть показано не только при их недостатке. В некоторых случаях возникает необходимость создания в организме повышенных концентраций отдельных представителей этой группы веществ. Например, прием витамина С – аскорбиновой кислоты – часто используется при терапии воспалительных заболеваний и связан с выраженными антиоксидантными свойствами этого соединения. Повышенные концентрации тиамин (витамин В₁), пиридоксина (витамин В₆)

и цианкобаламина (витамин В₁₂) дают положительный эффект при заболеваниях нервной системы.

Вторым распространенным случаем субстратной терапии является парентеральное питание, которое используется в лечении ослабленных больных, у которых, вследствие выраженной дистрофии нарушены процессы пищеварения и усвоения важных элементов пищи. Третьей из наиболее распространенных ситуаций является восполнение дефицита кальция при остеопорозе. Последний пример может служить иллюстрацией к тому, что при субстратной терапии недостаточно простого введения недостающего вещества в организм. Необходимо оптимизировать процесс его попадания в те функциональные системы и структуры организма, где его не хватает. Так, дефицит кальция требует не столько введения кальция с пищей, сколько витамина D. Именно витамин D обеспечивает включение кальция в состав костной ткани. Простое насыщение организма кальцием может привести к образованию камней в почках и отложению кальция (образования петрификатов) во внутренних органах.

14. Фитопрепараты

Использование фитопрепаратов, или препаратов лекарственных растений, представляет собой особую форму предпочтений или потребностей, имеющих не рациональную, а, скорее, культуральную природу. Возникновение такой потребности связано с тем, что в 50–70-х годах прошлого века стремительный прогресс в области химии привел к появлению значительного числа (около 20) новых классов лекарственных препаратов. При этом проблемы, существовавшие в области терапии многих тяжелых заболеваний, таких как онкологическая патология, психозы, невротические расстройства и целый ряд других нозологических форм, казавшиеся неразрешимыми, начали решаться. Эта ситуация породила иллюзию во всемогущности прогресса в области естественных наук, в первую очередь химии. В обществе укоренилось мнение, что прогресс в сфере медицины связан в первую очередь с синтетическими лекарственными препаратами. При этом использование растительных средств нередко считалось признаком низкой культуры.

Однако с течением времени прогресс в области химии лекарственных препаратов сменился стагнацией. Состояние застоя заставило общество вновь обратить внимание на лекарственные растения. На повестку дня был вынесен тезис о том, что лекарственные растения, хотя и обладают лишь умеренной активностью, совершенно безвредны. Мало кого смущает мысль о том, что последнее утверждение верно лишь в том аспекте, что лекарственные растения обладают низкой токсичностью и побочным действием только по той причине, что все наиболее

активные растительные средства уже давно «попались на глаза» исследователям и используются в медицине. Тем не менее мода на лечение травами представляет собой достаточно сильное социальное явление, и разработка новых лекарственных препаратов на основе растительного сырья имеет если не строго научный, то во всяком случае коммерческий смысл. Главной проблемой фитотерапии в свете требований доказательной медицины выступает выявление действующих веществ растений и изучение механизма их терапевтического действия.

Существенную проблему в сфере разработки новых лекарственных препаратов составляют источники сырья и стандартизация конечного продукта. Основной причиной этой проблемы является то, что химический состав растения существенно меняется в зависимости от места произрастания и года сбора биомассы растения. Важна технология сбора. Нужно точно определять, какую часть растения необходимо собирать: только листья, верхние побеги, всю надземную часть или корни, цветки и т. д. Это связано с тем, что химический состав суммы действующих веществ в растении существенно отличается в различных частях растения, а также в зависимости от стадии вегетации.

Это очень хорошо видно на примере чая. Существуют значительное количество сортов чая, которые отличаются именно тем, что собираются различные части растения и в разные стадии вегетации. Это обстоятельство обуславливает требование того, чтобы степень измельчения растительного сырья в упаковке позволяла определить, какие части растения были собраны. В этой связи более рационально брать сырье, расфасованное в пачках ангро, а не в фильтр-пакетах, где очень часто растение измельчено до порошковидного состояния. Слишком мелкое измельчение сырья, кроме того, нарушает условия экстракции биологически активных веществ растений против оптимальных – в раствор начинают переходить многие балластные соединения, что ухудшает потребительские свойства продукта.

Значимую роль для качества сырья играют также место произрастания, характер почвы и климатические условия года сбора сырья. В связи с тем, что источники сырья растений в природе ограничены, большое значение имеет плантационное выращивание растений, иначе это называется интродукцией. Основная часть препаратов изготавливается из интродуцированного сырья. Важно понимать, что при интродукции растений они должны выращиваться на относительно истощенных почвах. Это связано с тем, что основные биологические вещества растений представляют собой так называемые вторичные метаболиты – вещества, обеспечивающие выживание растений в условиях не очень благоприятной среды. На хорошо удобренных почвах и при идеальных условиях

жизни накопление в растении вторичных метаболитов будет минимальным. Биологическая активность такого сырья будет низкой.

15. Адьювантная терапия

Адьювантной называется такая терапия, которая имеет по отношению к основному методу лечения вспомогательное значение. Она дополняет его, препятствует рецидиву заболевания, способствует восстановлению функций, нарушенных в результате заболевания или травматичного (токсичного) терапевтического вмешательства. Чаще всего под адьювантной терапией понимают проведение химиотерапии после хирургического удаления опухоли, а также витаминотерапию при ряде заболеваний.

4.3. Мотивационные состояния субъектов фармацевтического рынка и их взаимодействие

Вне зависимости от описанных выше потребностей каждый из субъектов фармацевтического рынка, обладающих влиянием на механизм формирования мотивации к употреблению препарата, испытывает собственный интерес к процессу оборота данного препарата на рынке. При этом все субъекты оказываются тесно связанными с процессом движения лекарственного средства от производителя к потребителю, в общем и целом осведомлены о характере взаимоотношений в рыночной среде и заинтересованы в сотрудничестве.

Нередко можно услышать мнение, что наличие индивидуальных интересов у различных субъектов рынка приводит к разбалансировке рыночных механизмов и необходимо вмешательство средств государственного регулирования, чтобы отношения складывались гармонично. Однако при этом нельзя забывать, что одним из наиболее важных свойств рынка является значительное влияние законов самоорганизации в управлении его процессами. При этом законы самоорганизации, несмотря на свою простоту, действуют часто весьма императивно и при правильном понимании делают ситуацию достаточно предсказуемой. Самое главное, что принципы самоорганизации позволяют принимать взвешенные решения в условиях многофакторных систем, создающих значительные сложности при попытке их логического анализа. Так, ценообразование в условиях свободных рыночных отношений быстро приводит к формированию цены на товар (услугу) в соответствии со сложностью его изготовления, уровнем затрат, индивидуальной и социальной значимостью, доступностью или эксклюзивностью сырья, необходимого для производства, количеством производителей и многих других возможных факторов, способных повлиять на цену изделия.

Потребность является всего лишь одним из операторов, участвующих в формировании мотивации. В системной организации функций, обеспечивающих высшую нервную деятельность, принято выделять оператор – некий механизм или явление, играющий определенную роль – и состояние, способное влиять на функциональную активность оператора. Рассматривая сферу оборота лекарственных препаратов как один из видов поведения, можно сказать, что главными операторами являются: 1) потребность; 2) результат поведения; 3) действия, ведущие к получению результата и 4) амбивалентные последствия поведения. Амбивалентными последствиями поведения называются такие его последствия, которые не включаются в результат, необходимый субъекту, но неизбежно или очень вероятно возникают в процессе совершения поведения. Нужно помнить, что операторы – это лишь образы (представления), существующие в сознании субъекта. При этом нельзя забывать, что состояние может модифицировать потребность как таковую или изменять ее восприятие субъектом. Последнее свойство создает возможность влиять на мотивационные процессы с помощью так называемых иррациональных обращений – информационных воздействий, не имеющих реального мотивационного значения, но выглядящих как таковые.

Существует четыре основных фактора, определяющих влияние контекста ситуации на параметры мотивационных процессов и таким образом способных влиять на формирование мотивации через воздействие на состояние высшей нервной деятельности. То есть эти факторы фактически влияют на образование состояния, модифицирующего работу операторов в процессе формирования мотивации. Этими факторами являются величина осознаваемой потребности, ее значимость, фактор времени (его дефицит или избыток) и число степеней свободы принимаемого решения.

У каждого из субъектов фармацевтического рынка все элементы формирования мотивации – операторы и факторы формирования состояний высшей нервной деятельности, модифицирующие активность этих операторов, – имеют специфические отличия, однако они оказываются функционально связанными условиями фармацевтического рынка не как субъективности в экономических отношениях, а как психофизиологического явления в сфере социального поведения человека. Нужно при этом заметить, что все попытки противопоставить друг другу или разделить психофизиологические и экономические аспекты рыночных отношений являются лишь следствием разницы в парадигмах

соответствующих наук и ведут к неточностям или явной ошибочности понимания наблюдаемых явлений.

Рассмотрим специфику формирования мотиваций по операторам у различных субъектов фармацевтического рынка и их взаимодействие в процессе развития рыночных отношений.

Пациенты

Потребности. Основные потребности пациентов заключаются в восстановлении здоровья, профессиональной и общей дееспособности (или хотя бы повышении ее до приемлемого уровня), улучшении качества жизни и т. д.

Результатом лечения для пациента выступают: достижение определенного уровня качества жизни, степень возврата к нормальному уровню функционирования различных органов и систем, повышение уровня адаптированности в условиях среды.

Действия и затраты заключаются в оплате стоимости лечения, потере времени на диагностические и лечебные процедуры, степени и длительности утраты трудоспособности. Здесь имеются в виду не только потеря трудоспособности, связанная с наличием заболевания, но и та, что вызвана применяемыми препаратами. Так, сильные анксиолитики нарушают функции внимания и памяти, что для большинства людей оказывается несовместимо с профессиональной деятельностью.

Амбивалентными последствиями поведения для пациентов оказываются побочное и токсическое действие препаратов, ксенобиотическая нагрузка на организм, стойкая или длительная модуляция функциональных систем организма.

Функциональная роль факторов формирования состояний по операторам в существенной мере зависит от сектора рынка, целевой группы потребителей и конкретного контекста ситуации, а также величины и значимости амбивалентных последствий поведения.

Если структура мотивационных состояний больных достаточно понятна и недвусмысленна, то мотивации остальных субъектов фармацевтического рынка формируются на значительно более сложной основе.

Врачи

Потребности. Потребности врачей отчетливо делятся на те, которые он ориентирует на достижение благополучия больного, и те, которые соответствуют его собственным интересам. В отношении самого себя врач, назначая лечение, испытывает потребность демонстрации собственной профессиональной квалификации в глазах как больного, так и всего сообщества. С этой потребностью оказываются связанными такие нужды врача, как уровень заработной платы, социальный статус и собственное позиционирование в сфере профессиональных интересов

(насколько эксклюзивным или обычным является его способность оказывать медицинскую помощь эффективно). Кроме того, поведение врача направляется естественным альтруистическим поведением, механизмом и значимость которого были описаны в гл. 1.

С позиции интересов больного врач осуществляет конверсию потребности больного в ту ее форму, которая достижима с помощью современных медицинских технологий. При этом врач должен понимать и решать, какой из 15 вариантов потребностей, поименованных в разд. 4.2, является наиболее соответствующим для состояния больного и контекста ситуации.

Результаты. Важнейшим результатом поведения для врача, кроме удовлетворения потребности в альтруистическом поведении, является то, что хорошая эффективность лечения подтверждает его высокий уровень профессионализма и, следовательно, обеспечивает получение ожидаемого денежного вознаграждения, создает популярность и социальный статус.

Для больного оказанная медицинская помощь приводит к восстановлению трудоспособности, улучшению качества жизни или иным позитивным результатам, что вызывает чувство удовлетворения у врача, если достигнутые результаты соответствуют ожиданиям больного, вследствие чего они позитивно им оцениваются.

Действия. С точки зрения собственных интересов врач должен постоянно повышать свой уровень знаний и квалификации, следить за уважительным отношением к собственному труду и его адекватной оценке, уделять внимание саморекламе и презентации собственных достижений.

Для больного врач должен прежде всего организовать все терапевтические мероприятия, ведущие к получению необходимого результата. Кроме этого, он должен обратить внимание на индивидуальные особенности пациента. Очень важно довести до сознания больного значимость для него результатов лечения и выгод того функционального состояния, которое будет достигнуто с использованием данного препарата (метода лечения). Обоснованность терапевтических мероприятий особенно важна при использовании травматичных, токсичных или калечащих методов воздействия. Врач должен не просто убедить больного в необходимости воздействия, но показать ему позитивный характер результата такого воздействия по сравнению с возможными последствиями отказа от лечения. При этом сопротивление больного таким методам лечения отличается мощной эмоциональной окрашенностью, в то время как врач, отстаивая интересы больного, должен основываться на логике

ситуации и максимально избавиться от эмоциональных реакций в процессе принятия решения.

Амбивалентные последствия поведения. Главными амбивалентными последствиями поведения со стороны врача выступают формирование установок с двойным стандартом, высокое психоэмоциональное напряжение и контрустановочное поведение. Об установках с двойным стандартом речь пойдет ниже. Высокое психоэмоциональное напряжение, сопровождающее деятельность врача, связано с тем, что он постоянно имеет дело со страданием пациентов и их негативными эмоциями, вызванными заболеванием. Такая эмоциональная нагрузка ведет к эмоциональному выгоранию. Нередко врачи прибегают к психологической защите от такого отрицательного влияния избыточного психоэмоционального напряжения. Эта защита может проявляться в виде грубости, равнодушия, циничных шуток по отношению к больным.

Контрустановочное поведение, как правило, проявляется в виде феномена достаточности оправдания. Формирование этого феномена по своей сути связано с несоответствием требований поведения, основанного на медицинской этике, условиям работы либо возможностям нервной системы конкретного человека. Оканчивая медицинский вуз, люди в основном искренне верят в то, что они будут помогать людям, решать некоторые проблемы, связанные со здоровьем, спасать жизни. Начиная работать, они сталкиваются с тем, что многие лекарства малоэффективны, болезни поддаются лечению с трудом, больные часто разочаровываются в лечении, верят всяким шарлатанам и платят им большие деньги, нарушают режим и т. д. В больницах часто не хватает самого необходимого оборудования, многие методы лечения устарели. Имея реальную нагрузку в 25 больных или 6–15 минут на прием одного больного в поликлинике, врач не в состоянии разобраться с каждым отдельным случаем, времени на самообразование не хватает, а низкая заработная плата не стимулирует добросовестное отношение к служебным обязанностям. Со временем у этих людей формируются оправдательные установки, согласованные с поведением. Они начинают верить в то, что ничего для помощи другим людям сделать нельзя, что люди не заслуживают большой помощи и сами виноваты в своих болезнях.

Для больного амбивалентные последствия поведения, ориентированные на врача, проявляются в сомнениях в правильности его действий, подозрении в своекорыстии, непонимании причин назначения тех или иных лекарств.

Наиболее существенными факторами формирования состояний в психической сфере врача, модифицирующих мотивационные процессы, связанные с действием медицинского персонала, являются значимость и

величина потребности. Фактор числа степеней свободы имеет для врача специфическое значение. Значительное число степеней свободы попросту означает наличие большого числа вариантов оказания эффективной помощи, и если для больного это выливается в сложность выбора варианта этой помощи, то для врача, наряду с когнитивным диссонансом создает опасность потери клиентуры, так как существует высокая вероятность, что больной предпочтет другой способ лечения (лечение другим методом, у другого врача). Этот фактор создает определенные условия давления со стороны больного на решения, принимаемые врачом. Так, если есть какой-то «модный» лекарственный препарат и на основании какой-то информации у больного складывается впечатление, что ему нужно именно это лекарственное средство, а врач настаивает на назначении другого, то больной может воспользоваться услугами другого, более сговорчивого доктора.

Провизоры и фармацевты

Потребность. Работники аптек в процессе продажи препаратов, обслуживая клиентов, находятся под влиянием ряда потребностей. Кроме чисто альтруистического поведения, состоящего в помощи ближнему, они заинтересованы в формировании дохода для аптеки, от которого зависит и их заработок. Поэтому они хотят продавать в первую очередь дорогостоящие препараты. Вторая их потребность состоит в том, чтобы весь ассортимент аптеки реализовывался полностью – препараты с истекшим сроком годности никто не купит, да и продавать противозаконно, но после истечения срока годности их придется уничтожить, а это принесет аптеке убытки. Существенной потребностью в деятельности фармацевта и провизора является привлечение клиента в аптеку и формирование лояльной данной аптеке клиентуры. Эта цель достигается с помощью проведения консультаций и одновременного внимательного ознакомления с проблемами данного больного. Причем важным является не сама рекомендация эффективного лекарственного препарата, а то, насколько внимательно был больной выслушан. Хорошее впечатление, произведенное консультантом на клиента, ведет не только к тому, что последний придет в эту аптеку повторно, но и что он рекомендует ее своим знакомым. Консультации с целью замены или выбора лекарственного препарата являются для провизора хорошим средством проявить свой профессионализм и подкрепить его реальной продажей препарата.

Результатом действия провизора в аптеке является то, что больной получает лекарственный препарат или его замену в тех случаях, когда требуемый (выписанный) препарат отсутствует в аптеке. Если же больному необходим препарат ОТС-категории, то выбор препарата с

участием провизора осуществляется на более профессиональном уровне. Провизор может оказывать воздействие на поведение врачей, информируя их о наличии ассортимента лекарственных препаратов в аптеках и о наиболее новых поступающих препаратах.

Амбивалентными последствиями в деятельности провизора является тот факт, что его профессионализма оказывается все-таки недостаточно для принятия взвешенного решения – это может сделать только врач. Поэтому к рекомендациям работников аптек нужно подходить с некоторой осторожностью. Кроме того, выбор препаратов в аптеке ориентирован на наиболее продаваемый ассортимент медикаментов и на ассортиментный минимум, а не на все возможные случаи потребности в них.

Главными факторами, влияющими на мотивационное состояние работников аптек, выступают величина и значимость потребности и результата поведения. Для провизора владение ситуацией с большим числом степеней свободы является средством демонстрации профессионализма, а также средством создать у клиента аптеки когнитивный диссонанс и навязать свое решение.

Государство

Потребность. Главные потребности, которые имеет государство в области лекарственной помощи, состоят в необходимости поддержания здоровья населения страны, снижении количества времени нетрудоспособности, уменьшении безвозвратных потерь, особенно высококвалифицированных кадров, и снижении расходов на оказание медицинской помощи. При этом в отношении государства больной испытывает потребность в получении льгот, субсидий на медикаменты или вообще бесплатного лекарственного обеспечения.

Результаты состоят в снижении до минимума уровня нетрудоспособности, а также и затрат на лечение и медицинское обслуживание. В лице производителя лекарственных препаратов государство имеет (в случае расположения предприятия на его территории) источник налоговых поступлений, производство, создающее значительное количество рабочих мест, и, следовательно, обеспечивающее приток в казну значительных средств.

Действия со стороны государства включают затраты на подготовку специалистов, оплату лечения и диагностики, контроль качества медицинской помощи и правильности применения бесплатного лечения, разработка стандартов терапии для большинства заболеваний.

Амбивалентные последствия поведения. Такими последствиями со стороны государства являются сокращение медицинской помощи, не обоснованное этическими нормами, ограничение рациональной свободы врача в выборе лечения для пациентов, формализованный подход в

принятии решения о потребности в бесплатном лечении или получении медикаментов на льготных основаниях.

Со стороны врача такими последствиями будут снижение или отсутствие творческой инициативы при диагностике и терапии заболеваний. В отношении больных амбивалентные последствия заключаются в злоупотреблении бесплатными и льготными методами лечения, необоснованном получении больничных листов и бесплатных медикаментов, стремлении максимизировать бесплатную медицинскую помощь, ослаблении внимания к собственному здоровью и несвоевременном обращении за медицинской помощью.

Главными факторами, влияющими на мотивацию государственных структур к проведению тех или иных изменений, являются величина и значимость потребности. В большинстве случаев ни фактор времени, ни число степеней свободы не имеют существенного значения, разве что речь идет о необходимости помощи в условиях массовой эпидемии.

Производитель

Основной *потребностью* производителя является получение прибыли. Во вторую очередь производитель заинтересован в приобретении общественного признания и авторитета, а также в повышении производственного, интеллектуального и научного потенциала фирмы и в поддержании и укреплении системы менеджмента на предприятии. Производитель также заинтересован в том, чтобы препарат был позиционирован таким образом, что его потребление будет иметь значительные объемы и максимально возможную продолжительность курсов лечения. При этом количество конкурентов в соответствующем секторе рынка должно быть минимальным или (в идеальном случае) таковые отсутствовали бы вовсе.

Больным нужно, чтобы лекарственная помощь была доступна и эффективна, лекарства обладали высоким качеством и минимальными побочными эффектами и токсичностью. Врачи желают, чтобы был доступен (производился) весь ассортимент лекарственных средств, необходимых для осуществления их врачебной деятельности. Фармацевты нуждаются в том, чтобы предприятия производители выпускали препарат в достаточном количестве и при этом его цена была сопоставима с уровнем потребности и покупательной способностью населения, представляющего сектор рынка для данного препарата. Это обстоятельство создает возможность оптимальной наценки к оптовой цене или отпускной цене предприятия.

Результатом для предприятия-производителя будет в первую очередь прибыль, затем – достигнутый в результате создания нового препарата научный и производственный потенциал предприятия, социальная значимость и признание со стороны общества, позитивный образ фирмы в сознании собственных сотрудников и новая интеллектуальная собственность.

Действиями, которые потребуются со стороны предприятия для достижения указанного результата, будут в первую очередь все процедуры, связанные с разработкой и маркетинговыми исследованиями нового препарата, его позиционирование на рынке, проведение клинических испытаний на больных с теми патологиями, для лечения которых позиционирование препарата наиболее выгодно производителю, и т. д.

Амбивалентные последствия поведения со стороны производителя проявляются в виде нарушения этических норм, связанного с попытками обеспечить конкурентные преимущества своему препарату вопреки логике его терапевтической эффективности, загрязнения окружающей среды отходами производства и выбросами вредных веществ. Наличие большого числа значимых экстерналий создает условия для фармацевтических фирм оказывать давление на общественные и государственные структуры с целью получения налоговых льгот, особых условий производства и т. д.

4.4. Установки с двойным стандартом в мотивационных состояниях и отношениях субъектов фармацевтического рынка

Из всей совокупности субъектов фармацевтического рынка только поведение больных основывается преимущественно на установках с простым (одним) стандартом. Поведение всех остальных – амбивалентно, т. е. при принятии решений опирается на двойной или множественный стандарт. Этот факт хорошо понимается всеми участниками процесса и порождает определенный уровень недоверия. Именно поэтому в медицине и фармации такое большое внимание уделяется PR-технологиям, подчеркнутой демонстрации следования принципам этики, милосердия и т. д., а также особенной гуманистической ориентации этой этики.

P. Herissone-Kelly (2011) формулирует четыре основных положения медицинской этики: уважение независимости, не причинение вреда, милосердие и законность. Совершенно очевидно, что, во-первых, эти четыре принципа не исчерпывают всей нормативной системы, исполь-

зубной медициной в своей деятельности, а во-вторых, являются частью общей этической схемы. Просто в деятельности работников здравоохранения эти нормы имеют большую значимость. Демонстративное следование им позволяет убедить пациента и общественность в том, что первоочередность следования им является основополагающим принципом деятельности отрасли в целом.

Обращаясь к больному, можно констатировать, что он заинтересован в восстановлении здоровья. При этом ему совершенно безразлично, каким способом это восстановление будет достигнуто, Предметом выбора может быть только стоимость лечения. При этом больной также заинтересован в том, чтобы выздоровление наступило как можно быстрее, а методы лечения были наименее травматичными и стоимость терапии – минимальной. Эти условия соответствуют простой односложной мотивационной схеме и предполагают использование простых установок. Поведение всех остальных субъектов оказывается намного сложнее.

Врач. Формально целью его поведения выступает максимально эффективное оказание помощи больному (удовлетворить потребность больного в медицинской помощи) и эта заинтересованность обусловлена, с одной стороны, альтруистическим инстинктом, с другой – необходимостью (потребностью) соблюдать этические нормы поведения. Но, следуя логике командной деятельности и совершая определенные действия, необходимые больному, врач должен получить свой собственный приспособительный результат. В итоге собственной деятельности он должен получить возможность приобрести продукты питания, а также предметы обихода и одежды и т. д., необходимые для обеспечения собственной жизнедеятельности. Он также должен позаботиться о собственном социальном статусе. С точки зрения системы медицинской помощи и стратегии поведения в ней медицинского персонала – это вторичные потребности. Однако для самих медицинских работников они могут иметь очень большое, возможно первостепенное, значение.

С формальной точки зрения все потребности врача, не имеющие прямого отношения к удовлетворению потребностей больного, в условиях командной деятельности находят свое удовлетворение в системе оплаты труда. Однако это утверждение справедливо, во-первых, только в том случае, если больной гарантированно прибегает к услугам данного врача. Во-вторых, в противоположность интересам больного (минимизировать объемы медицинской помощи, исключить или ограничить размеры инвазивных вмешательств и стоимости лечения), врачу выгоден тот больной, который прибегает к большому объему медицинской помощи и особенно к дорогостоящим ее видам

В то же время с точки зрения больного не имеет значения, какой именно врач и с помощью какой технологии вернул ему здоровье. С этой точки зрения больной и врач занимают противоположные позиции. Более того, врач не заинтересован в появлении и внедрении в медицину дешевых высокоэффективных технологий, а самое главное, тех технологий, которые лежат за границей его профессиональных компетенций. Например, если представить себе гипотетическую ситуацию с заболеванием позвоночника, для которого единственным методом помощи больному было хирургическое вмешательство, то появление эффективного метода лечения данного заболевания с помощью методов лечебной физкультуры – доступных, дешевых, а самое главное, абсолютно не травматичных – приведет к повальному оттоку больных к специалистам, применяющим метод лечебной физкультуры. При значительной распространенности этого заболевания позвоночника введение указанного метода приведет к тому, что останется без работы значительная категория высококвалифицированных специалистов – хирургов, операционных сестер, специалистов по реабилитации и т. д.

В этом случае интересы врача неизбежно вступят в конфликт как с этическими нормами, так и с альтруистическим поведением. Вполне возможно формирование контрстановочного поведения: хирурги начнут упорно доказывать преимущества своего метода лечения, подвергать сомнению новые подходы и т. д.

Государство. Амбивалентность поведения государственных структур в качестве первоисточника имеет противоречие между необходимостью поддержания здоровья населения и потребностью ограничивать его стоимость, а также между предоставлением доступных медицинских услуг работающей части населения и той его части, которая уже или еще не включилась в производственный процесс.

Статья 41 Конституции Российской Федерации гарантирует право граждан на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь, однако получить эту помощь на деле оказывается непросто. Основной причиной недополучения бесплатной медицинской помощи служит нехватка средств. Этот фактор оказывает существенное влияние на объемы медицинской помощи даже в развитых странах Европы и Америки.

Причины нехватки средств для целей здравоохранения, в частности, на бесплатную медицинскую помощь, обусловлены целым рядом проблем, особенно значимых в России. Прежде всего следует назвать коррупцию в сфере финансирования медицины. Кроме того, в нашей стране происходит непрерывный процесс изменения и совершенствования

ния правил формирования внебюджетных государственных фондов, которые серьезно трансформируются. Их постоянное изменение не привносит стабильности в данную сферу.

Имеются также существенные проблемы в налоговом законодательстве. Установленные правила по расчету взносов во внебюджетные фонды делают исключительно невыгодным для предпринимателя увеличение заработной платы рабочим и служащим, так как именно на эту составляющую себестоимости товара, работы либо услуги ложится самое весомое налоговое бремя. Это приводит к стремлению работодателя всеми средствами сокращать фонд оплаты труда как облагаемую базу.

Серьезные проблемы в сфере охраны труда состоят в том, что, сокращая фонд оплаты труда для снижения налоговой нагрузки, работодатели существенно нарушают трудовые права граждан. Нередко наемные работники сотрудничают с предприятиями на основании не трудовых, а гражданско-правовых договоров, хотя выполняют постоянные трудовые функции. Если их принимают на работу по трудовому договору, то во многих случаях обозначают заработную плату в минимальных пределах, остальное выплачивая как «бонусы». Эта практика приводит к тому, что работники не имеют существенных социальных накоплений и не могут позволить себе во время болезни по листку временной нетрудоспособности находиться на амбулаторном лечении.

В последнее время развитие страховой медицины в России имеет тенденцию все большего крена в сторону добровольного медицинского страхования, что в перспективе может привести к тому, что бесплатной будет только скорая медицинская помощь.

Тенденция оплачивать преимущественно скорую медицинскую помощь имеется. При этом проблема долечивания остается на откуп сферы добровольного медицинского страхования. Однако в конечном итоге все это, как ни парадоксально, может привести к возрастанию бюджетных затрат в сфере медицинского обслуживания населения. Так, после оказания скорой помощи, которая может быть связана с достаточно затратными реанимационными мероприятиями, больного выписывают, не долечив. Через непродолжительное время следует обострение болезни, и связанный с ним вызов «скорой» может повториться и повторяться регулярно. В этой ситуации вместо консервативного лечения, в основном не слишком дорогостоящего, пациенту будет достаточно часто предоставляться высокотехнологичная помощь с использованием реанимационной или иной аппаратуры. Поэтому при реформировании правового регулирования предоставления медицинской помощи следует учитывать этот фактор и законодательно обозначить категории

граждан, которым будет предоставляться медицинская помощь в достаточно полном объеме на основе социального, а не личного страхования.

Система добровольного медицинского страхования имеет также значительное число организационных дефектов. Нередко при предоставлении медицинских услуг в рамках системы добровольного медицинского страхования пациентам назначают ненужные диагностические исследования, процедуры и вмешательства, которые оплачиваются, но не проводятся, а в счете за оказанные медицинские услуги указывают обследования, процедуры, оперативные манипуляции, лекарства, не применявшиеся в действительности. Застрахованных лиц часто помещают в условия уровнем ниже, чем предусмотрено страховкой. Все это направлено на использование высвободившихся ресурсов для оказания медицинских услуг иным лицам, сверх квоты, за дополнительное вознаграждение. Испытывая проблемы с финансированием лечения, государство стремится к сокращению бремени расходов, исключая ряд заболеваний из списка нозологий, при которых положено льготное или бесплатное предоставление медицинской помощи. В ряде случаев государство идет навстречу фармацевтическим компаниям в их стремлении перевести препарат из разряда рецептурных лекарств в препарат ОТС-рынка, что естественным образом перекладывает затраты по его применению на плечи больного.

С другой стороны, получая бесплатную медицинскую помощь, больные очень часто стремятся также бесплатно получить средства дополнительной (адьювантной) терапии, которые, возможно, им не очень нужны. Показано также, что больные, получающие медицинскую помощь бесплатно, проявляют склонность более невнимательно относиться к собственному заболеванию и затягивать обращение к врачу в случае появления первых признаков болезни.

Фармацевты и провизоры как представители торгующих организаций заинтересованы в первую очередь в объемах продаж, которые напрямую зависят от оптимальности того ассортимента, который представлен в аптеке. Оптимальным является тот ассортимент, который состоит из продуктов, хорошо покупаемых. Это, как правило, те лекарства, которые хорошо известны по результатам их клинического использования или активно рекламируются. При этом основанием для того или другого нередко выступают не уникальные свойства препарата, а масштабность клинических испытаний, финансируемых фирмой-производителем, или величина затрат на рекламу.

Таким образом, в ассортименте аптек часто присутствуют вовсе не самые активные и безвредные лекарственные средства. Кроме того, выгоднее продавать дорогие препараты. Осуществляя продажи, сотруд-

ник первого стола, который, как правило, является провизором, т. е. имеет высшее образование, оказывает одновременно консультативную помощь, если необходимость в таковой имеется. При отсутствии просьбы сотрудник аптеки может эту помощь предложить активно в том случае, если клиент задерживается у прилавка, выбирая необходимое средство. При этом, если речь идет об ОТС-препарате, провизор прямо рекомендует то средство, которое считает наиболее подходящим. Наиболее подходящим, конечно же, оказывается более дорогое средство как более качественное или более активное. Если вопрос заходит об индивидуальных особенностях ситуации, складывающейся у данного больного (наличие сопутствующих заболеваний, индивидуальная непереносимость определенных групп веществ и т. д.), то у провизора появляется дополнительная возможность аргументировать выбор в пользу более дорогого средства. В этом случае, опять же, более дорогой препарат оказывается более подходящим просто потому, что в его клинические испытания вложено больше денег и данное лекарственное средство оказалось лучше исследованным. Большая же цена его обусловлена тем, что процесс разработки этого препарата был более дорогостоящим. Когда речь идет о Rx-препарате, сотрудник аптеки осуществляет (предлагает) замену в случае отсутствия необходимого препарата в ее ассортименте. При этом он также может ориентироваться на более дорогой препарат как на оптимальный вариант по причине более высокого качества изготовления, упаковки и т. д.

Производители. Производители в качестве главной цели рассматривают объем продаж, обеспечивающих, соответственно, более высокую прибыль. Поэтому их в первую очередь интересуют товары, обеспечивающие объем спроса, а не те, которые максимально эффективно лечат какое-то заболевание. Иными словами, для того чтобы препарат был рентабелен, он должен применяться в больших количествах. Если какой-то препарат обладает двумя видами активности, востребованными при разных видах патологии (обозначим их условно патологии № 1 и № 2), то производителю выгодным будет его использование при том виде патологии, где его оптимальная доза будет выше, а курс лечения дольше. При этом производитель имеет отличный механизм манипулирования заявляемыми свойствами препарата. Этим механизмом являются клинические испытания. Итак, при патологии № 1 курс терапии оказывается более продолжительным и оптимальная доза – выше. В связи с этим клинические испытания проводятся в условиях патологии № 1 и разрешение на клиническое применение данного препарата дается для лечения патологии № 1. При этом, поскольку показания к применению, отраженные в инструкции по клиническому применению в качестве та-

ковых, отражают только патологию № 1, никто не имеет права использовать данный препарат при патологии № 2, даже если допустимость и рациональность этого очевидны. После этого фирма-производитель имеет возможность рекомендовать данный препарат для использования при патологии № 2, только при этом с точки зрения рыночных технологий рационально изменить название (торговое наименование) препарата. Ему придают новую лекарственную форму и создают некие основания для увеличения стоимости, например, повысив чистоту основной субстанции, или разработав лекарственную форму более высокой сложности и т. д. После этого выполняют клинические испытания при патологии № 2. При этом стоимость препарата возрастает, и его рентабельность становится равной рентабельности препарата для лечения патологии № 1. Однако это теперь как бы два разных препарата.

4.5. Изучение потребностей

Изучение потребностей покупателя является главной отправной точкой маркетинга. Потребности больного, а также всех субъектов, участвующих в производстве и обороте лекарственных средств, должны быть не только хорошо поняты и изучены. Необходимо иметь также представление о том, какие критерии (индикаторы) удовлетворения данных потребностей имеются у основной массы потребителей и иных участников этих процессов, а также какие усилия и средства они готовы и реально могут вложить в поведение (действия), направленное на удовлетворение этих потребностей (достижение индикаторов). Существует значительное количество параметров, характеризующих потребности. Например, хронологический профиль потребности демонстрирует ее изменение с течением времени. Вполне естественно, что определенные потребности оказываются привязанными к определенным сезонам или иным периодическим процессам. Например, потребность в антибиотиках, противовоспалительных и противовирусных препаратах оказывается максимальной во время эпидемий гриппа, которые чаще всего бывают зимой. В летние месяцы потребность в медикаментах существенно сокращается. В это время многие уезжают в отпуск, проводят время на дачах и, с одной стороны, оказываются в меньшей степени сосредоточены на своих недугах, с другой стороны, уровень стресса в этот период снижается и частота и степень обострения нозологических форм, зависящих от степени стрессированности организма, уменьшаются.

Точная структура мотивационного состояния и правильное определение параметров мотивации имеют принципиальное значение для продвижения препарата на рынке и его технологий. Главной задачей ис-

следования, направленного на оценку мотивационного состояния, является репрезентация того, какой эффект необходим потребителю. В любом случае идеального совпадения желаемого и действительного результатов достигнуто быть не может, однако, характеризуя потребность, нужно отчетливо представлять, как эта потребность отражается в сознании субъектов фармацевтического рынка и в первую очередь двух его первых звеньев – пациента и врача.

Психофизиологические характеристики потребности и ее маркетинговый профиль имеют существенные различия, поскольку последний содержит значительный объем информации, касающейся перспектив создания товаров, не просто отвечающих запросам потребителей, но и имеющих гарантированный спрос.

Процедура изучения потребности в рамках маркетинговых исследований должна ответить на 11 основных вопросов

- В чем состоит суть потребности?
- Какова величина потребности?
- Значимость потребности для индивида?
- Какова величина и значимость потребности для социума?
- Кто является носителем данной потребности?
- Какова численность носителей потребности и их информационная доступность?
- Какова платежеспособность носителей потребности как потенциальных потребителей?
- Имеются ли аналогичные средства удовлетворения потребности (препараты или технологии) на рынке?
- Какова степень удовлетворения потребности имеющимися препаратами?
- Какова степень удовлетворения потребности предлагаемым препаратом?
- Имеется ли у конкурентов возможность воспроизведения свойств предлагаемого препарата?

В результате проведенного анализа должна быть сформирована некая репрезентация, отражающая состояние проблемы для потребителя, с одной стороны, и для производителя – с другой.

Нужно помнить, что необходимость учета специфики формирования мотивации вообще и учета потребности в частности в каждом отдельно взятом случае распространяется не только на процесс потребления лекарств, но также и на его производство. Производитель должен быть заинтересован (иметь потребность) в разработке и производстве высокотехнологичных лекарств. Эта заинтересованность (потребность)

должна находить удовлетворение в получении им определенного уровня доходов.

Интерпретация содержательной части потребности. Формулировка содержательной части потребности должна быть интерпретирована с точки зрения разумной, достаточной и достижимой цели терапевтического воздействия. Данное требование естественным образом распадается на три субусловия.

Во-первых, нет необходимости достигать некой очевидной цели в полном ее объеме. Более того, иногда это совершенно нежелательно. Например, снижение температуры при воспалительных заболеваниях должно быть направлено только на ее ограничение в необходимых пределах для защиты физиологических систем организма, в первую очередь – надпочечников и других систем гипоталаймо-гипофизарно-надпочечниковой оси. Повышенная температура обеспечивает существенное ускорение биохимических процессов – синтеза белков, антител, активации клеток иммунной системы, удаление и обезвреживание продуктов распада. Излишние старания в ограничении воспалительной реакции могут привести к затягиванию процесса или неполноценному ее завершению с точки зрения формирования иммунитета.

Во-вторых, очевидная конечная цель во многих случаях совершенно недостижима терапевтическими средствами. Она достигается деятельностью физиологических систем организма. Лекарственная и иная помощь только оптимизирует этот процесс. Об этом уже было сказано в разделе 4.2.

В-третьих, в ряде случаев желательная степень восстановления здоровья с использованием современных медицинских технологий не может быть достигнута в принципе. Таковы, например, онкологические заболевания, ишемическая болезнь сердца, атеросклероз, болезнь Альцгеймера и т. д. В этом случае достигаемый результат должен быть интерпретирован с точки зрения улучшения качества жизни больного.

Способы реализации этих трех субусловий должны быть также отражены в маркетинге, поскольку они оказывают существенное влияние на характер и объемы фармакологических исследований, подходы к изучению безвредности, а также во многом определяют позиционирование и продвижение будущего препарата.

Величина потребности и размеры затрат, которые могут быть совершены в процессе разработки лекарственного препарата и его выведения на рынок – величины, связанные прямо пропорциональной зависимостью. Большое значение имеет также выявление социальной значимости проблемы, решаемой данным лекарственным средством или медицинской технологией. Это создает перспективу привлечения

средств государственного бюджета, страховой медицины и других фондовых источников как на стадии разработки препарата, так и непосредственно на оплату лечения больных, что во многом определяет качество разработки лекарственного средства.

Выводы по главе 4

Традиционно во главу угла в маркетинге ставится потребность, однако с точки зрения психологии причиной, обуславливающей любое поведение является мотивация, которая не ограничивается только лишь потребностью как таковой. При этом мотивации в основном формируются функциональными средствами эмоционального интеллекта, в результате чего когнитивный контроль ситуации может быть недостаточным. Потребностям в сфере производства и оборота лекарственных препаратов и медицинских услуг свойственен ряд особенностей, первопричиной которых является тот факт, что здоровье – это не товар. Товаром в медицинской отрасли служат терапевтические технологии, и лекарство выступает в качестве инструмента в значительном их числе. В этой связи для правильного понимания мотивации на фармацевтическом рынке потребность больного в восстановлении здоровья должна быть трансформирована в одну из потребностей в соответствии с возможностями одной из медицинских технологий, имеющей возможность эту потребность удовлетворить и таким образом способствовать восстановлению здоровья. Такими потребностями могут быть, например, устранение болевого синдрома или подавление воспалительной реакции. Другой особенностью потребностно-мотивационной сферы в медицине является большое количество экстерналий – внешних эффектов, не имеющих прямого отношения к процессу лечения, которые также являются источником потребностей. Третьей особенностью можно считать множественность субъектов, влияющих на формирование мотивации, включающую больных, медиков, государство провизоров и производителей. Четвертым отличием является высокий уровень эмоциональной активности, присущий поведению в этой области, пятым фактором является низкий уровень понимания средним потребителем реальной значимости потребностно-мотивационных факторов, влияющих на процесс его выбора, и еще ряд факторов, делающих сферу производства и потребления лекарственных препаратов отличной от рынка потребительских товаров.

Каждый из названных субъектов фармацевтического рынка, во-первых, обладает собственным специфическим мотивационным состоянием, определяемым той ролью, которую он играет в общем процессе,

во-вторых, находится под влиянием мотивационных состояний других субъектов рынка и сам, своей мотивацией влияет на них. Данные субъекты оказываются тесно связанными процессом движения лекарственного средства от производителя к потребителю. В общем и целом они осведомлены о характере взаимоотношений в рыночной среде и заинтересованы в сотрудничестве. В любом мотивационном состоянии выделяют 4 оператора: 1) потребность, 2) представление о результате действия, а также 3) о поведении, которое нужно совершить, чтобы достичь этого результата, и 4) амбивалентных последствиях поведения (нежелательных его последствиях, не связанных напрямую с основным результатом поведения). Кроме операторов на мотивацию сильное влияние оказывают некие функциональные состояния, формирующиеся за счет взаимодействия четырех главных факторов: величины и значимости соответствующих операторов, фактора времени и числа степеней свободы каждого из операторов.

Для фармацевтического рынка характерно наличие установок с двойным стандартом. Это связано с наличием большого количества субъектов этого рынка и носителей потребности. Специфика этих установок целиком зависит от особенностей интересов каждого субъекта на рынке.

Значение представления о состоянии мотивационной сферы требует проведения тщательного изучения потребностей потенциальных покупателей.

Вопросы для контроля и самоконтроля

1. В чем заключаются особенности потребностно-мотивационной сферы участников фармацевтического рынка?
2. Каково главное отличие потребности на фармацевтическом рынке от потребности на рынке потребительских товаров?
3. В чем суть процесса трансформации потребности на фармацевтическом рынке?
4. Какие основные потребности рынка лекарственных препаратов и медицинских услуг Вы можете назвать?
5. Как формируются мотивационные состояния основных субъектов фармацевтического рынка?
6. Что является основной причиной формирования установок с двойным стандартом на фармацевтическом рынке и в чем состоит их специфика у отдельных его субъектов?
7. В чем состоит основная особенность изучения потребностей в фармацевтическом маркетинге?

Глава 5

СЕГМЕНТАЦИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА И ПОЗИЦИОНИРОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Для успешного продвижения препарата изучение одной потребности и даже мотивации оказывается недостаточно. Необходимо понимать, какое место данный препарат займет на рынке, прежде всего в среде конкурентов. Главным психофизиологическим феноменом конкурентной среды для потребителя выступает когнитивный диссонанс, ведь наличие нескольких аналогов, близких по свойствам, создает необходимость выбора оптимального решения. Для производителя конкурентная среда является источником агрессии. Эта агрессия в основном носит социализированный характер – протекает в виде соревнования технологий и интеллектов. Причем критическим фактором, определяющим исход этой агрессии, является выбор потребителя. Победителя определяет он. Для достижения успеха в этом процессе необходимо отчетливо понимать, какие свойства препарата окажутся наиболее выгодными для потребителя и в каком сегменте рынка они будут наиболее востребованными. Очень важно также знать, какими установками будет пользоваться потребитель, осуществляя выбор. Сегмент рынка и принципы, на основании которых потребитель осуществляет свой выбор, во многом зависят от его свойств. Таким образом, важно понять, в каком сегменте рынка новый препарат найдет наилучший спрос и каковы наиболее общие свойства потребителей, составляющих этот сегмент.

5.1. Сегментация рынка

В основе сегментации рынка лежит тот факт, что одним из важнейших его свойств является неоднородность. Рынок состоит из потребителей. В общем рыночном пространстве выделяются области, вся совокупность элементов (потребителей) в которых объединена сходством одной или нескольких характеристик, определяющих их отношения с рынком. Такие области именуется сегментами. Характеристиками, которые служат средством выделения сегмента, могут быть самые разные свойства его элементов: географическое положение, национальность, наличие заболеваний, уровень доходов и т. д. Для каждого сегмента свойственны особый уровень и динамика спроса и предложения. В силу этого развитие событий на разных сегментах одного и того же рынка может быть неодинаковым. Роль особенностей спроса и предложения в процессе формирования сегментов также отличается.

В зависимости от того, позиции какой из сторон сделки являются более сильными, принято различать рынок продавца и рынок покупателя. В подавляющем большинстве случаев капиталистический рынок является рынком покупателя. Это значит, что он насыщен или даже перенасыщен товарами (в частности, лекарственными средствами), и поэтому положение покупателя на нем предпочтительней, чем положение продавца. Продавцы борются между собой за покупателя, последний же активно использует свою свободу выбора между ними.

Каждый потребитель как сложная личность предъявляет спрос, руководствуясь своими потребностями, не всегда и не во всем совпадающими с потребностями других потребителей. Тем не менее, если разделить всю совокупность потребителей на группы по возрасту, социальному положению, профессии, типу личности, семейному положению и прочим характеристикам, то окажется, что одни из них в большей, а другие – в меньшей степени склонны приобретать определенные товары. Например, известно, что сумма денег, затрачиваемая на лекарственные средства профилактического назначения, в среднем увеличивается с ростом образовательного уровня покупателей. Потребности людей могут синхронизироваться в результате сезонных изменений среды обитания, особенностей профессиональной деятельности и другими факторами внешнего окружения.

Иными словами, потребности формируются у разных людей относительно независимо. Но наличие или отсутствие определенных потребностей связано (или, в более строгих терминах, коррелирует) с другими чертами этих людей или с ситуационным давлением среды обитания, что ведет к формированию сравнительно единообразных групп покупателей с одинаковыми потребностями. Так, большая доля образованных и обеспеченных лиц среднего и старшего возраста, живущих в мегаполисах, регулярно потребляет витамины, с наступлением зимних холодов резко возрастает спрос на теплую одежду и обувь и т. д.

В целом можно сказать, что по своей природе сегментация рынка – это результат устойчивых предпочтений, которые достаточно большие группы потребителей отдают товарам с определенными свойствами. Именно размеры потребности устанавливают величину спроса и определяют объем сегмента. Другие важнейшие характеристики сегмента (острота конкуренции, уровень и динамика цен, уровень рекламной активности и многое другое) зависят от присутствия на рынке производителей, предлагающих соответствующие товары.

В наиболее общих чертах структура сегмента рынка представляет собой феномен, формирующийся на основе взаимодействия спроса и предложения. Существуют два принципиальных пути (варианта) фор-

мирования сегмента рынка. **Первый** из них осуществляется тогда, когда имеется или образуется группа потребителей, осознающая некую одинаковую потребность, причем возможность удовлетворить эту потребность совпадает с экономическими возможностями данной группы, т. е. рождает спрос. Если эта группа оказывается достаточно большой, чтобы производитель имел экономические основания создать рентабельный продукт, то этим последним условием у производителя создается мотивация обеспечить этот спрос предложением.

При втором варианте инициатива может исходить и от производителя. Появление нового продукта часто само создает новые потребности. Примером такого варианта является создание и вывод на рынок препарата «Гинсана», созданного швейцарской фирмой Pharmaton в качестве стимулятора работоспособности, на основе корня женьшеня, о котором уже упоминалось выше. До появления этого препарата на рынке практически не существовало эффективных и безвредных, лишенных побочных эффектов средств поддержания умственной и физической работоспособности здоровых людей. Фирма провела колоссальную маркетинговую работу по внедрению в массовое сознание такой потребности. Успех препарата на рынках Европы, Америки, Японии был исключительным. В России препарат встретил более холодный прием – в целом при доброжелательном отношении к коррекции состояний повышенной утомляемости для нашего массового покупателя оказалось высоким соотношение цена – эффект. Иными словами, на территории нашей страны сколько-нибудь значимый сектор рынка для этого препарата не сформировался, или фирме не удалось это сделать. Конечно, потребность в поддержании работоспособности на высоком уровне была всегда, но отсутствие соответствующего средства ее удовлетворения делало эту потребность неактуальной. Создание производителем инновационного продукта часто трансформирует такие неосознанные потребности в осознанную форму, что также приводит к формированию спроса, а затем и нового рыночного сегмента.

Крайне сложно предсказать поведение индивидуального потребителя – оно зависит от многих, часто случайных причин. Однако как статистическую вероятность приобретения товара определенной группой покупателей, так и группу потребителей, в которой потенциальные покупатели встречаются наиболее часто, установить можно. Именно поэтому деятельность фирмы на рынке на всех этапах (от разработки и производства товара до его рекламы и сбыта) должна быть ориентирована на определенный сегмент рынка, представленный покупателями, обладающими характеристиками максимально соответствующими потребительским свойствам товара. Более того, она должна создавать то-

вар, свойства которого наиболее полно соответствуют характеристикам выбранного сегмента с учетом потребности индивидов, составляющих этот сектор, их доходов и иных возможностей, образа жизни, вкусов и привычек, установок и предрассудков.

Природа разнообразия потребительских предпочтений, обуславливающая сегментацию рынка, связана со множеством причин, среди которых можно выделить три группы факторов.

Географическое разделение территорий. Особенности потребления товаров, в том числе лекарственных препаратов, обусловлены традициями населения, экономическими особенностями региона и спецификой системы управления административно-территориальных единиц. Фактор самостоятельности рынков отдельных регионов совершенно обычен для всех стран. В условиях России с ее огромными расстояниями и обособленностью от центра крупных экономических районов от бизнеса требуются хорошие отношения с местной администрацией.

Рынки городов существенно отличаются от сельских рынков, прежде всего объемами потребления на душу населения. При этом рынки городов с населением более 1 млн совершенно не похожи на рынки средних и мелких городов. Эти различия касаются прежде всего ассортимента минимума, объема услуг и их стоимости. Совершенно особый статус принадлежит рынку Москвы. Чрезвычайно важным параметром является плотность населения, сильно влияющая, в частности, на принципы ведения сбытовой деятельности, организацию рекламы и маркетинга. Наконец, климат на территории страны столь различен, что делает лекарственные средства, необходимые в одной полосе, ненужными в других регионах.

Общэкономические факторы. В эту группу факторов включаются:

- характеристики общественного класса, к которому принадлежит основная масса потенциальных потребителей («новые русские», средний класс, маргинальные группы, пенсионеры, основная группа населения и т. д.);
- доходы и платежеспособность отдельных групп населения. При этом нужно учитывать, что это не одно и то же. Население с одинаковыми в количественном выражении доходами обладает различной платежеспособностью, что связано с различным уровнем затрат на хозяйственные и коммунальные нужды;
- социальный статус – рабочие, служащие, менеджеры, студенты, преподаватели и т. д.;
- образование;
- пол;

- религия;
- национальность;
- возраст в нынешней России имеет не только демографическое, но и экономическое значение. В частности, люди старше 60 лет в своем большинстве не смогли приспособиться к рыночной экономике, а наибольших успехов достигли молодые и люди среднего возраста (возрастные группы 26–35 и 35–49 лет);
 - семейные факторы – размер семьи и стадия ее жизненного цикла (молодые одиночки, молодая семья, семья с детьми до 5 лет, семья со старшими детьми и т. д.);
 - заболеваемость (контингенты пациентов с различными заболеваниями).

Потребительское поведение жителей России тесно связано с их принадлежностью к определенному общественному классу и доходной группе. Специфика современного состояния страны в этом отношении состоит в резкой дифференциации населения на богатых и бедных при незначительной численности среднего класса. В последние годы установилось довольно устойчивое распределение жителей России по уровню доходов. 25 % населения составляют беднейшие слои, 55 % – основная масса людей, также весьма ограниченная в средствах, средний класс и богатые составляют около 20 % населения, но на них приходится около 50 % совокупных доходов, т. е. примерно та же сумма, которой располагают все остальные жители страны.

Поведенческие факторы. К этой группе факторов относятся разнообразные личностные характеристики и особенности поведения. Оценка этих факторов в первую очередь осуществляется с позиций их участия в рыночных отношениях в качестве покупателей. Сюда входят:

- типы личностей. В зависимости от задач, решаемых той или иной системой, используются различные классификации личностных типов. Для экономических и социальных систем наиболее функциональна классификация Э. Шпрангера, в соответствии с которой выделяют шесть типов личности: 1) теоретический тип (ориентированность на получение новых знаний, стремление разобраться в сути вещей); 2) экономический тип, основой поведения которого выступает прагматическая ориентация; 3) социальный тип, которому свойственно стремление к общению, направленность на социальное окружение; 4) эстетический тип, отличающийся склонностью к ярким, образным впечатлениям, эмоциональным переживаниям и самовыражению; 5) политический тип. Ему присущи стремление к господству и распределению социальных ролей, а также, напротив, склонность к подчинению и испол-

нительность; б) религиозный тип, ориентированный на поиск высшего смысла жизни, общение с Богом, мистицизм.

Другой распространенной в социологии классификацией является разделение личностей на базисные и идеальные. Базисная личность – это личность, наиболее характерная для определенных социальных условий. Идеальный тип – это личность, наиболее отвечающая определенным социальным условиям. Существуют и другие социологические классификации личностных типов, однако основой любой классификации выступает отношение между личностью и существующими социальными условиями;

- образ жизни – это способ формы и условия индивидуальной и коллективной жизнедеятельности. Основными параметрами образа жизни являются труд, быт, общественно-политическая и культурная деятельность людей, а также различные поведенческие привычки и проявления. Образ жизни – главный фактор, определяющий его здоровье;

- подход к совершению покупки – склонность к совершению обдуманных покупок, импульсивных покупок или покупок нечеткого планирования;

- опыт в качестве пользователя ЛС;

- интенсивность потребления;

- степень приверженности к данной марке ЛС;

- степень информированности и готовности купить.

Кроме общеэкономических факторов сегментации существуют и специфические, свойственные только для фармацевтического рынка, например деление его на OTC- и Rx-сегменты. Важнейшим из специфических факторов сегментации фармацевтического рынка, бесспорно, является структура заболеваемости населения.

Очень часто сегментацию рынка рассматривают с позиций отношения лекарственного препарата к определенной группе фармакологически активных веществ, предназначенных для лечения определенного заболевания, определения количества больных данным заболеванием и учета общей потребности в данном лекарственном препарате для лечения этих больных.

Дело в том, что для упорядочения огромного разнообразия лекарственных средств чаще всего используется так называемая АТХ-классификация ВОЗ. Будучи вполне корректной в клинко-фармакологическом отношении, АТХ-классификация ВОЗ лишь частично пригодна для анализа сегментации рынка, поскольку построена по принципу группировки препаратов с одинаковыми свойствами. Главным ее недостатком с точки зрения сегментирования рынка является тот факт, что для лечения определенного заболевания часто могут быть использованы

лекарственные препараты с разными химико-фармакологическими свойствами, т. е. препараты из разных АТС-групп. Тем не менее, использование этой классификации позволяет оценивать характер спроса на лекарственные препараты. Основное назначение АТХ – представление статистических данных о потреблении лекарственных средств.

Анатомо-терапевтическо-химическая классификация – международная система классификации лекарственных средств. Используются сокращения: латиницей АТС (от Anatomical Therapeutic Chemical) или русское АТХ (анатомо-терапевтическо-химическая). Полное английское название – Anatomical Therapeutic Chemical Classification System. Классификация ведётся Сотрудничающим центром ВОЗ по методологии статистики лекарственных средств в Осло, Норвегия. Принята Минздравом РФ («Государственный реестр лекарственных средств», МЗ РФ, Москва, 2002).

В настоящее время для характеристики лекарственных средств также широко используется Фармакологический указатель.

5.1.1. Структура АТХ

АТС подразделяет лекарственные средства на группы, имеющие пять различных уровней:

- **первый уровень** делит все лекарственные средства в зависимости от их воздействия на анатомический орган или систему на 14 групп (классов). Классы обозначаются одной латинской буквой, которая стоит в коде препарата первой;
- **второй уровень** подразделяет лекарственные средства в группах первого уровня на подгруппы в зависимости от их терапевтических и фармакологических свойств;
- **третий уровень** отражает дальнейшее подразделение внутри подгруппы второго уровня в зависимости от особенностей терапевтического действия или фармакологических свойств, а также особенностей применения. Обозначается одной латинской буквой;
- **четвертый уровень** отражает деление препаратов в зависимости от их терапевтических и фармакологических свойств, а также принадлежности к химическому классу веществ. Также имеет буквенное обозначение;
- **пятый уровень** отображает вещество с конкретной химической структурой. Обозначается арабскими цифрами.

Так, например, аспирин (МНН – кислота ацетилсалициловая) имеет код N02BA01, что означает:

N – Препараты для лечения заболеваний нервной системы;

02 – Анальгетики;

В – Прочие анальгетики и антипиретики;

А – Салициловая кислота и ее производные;

01 – Кислота ацетилсалициловая.

В большинстве случаев каждому лекарственному средству присваивается только один АТС-код. Лекарственным средствам, имеющим несколько основных показаний для медицинского применения, может быть присвоено более одного АТС-кода.

- Код А: Препараты, влияющие на пищеварительный тракт и обмен веществ;
- Код В: Препараты, влияющие на кроветворение и кровь;
- Код С: Препараты для лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы;
- Код D: Препараты для лечения заболеваний кожи;
- Код G: Препараты для лечения заболеваний урогенитальных органов и половые гормоны;
- Код H: Гормональные препараты для системного использования (исключая половые гормоны);
- Код J: Противомикробные препараты для системного использования;
- Код L: Противоопухолевые препараты и иммуномодуляторы;
- Код M: Препараты для лечения заболеваний костно-мышечной системы;
- Код N: Препараты для лечения заболеваний нервной системы;
- Код P: Противопаразитарные препараты, инсектициды и репелленты;
- Код R: Препараты для лечения заболеваний респираторной системы;
- Код S: Препараты для лечения заболеваний органов чувств;
- Код V: Прочие лекарственные препараты.

В системе АТХ используют международные непатентованные наименования (МНН, или INN) ВОЗ для фармацевтических субстанций. Если активной субстанции еще не присвоено МНН, то используют другие общепринятые непатентованные названия, преимущественно, принятые к употреблению в США (United States Adopted Names, USAN) или Великобритании (British Approved Names, BAN).

Методология АТХ используется в следующих целях:

1. Сбор и анализ статистических данных о потреблении лекарственных средств.

2. Проведение исследований по изучению потребления лекарственных средств различного масштаба (в отдельных медицинских учреждениях, в регионе, в стране, на международном уровне).

3. Использование системы в образовательных целях, в создании информационных баз о лекарственных средствах.

4. Оценка безопасности применения лекарственных средств.

5. Анализ случаев неправильного назначения или отпуска лекарственных средств. С помощью кодов АТХ 5-го уровня анализируют данные назначений или отпуска лекарственных средств для предупреждения случаев «дублированных» (одновременный прием пациентом двух лекарственных препаратов с разными торговыми названиями, но содержащих одну и ту же активную субстанцию) и «псевдодублированных» (прием пациентом двух лекарственных препаратов с разными активными субстанциями, но имеющих сходные фармакодинамические свойства (например, диазепам и оксазепам)) назначений лекарств.

6. Создание реестров лекарственных средств.

АТХ-классификация лекарственных средств выполняет функцию «общего языка», используемого для унифицированного описания их номенклатуры в стране или регионе, а также позволяет сравнить на национальном и международном уровнях данные о потреблении лекарственных средств. Обеспечивает доступ к стандартизированной и валидированной информации об использовании лекарственных средств, что необходимо для проведения аудита структуры их потребления, выявления недочетов при их использовании, инициирования образовательных и других мероприятий и т. д.

Фактически система АТХ является основным медицинским стандартом, главная цель которого состоит в сравнении данных из разных стран.

Сегментация рынка не может отождествляться с АТС-классификацией лекарственных средств. Прежде всего это происходит потому, что сегментация рынка опирается на потребности пациентов и на особенности создаваемых этими потребностями мотивационных состояний, в то время как АТХ-классификация отталкивается от свойств препаратов. При этом только первые два уровня ориентированы на патологические состояния, а остальные в основном касаются химических свойств лекарственных средств.

Кроме того, близкие по своим свойствам лекарственные препараты могут иметь сильно отличающиеся коды АТХ.

Так, например, ибупрофен – препарат, близкий по свойствам к ацетилсалициловой кислоте – имеет следующий код: M01AE01, где

М – костно-мышечная система;

01 – противовоспалительные и противоревматические препараты;

А – нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты;

Е – производные пропионовой кислоты;

01 – ибупрофен.

Важнейшим источником информации для сегментации рынка является структура заболеваемости. Структура заболеваемости участвует в сегментации рынка благодаря тому, что больные, страдающие одним и тем же недугом, имеют общие потребности.

Известно, что состояние здоровья населения является ключевым фактором, обуславливающим спрос на лекарства. Взаимосвязь между этим показателем и потребностью в лекарственных препаратах достаточно ощутима, ею нельзя пренебрегать, анализируя и прогнозируя тенденции развития фармацевтического рынка. И тем не менее, количественная оценка потребности в медикаментозном обеспечении лечебного процесса на основе данных о заболеваемости существенно более сложна, чем могло бы показаться на первый взгляд. Корреляция между спросом на лекарственные средства, потребностью в них и уровнем заболеваемости, смертности и инвалидизации населения в принципе не может быть полной хотя бы по той причине, что всегда существует определенная вероятность постановки неправильного диагноза, а также отличий в разных регионах способов лечения одного и того же заболевания. Например, в Китае широко распространена традиция лечения многих видов патологии средствами народной медицины. Большое значение имеет также уровень доходов населения, его традиции, образование, отношение к заболеванию.

Состояние здоровья населения и распространенность всех видов патологии обуславливает требования к ассортименту лекарственных средств. Однако это не все. Там, где речь идет о жизненно важных состояниях и заболеваниях, последствиями которых могут быть смерть и инвалидность, принципиальное значение имеет доступность лекарственной терапии всем слоям населения. Таким образом, структура заболеваемости имеет прямое отношение к развитию систем социальной защиты. Это обстоятельство открывает для фармакотерапии серьезные источники финансирования лечения и, следовательно, создает благоприятную рыночную ситуацию.

Необходимо также добавить, что заболеваемость населения и эффективность лечения той или иной патологии оказывают существенное влияние на научные разработки в области фармации и фармакотерапии.

Так, стремительный рост заболеваемости в области психопатологии обусловил значительные вложения в эту отрасль фармакологии. В 1951 году в терапевтическую практику был введен хлорпромазин (отечественное название – аминазин), в 1955 году был синтезирован хлордиазепоксид, в 1959 году – диазепам. В 1962 году диазепам стал самым продаваемым препаратом в США. К 1980 году список основных групп психотропных препаратов (нейролептиков, анксиолитиков, антидепрессантов) насчитывал несколько десятков МНН.

Главные цели ВОЗ – применение данной классификации в международных исследованиях потребления лекарств и для мониторинга побочных эффектов. Это позволяет использовать информационные системы по лекарственным препаратам для выбора альтернативных средств, а также для оценки лекарственных взаимодействий, предупреждения дублирования в назначении препаратов, контроля правильного выбора дозы лекарственного средства.

Учитывать АТС-классификацию при исследовании рыночных сегментов лекарственных препаратов, бесспорно, полезно. В первую очередь это важно для сектора лекарственных препаратов рецептурного отпуска, сегментация которых достаточно жестко привязана к показаниям по применению и другим характеристикам лекарственного продукта.

5.2. Изучение рыночного сегмента препарата

В 1897 году итальянским экономистом и социологом Вильфредо Парето было сформулировано эмпирическое правило, которое в наиболее общем виде звучит так: «20 % усилий дают 80 % результата, а остальные 80 % усилий – лишь 20 % результата». В дальнейшем это правило было предложено как универсальный принцип англичанином Ричардом Кохом. Результаты анализа Коха отражены в книге «Принцип 20/80: секреты достижения больших результатов при затрате меньших усилий». Он распространил результат наблюдения Парето на все экономические и социологические явления и вывел ряд следствий принципа, которые сейчас нередко употребляются как самостоятельные эмпирические правила (следствия закона Парето).

Принимая во внимание действие закона Парето в повседневной деятельности, следует учитывать, что в этих утверждениях фундаментальными являются не приведённые числовые значения, а сам факт их существенного различия. Приводимые в законе цифры нельзя считать безусловно точными: это скорее просто мнемоническое правило, нежели реальные ориентиры. Выбор чисел 20 и 80 является также данью заslugам Парето, выявившему конкретную структуру распределения до-

ходов среди итальянских домохозяйств, которой и было свойственно сосредоточение 80 % доходов у 20 % семей. Но любое другое конкретное распределение может иметь другую структуру, и для каждой отдельной задачи следует проводить соответствующий анализ, направленный на выявление конкретной зависимости между удельным весом затраченных ресурсов и полученных результатов. Соблюдение принципа очень часто встречается в самых разных областях. Например, в том, что 20 % людей обладают 80 % капитала, или 80 % пользователей посещают 20 % сайтов, 20 % покупателей или клиентов (постоянных) приносят 80 % прибыли. Именно это последнее обстоятельство и обуславливает необходимость выделения рыночных сегментов.

Сегмент – это группа потребителей, характеризующаяся однотипной реакцией на предлагаемый продукт и на набор маркетинговых стимулов. Сегментация рынка заключается в разделении рынков на четкие группы покупателей (рыночные сегменты), которые могут испытывать потребность в разных продуктах и в отношении которых нужно использовать разные маркетинговые стратегии или средства.

В результате проведения сегментации достигается несколько основных целей:

- лучшее понимание не только нужд потребителей, но и характерологических особенностей их рыночного поведения;
- лучшее представление о специфике конкурентных отношений на конкретных рынках. Последнее обстоятельство позволяет судить о том, какими характеристиками должны обладать продукты для успешной конкуренции и в каких рыночных сегментах эти преимущества наиболее реализуемы;
- возможность концентрации ограниченных ресурсов на наиболее выгодных направлениях деятельности. В частности, ориентация специфических инструментов маркетинговой деятельности на требования конкретных рыночных сегментов, наиболее чувствительных именно к этим средствам маркетингового воздействия.

Эффективность сегментации зависит от выполнения ряда требований. Во-первых, это *измеряемость* – степень точности, с которой размер и покупательная способность рынка может быть оценены количественно. Так, очень просто определить, какое количество студентов проживает в конкретном городе и какое количество тетрадей им необходимо приобрести к началу учебного года. Гораздо сложнее решить вопрос о том, какие торговые точки окажутся наиболее предпочтительным местом покупок и какой дизайн обложек окажется наиболее желательным. Во-вторых, *доступность*, или скорость и простота, с которой можно достичь рынка и обеспечить необходимым количеством продук-

тов. В-третьих, *значимость* – размеры сегмента, а также достижимая степень прибыльности при реализации в нем продукта. В-четвертых, *действенность* – результативность, которую обеспечивает наиболее эффективная маркетинговая программа, которая может быть использована в данном секторе рынка для привлечения потребителей.

Говоря о технологиях выявления сегментов, нужно прежде всего отметить, что рынок сегментируется не по одному, а по всей совокупности параметров общеэкономической, медицинской, культуральной и социально-демографической природы.

Несмотря на то что сегментирование осуществляется по ряду именованных выше параметров, отправной точкой его является учет всех возможных конкурентов – препаратов, обладающих аналогичными свойствами и способными удовлетворять данную потребность. При этом нужно иметь в виду, что конкурируют нередко препараты из совершенно разных классов фармакологических средств. Так, например, при лечении гнойных ран конкурентами в последнее время являются антибиотики, подавляющие развитие гноеродной микрофлоры, и повязки с сорбентами, очищающие рану от выделений, содержащих эту микрофлору. Далее необходимо отчетливо представить, чем продвигаемый товар выгодно отличается от конкурентов. После этого, взяв данные свойства за основу, искать потребителей, чьи потребности максимально ориентированы на это свойство.

Важно также иметь в виду, что выделение групп потребителей по каждому классификационному признаку индивидуально, т. е. зависит от специфики предлагаемого товара. Необходим учет всех особенностей своего потенциального клиента, начиная с отношения к ценовой политике, размещения сбытовой сети, способности воспринимать и понимать содержание рекламы, чувствительности к иррациональным рекламным обращениям, уровня медицинской грамотности сотрудников учреждений здравоохранения, которые будут иметь отношение к потреблению продукта и, т. д.

Существуют два основных подхода к определению сегментирования рынка.

Первый метод, именуемый методом *«a priori»*, использует ранее выявленные признаки сегментирования, численность сегментов, их количество, характеристики, карту интересов. Эти данные могут быть получены из соответствующих источников, характеризующих маркетинговые позиции других препаратов, результатов демографических исследований и т. д. То есть подразумевается, что сегментные группы в данном методе уже сформированы или есть все необходимые данные для

их формирования. Остается лишь определить, какой из сегментов наиболее подходит для продвижения данного продукта.

Второй метод, именуемый «*post hoc*» (*cluster based* или К-сегментирование) используется тогда, когда имеется неопределенность признаков сегментирования и сущности самих сегментов. При этом используется метод опроса или полевых наблюдений. Исследователь предварительно, на основании общих представлений, выбирает ряд интерактивных переменных в отношении респондента и рынка некоего товара (первичная карта интересов). Далее, в зависимости от высказанного отношения к определенной группе переменных, респонденты относятся к соответствующему сегменту. При этом карта интересов, выявленная в процессе последующего анализа, рассматривается как вторичная. Этот метод применяют при сегментировании потребительских рынков, сегментная структура которых не определена в отношении продаваемого продукта.

5.3. Позиционирование лекарственных средств

Успешное продвижение препарата предполагает создание комплекса маркетинга-микс. Однако его формирование невозможно без четкого и достаточно подробного описания рыночной позиции препарата. При этом наиболее эффективные комбинации инструментов маркетинга, как правило, определяются конкурентным позиционированием.

Таким образом, успешное позиционирование определяет эффективность всех дальнейших действий. Понятие «позиционирование» многими специалистами воспринимается как соотнесение данного лекарственного средства или метода с существующими классификациями препаратов по их фармакологической активности с учетом силы и продолжительности фармакологического действия, наличия побочных эффектов и токсичности (степени безвредности), а также, возможно, особенностей фармакокинетики и биодоступности, уровня ксенобиотической нагрузки и т. д. Однако с позиционированием товара на рынке связывают в большей мере создание репрезентации (внутреннего образа) в сознании потребителей, основанное на потребительских свойствах препарата и одновременно соответствующее целям фирмы. При этом данная репрезентация ориентирована прежде всего на сравнение с конкурирующими товарами. При этом главными операторами (факторами, управляющими мотивационным состоянием) выступают: 1) признаки товара, по которым он уступает конкурирующим продуктам; 2) характеристики, по которым он превосходит конкурентов; 3) свойства товара, полностью отсутствующие у конкурентов. Успешное пози-

позиционирование означает, что итоговый баланс этих характеристик будет положительным: в пользу продвигаемого препарата (во всяком случае, для определенного сектора рынка).

Таким образом, позиционирование препарата (имеется в виду успешное) представляет собой классическую задачу по преодолению состояния когнитивного диссонанса у покупателя при выборе препарата. Известно, что преодоление данного состояния достигается двумя основными путями:

1) когнитивной проработкой ситуации, когда аналитическими методами сравниваются два (или больше) альтернативных варианта поведения и на основании сопоставления достоинств и недостатков принимается решение;

2) использованием установок. Установки, как уже указывалось в главе 1, представляют собой устойчивые реакции, приобретенные посредством опыта и включающие в себя аффективный компонент (паттерны эмоционального реагирования на ситуацию или объект), поведенческий компонент (совокупность навыков поведения в отношении данной ситуации) и когнитивный компонент (совокупность знаний о данной ситуации или объекте). Особенностью установок является то, что они привязаны не к конкретной ситуации, не являются реакцией на стимул, подобно условному рефлексу. Они представляют собой обобщенное правило, на основании которого облегчается решение всех задач подобного типа. То есть обнаружение в объекте или явлении некоего подобия ситуаций, объектов или переживаний, которые уже встречались в жизни субъекта, создает у него предпосылки к использованию уже имеющихся установок в отношении этого нового объекта. Это свойство установок широко используется в маркетинге для создания так называемых метафорических моделей позиционирования, обладающих высокой эффективностью в рекламной деятельности.

По идее, процедура позиционирования не должна вызывать каких-либо трудностей, поскольку любой продукт создается с учетом потребностей, имеющихся у населения. Сложности с позиционированием, как правило, обусловлены перенасыщенностью рынка товарами, в том числе и лекарственными средствами. Удовлетворение одной и той же потребности может быть достигнуто десятками, иногда даже сотнями однотипных товаров. Для того чтобы удостовериться в этом, достаточно взглянуть на прилавок с жевательной резинкой или прийти в магазин бытовой техники. Чисто статистически вероятность быть купленным у каждого из этих изделий не очень велика. Однако положение товаров-конкурентов на рынке неравноправно. Некоторые из них пользуются устойчивой популярностью, другие же потребители игнорируют. Эта

асимметрия предпочтения покупателей достигается процессом позиционирования. Филип Котлер по этому поводу говорит: «Если Вы приняли правильные решения относительно целевых сегментов и позиционирования, все остальное придет само собой. Если Вы ошиблись – не ждите ничего хорошего!».

Картину проблемы позиционирования очень часто иллюстрируют своеобразной метафорой. Представим себе, что рынок – это открытый стеллаж. Товары размещаются на полках в соответствии с известностью в среде потребителей: все продукты, воспринимаемые ими как однотипные, образуют единую товарную категорию и помещаются на одну полку. При этом вертикальное расстояние между полками незначительно больше высоты упаковки с товаром. Такие условия приводят к тому, что хорошо видимыми для потребителя оказываются лишь товары, стоящие на каждой полке в первом ряду. Хуже, но все-таки заметны товары из второго и третьего рядов. Но чем дальше в глубине полки расположен каждый последующий товар, тем объективно труднее до него добраться и тем меньшее желание испытывает потребитель сделать это. Другими словами, в рамках одной товарной категории заметным объемом спроса пользуется лишь узкая группа продуктов-лидеров. Все прочие же товары продаются в весьма малых количествах.

Существование данной закономерности на реальном рынке подтверждено многочисленными маркетинговыми исследованиями, в том числе и применительно к фармацевтике. Ее частным проявлением может служить знаменитое эмпирическое «правило 71 %». Оно состоит в следующем: выход на рынок каждой следующей марки в рамках уже существующей товарной категории ведет к такому перераспределению долей рынка, что в итоге на марку-новичка в среднем придется 71 % от доли слабейшей марки-старожила.

Однако процедура позиционирования на деле оказывается еще сложнее, особенно в фармацевтическом маркетинге. Это связано прежде всего с тем, что большинство лекарственных препаратов обладают не одним фармакологическим эффектом, а целым набором биологически активных свойств. Так, например, нейролептики фенотиазинового ряда кроме основного антипсихотического действия обнаруживают выраженные антигистаминовые свойства. Анксиолитики бензодиазепинового ряда кроме способности подавлять тревогу проявляют седативные, снотворные, миорелаксантные свойства и противосудорожное действие. Картина дополняется тем обстоятельством, что у многих препаратов способность проявлять различные виды биологической активности дополняется так называемой диссоциацией эффекта по дозе. Суть этого феномена состоит в том, что разные эффекты проявляются в различных

дозах. Так, противосудорожное действие для феназемапа начинается в дозе 0,1 мг/кг, в то время как анксиолитическое – в дозе 1 мг/кг, седативное – 2 мг/кг, миорелаксантное – 5 мг/кг.

Такая ситуация не просто создает основания для использования одного и того же препарата для лечения различных заболеваний. Она требует, во-первых, различных схем лечения, выпуска препаратов с разными дозировками, а в ряде случаев и разных лекарственных форм. Так, препарат солкосерил, обладающий способностью усиливать регенерацию тканей и обменные процессы, для ускорения заживления ран используется в виде геля, а для восстановления функций нервной системы – в виде внутримышечных инъекций или инфузий.

Кроме того, совершенно очевидно, что разные заболевания отличаются по своему патогенезу. Это обуславливает тот факт, что фактически однотипный механизм терапевтического воздействия одного и того же препарата, использованный в условиях разной патологии, будет отличаться.

Так, ацетилсалициловая кислота обладает жаропонижающим, обезболивающим, противовоспалительным и антиагрегационным действием. В основе этих эффектов лежит способность ингибировать циклооксигеназу (фермент, участвующий в синтезе простагландинов). Но специфическое действие при разных видах патологии зависит от последующего каскада механизмов. Ее антиагрегационный эффект заключается в снижении способности тромбоцитов и других форменных элементов крови к агрегации и уменьшении вероятности тромбообразования. Механизм этого действия связан с блокированием циклооксигеназного пути метаболизма арахидоновой кислоты, ингибированием ферментов тромбоксансинтазы, фосфодиэстеразы, повышением концентрации цАМФ в тромбоцитах, снижением уровня внутриклеточного кальция, угнетением синтеза простагландинов и эндогенного (синтезируемого в организме) соединения группы простагландинов (эйкозаноидов) – тромбоксана A₂, являющегося весьма активным проагрегационным (способствующим агрегации тромбоцитов) фактором, увеличением концентрации аденозина в крови, блокадой гликопротеиновых GP IIb/IIIa рецепторов. В результате тормозится агрегация тромбоцитов, повышается их устойчивость к деформации, улучшаются реологические свойства крови, подавляется тромбообразование, нормализуется микроциркуляция.

Противовоспалительное действие ацетилсалициловой кислоты объясняют ее влиянием на процессы, протекающие в очаге воспаления: уменьшением проницаемости капилляров, понижением активности ги-

луронидазы, ограничением энергетического обеспечения воспалительного процесса путем торможения образования АТФ и т. д.

Жаропонижающее действие связано с влиянием на гипоталамические центры терморегуляции.

При этом в реализации этих эффектов нередко отличаются не только дозировки, но курсы лечения и терапевтические тактики. Такая ситуация приводит к тому, что одно и то же лекарственное вещество может быть использовано при лечении разных заболеваний в лекарственных формах, дозировках и терапевтических схемах, отличающихся друг от друга настолько, как если бы речь шла о совершенно разных лекарственных средствах.

Естественно, в этом случае возникает необходимость четкого разделения описанных видов информации, сопровождающей применение того или иного препарата при разных заболеваниях, и соотнесение их не столько с активным действующим веществом, сколько с терапевтической схемой, применяемой в лечении заболевания. При этом с точки зрения узнаваемости в качестве средства для лечения определенной патологии может оказаться рациональным присваивать определенному лекарственному препарату, предназначенному для лечения конкретной нозологической формы, самостоятельное название как совершенно отдельному лекарственному препарату. С другой стороны, самостоятельное название может соответствовать и ряду других целей, о чем речь пойдет ниже. Рациональность подобного подхода с точки зрения терапии совершенно очевидна, так как существенно снижает путаницу и смешение отдельных видов активности, исключая привлечение к оценке свойств препарата информации, не имеющей отношения к фармакологической активности, используемой в терапии данного заболевания.

Основной задачей позиционирования в свете указанных обстоятельств является нахождение такой ниши или способа использования данного препарата, которые в наименьшей степени заняты производителями аналогичных лекарственных средств. Нередко для достижения этой цели предпринимаются специальные клинические испытания и экспериментальные исследования, меняется лекарственная форма, дозировка препарата и т. д. В этом случае после проведенных маркетинговых исследований, выявивших наиболее выгодную позицию разрабатываемого препарата, проводятся дополнительные исследования. В первую очередь это касается исследований безвредности, которые должны предшествовать клиническим испытаниям, для определения возможных побочных эффектов. Необходимость таких исследований получила даже специальное название – постмаркетинговые требования (Post-Marketing

Commitments – PMCs). PMCs очень часто производятся для получения информации о качестве, безопасности и эффективности новых лекарственных препаратов. Эти данные необходимы для регистрации нового препарата и при проведении по нему информационного маркетинга (Reeve L.M., 2009).

Нужно также отметить, что фармацевтическая отрасль находится под возрастающим давлением, требующим снижения цены, повышения качества и замены в доклинических исследованиях используемых животных настолько, насколько это возможно, клеточными технологиями и исследованиями *in vitro*. Поэтому любое увеличение разрешающих требований, по данным доклинической безопасности, может иметь большое значение с точки зрения как экономических аспектов R&D, так и этических основ разработки лекарственных препаратов. Решение же существующей проблемы за счет разработки схем терапевтической помощи использованием уже имеющегося препарата существенно облегчает эту задачу (Reeve L.M., 2009).

Процесс позиционирования отражает стратегию конкурентного взаимодействия продвигаемого товара с его аналогами. Объективно существуют два основных фактора конкурентного взаимодействия: стоимость товара и его дифференциальные качества. Однако сознание потребителя по-разному интерпретирует различия товаров в этой достаточно простой системе координат в зависимости от ряда условий. В наиболее обобщенном виде эти условия формируют три закона и шесть моделей позиционирования.

5.3.1. Законы позиционирования

Основной успех позиционирования состоит не в том, чтобы создавать что-то новое, а в том, чтобы манипулировать эмоциональными состояниями, живущими в сознании потребителя. Результативность процесса целиком определяется рядом законов, определяющих эффективность этого процесса.

Первый закон позиционирования гласит: «Лучше быть первым, чем быть лучшим».

Этот принцип опирается на главную особенность человеческого восприятия: первый – значит лучший, второй – уже никакой. Практика показывает, что торговая марка, которая лидирует в сознании клиентов, контролирует в среднем вдвое большую долю рынка, чем марка номер два; вторая же, в свою очередь, опережает марку номер три уже в четыре раза. Рынок принадлежит той компании, которая способна убедить покупателя, что она – первая. Или оказаться первой по времени появле-

ния на рынке с некоторым достаточно продолжительным отрывом от своих последователей, достаточным, чтобы этот отрыв зафиксировался сознанием потребителей.

Второй закон позиционирования рекомендует: «Не говори, что ваш товар лучше, скажи, что он другой». Новые товары в определенной категории неизбежно соотносятся с позициями, занятыми ранее старыми. Сказать, что ты лучший, значит, во-первых, сообщить покупателю о том, что твой товар совпадает с товаром конкурентов по качественному спектру характеристик, а во-вторых, побудить его проверить реальность превосходства одного товара над другим. Заявление о том, что ваш товар другой, не создает предпосылок ни для того, ни для другого. Позиционирование нацелено на то, чтобы вложить в сознание клиента идею отличия своего товара от конкурирующего. Чтобы завоевать потребителя, надо убедить его в новизне торговой марки.

Где искать отличия и как избежать повторения? Базовых потребительских свойств не так много. И все они неизбежно затрагиваются, когда компания пытается дифференцировать свой продукт. Действительно, уникальные черты можно найти, если сместить акцент с основных характеристик, коими могут являться биологическая, физиологическая и энергетическая ценность или консистенция товара, на дополнительные свойства. Можно обратить внимание на расширенные функциональные возможности, необычное дизайнерское решение или более высокую эффективность использования.

Третий закон позиционирования призывает: «Создай свой имидж, чтобы потом он работал на тебя». Создание положительного имиджа — это длительный творческий процесс, включающий в себя всю систему деятельности фирмы. Компонентами имиджа являются качество, цена, надежность, история компании и, конечно же, реклама. Следует говорить не только об имидже предприятия или торговой марки, но и об имидже товара, который имеет следующие важные свойства:

- направленность на целевую аудиторию. Изначально определяется цель, на которую и будет направлено основное воздействие. При этом следует учитывать, что воздействие должно формально быть бескорыстным, иначе аудитория поведет себя настороженно, и контролировать ее сознание будет весьма затруднительно;
- выпуклость. Имидж товара представляет его как общественную ценность, а не просто свой способ поучаствовать в общем производственном процессе. Кроме того, имидж должен опираться на очевидные потребителю и контрастирующие на общем фоне индикаторы этой цен-

ности. В этом случае сознание целевой аудитории принимает его с доверием и расценивает как должное.

Выделяют девять основных моделей позиционирования. По своей сути они представляют собой стратегии позиционирования, на основании которых в дальнейшем строятся технологии продвижения, информационного маркетинга и рекламных кампаний. В связи с этим приводимые ниже девять моделей изобилуют операторами, ориентированными на установки потребителя, релизерами эмоциональных реакций и иррациональными формами обращений.

Первая модель основывается на наличии у продукта (лекарства) качества, отличающего его от других препаратов в данной категории. Это так называемая модель ресурса, или модель Потера. Под ресурсом позиционируемого препарата при этом подразумевается такое его качество, которое не просто выделяет данный объект, но может создать определенный объем потребления. Привлекательность данного качества способна обратить на него внимание покупателей и создать мотивацию к приобретению данного товара (лекарственного средства), и количество этих потребителей будет достаточным для того, чтобы производство данного товара было рентабельным. Такое качество может иметь под собой реальные основания – действительно, таких свойств ни у одного из подобных товаров нет. Либо такие особенности могут быть созданы искусственно. К примеру, фирма определилась с неким назначением изделия, которое в принципе мало чем отличается от аналогов. Однако при этом она в общем спектре качеств товара особо выделила те, которые служат определенной потребности, для удовлетворения которой товары этой категории используются не очень часто или применяются в числе прочих, особо не выделяясь. При этом производитель доводит эти качества до той степени совершенства, что они начинают выделять указанный продукт из общей массы аналогичных изделий. Два описанных варианта модели Потера нельзя считать равнозначными. Тем не менее как для одной, так и для другой ее модификации принципиальное значение имеет тот факт, чтобы ключевые свойства этого ресурса (особые качества в особом исполнении) было трудно найти в других товарах, заменить или имитировать. Одним из инструментов достижения такого качества товара, в частности в фармации и медицине, является высокая наукоемкость разработки, требующая не только значительных финансовых затрат, но и участия в НИОКР высококвалифицированных специалистов с определенными навыками и знаниями.

Вторая модель, часто именуемая *лучшим решением*, исходит из характеристик мотивационного состояния, управляющего поведением потребителя. В основе этой модели лежит демонстрация потребителю

соотношения качества продукта и его цены, выгодно отличающего его от прочих продуктов (лекарственных средств). Основой маркетинговых действий в рамках данной модели являются классические варианты «помощи» в преодолении когнитивного диссонанса. При этом подчеркиваются позитивные качества препарата и даются рекомендации о том, как избежать его отрицательных сторон. При выделении положительных качеств уместны иррациональные обращения в рекламе типа метафор позиционирования (см. ниже). Данный подход к позиционированию очень часто базируется на демонстрации потребительской ценности товара по его положению в системе координат цена/качество, то есть за счет продажи качественных товаров по низким ценам. Так, компания Sainsbury's, ведущая сеть супермаркетов в Великобритании, решила воспользоваться этой стратегией позиционирования, применив рекламный слоган «Качественные товары в Sainsbury's стоят дешевле».

Третья модель – позиционирование, основанное на особом способе использования товара. Суть этой модели состоит в том, что компания предлагает продукт, утверждая, что для использования в определенных целях предлагаемый продукт – лучший. Причем продукт должен быть тщательно разработан и изготовлен в строгом соответствии с этим способом использования. Так, если лекарственный препарат предназначен (особенно необходим) для использования в экспедиционных условиях или разного рода экстремальных ситуациях, то он должен иметь хорошую функциональную упаковку. Эта упаковка, с одной стороны, должна быть герметична, с другой стороны, должна легко открываться и закрываться, а лекарственный препарат, например таблетки – легко извлекаться в нужном количестве.

Четвертая модель ориентируется на определенную категорию потребителей. Здесь используется склонность людей позитивно реагировать на обращение к собственной категоризации субъектов различного рода, особенно такой, которая составляет предмет гордости или адресована социальным и этическим нормам. Например: «Мы с тобой моряки (нефтяники, летчики, солдаты, профессора, патриоты и т. д.)» или «Все, кто придерживается здорового образа жизни, ...». Психологическое воздействие рекламного обращения или иной информации в рамках этой модели позиционирования усиливается впечатлением того, что данное отношение к препарату разделяется всеми субъектами, идентифицирующими себя с данной социальной категорией. Внутри же категории субъекты, ее составляющие, характеризуются значительной общностью интересов и предпочтений. Вариантом этой модели может являться ориентация на параметры, значимые для людей с определенным

стилем жизни. Например, товар для людей, занимающих активную жизненную позицию, или для людей, использующих самые современные достижения медицины, и т. д.

Пятая модель позиционирует продукт по отношению к конкурирующему товару. Этот метод позиционирования основан на том, что в сознании потребителя со временем товарные марки выстраиваются в логическую цепочку, что определяет их позиционирование, например Кока-кола>Пепси>Фанта. Первая закрепившаяся в сознании потребителей марка получает в среднем в 2 раза большую долю рынка (в долгосрочном периоде), чем марка № 2, и в четыре раза большую, чем марка № 3.

Шестая модель использует позиционирование, состоящее в акцентировании разрыва с определенной категорией товара. Так, компания Howdy Corporation ключевым пунктом в рекламе своего напитка 7UP сделало слово «THE UNCOLA». Второй вариант использования анализа разрыва (gap analysis) состоит том, что производится табличное отображение всех известных требований, предъявляемых потребителями к какой-то определенной категории товаров, в сопоставлении с перечислением всех характеристик данных товаров, которые могут удовлетворить эти требования. При этом выявляются любые существующие разрывы в удовлетворении потребностей, подбирается товар, этот разрыв заполняющий, и таким образом осуществляется его позиционирование.

Седьмая модель ориентирована на страну происхождения товара. Использование этого фактора является очень эффективным приемом. Так, Рустам Тарико оценил, что большой потенциал кроется в продвижении на рынках Европы и США бренда настоящей высококачественной русской водки, причем имперской, а не советской, что при правильной стратегии бренд может претендовать на надежное первое место. Более того, реальная история о происхождении «Русского стандарта» – единственная водка, имеющая знак одобрения царя Николая, – дает бренду право конкурировать со «Smirnoff», «Grey Goose», «Finlandia» и другими этикетками класса «премиум». Эта модель оказывается эффективной, несмотря на то что сама история, скорее всего выдумана.

Восьмая модель – модель символов. Использование символов особенно эффективно: 1) когда символ отражает качество, которое потребитель рассчитывает получить от рекламируемого товара; 2) когда символ отражает качество, с которым потребителю приятно ассоциировать себя. Например, символом фирмы туристического и альпинистского снаряжения «Татонка» избран бизон. «Бизон – это символ духа, священное животное, олицетворяющее свободу, силу и дикую природу».

Девятая модель – иная категория товара. Некоторые товары оказываются в выигрышном положении, если их позиционирование осуще-

ствляется в рамках определенной категории товаров, иной, нежели та, к которой они относятся. Например, маргарин, на упаковке которого размещалась надпись «Невозможно поверить, что это не масло!», был позиционирован в категории сливочного масла по причине удачно выбранного рекламного текста.

Возможны и другие модели позиционирования.

Для успешного позиционирования необходимо точно сегментировать рынок и оценить выбранный сегмент с точки зрения: 1) его объема – от этого зависит окупаемость производимого товара и прибыль предприятия; 2) значимости потребности для субъектов, относящихся к этому сегменту и 3) платежеспособности потребителей в этом сегменте.

Главным инструментом позиционирования выступает реклама, об этом речь пойдет в следующей главе. Здесь важно подчеркнуть, что возможность как позиционирования, так и рекламы проистекают из реальных свойств продукта, качество которых достигается в процессе его разработки. Поэтому разработчики и создатели товаров должны иметь представление о том, какими средствами товар будет рекламироваться и продвигаться и прилагать усилия к тому, чтобы он максимально соответствовал имиджу, этими средствами создаваемому.

Хорошее, различимое позиционирование лекарственных препаратов является, безусловно, важнейшим условием рыночного успеха препарата. Однако именно в фармацевтике трудности позиционирования, вероятно, превосходят все проблемы, с которыми приходится сталкиваться производителям и торгующим организациям на рынке потребительских товаров.

Прежде всего это связано со сходством многих лекарственных препаратов, большим количеством аналогов и синонимов. Это создает существенные проблемы в тех случаях, когда необходимо сформировать собственный имидж для препарата, заведомо повторяющего свойства всем известного лекарства. Конечно, близкие по своим характеристикам товары встречаются и в других отраслях. Но только в фармацевтике на рынке может присутствовать более десятка химически тождественных веществ. К тому же обычно препараты представлены в эмоционально абсолютно банальной форме таблеток или капсул, а также имеют непонятные и трудновоспроизводимые названия. Ясно, что выделиться в таких условиях среди массы конкурирующих лекарственных средств исключительно трудно.

Кроме того, врачи, пациенты и фармацевты – важнейшие с точки зрения рыночных отношений социальные группы – слабо ориентированы на оценку индивидуальной рыночной позиции каждого препарата.

Процесс подготовки врачей в вузах и вся их профессиональная деятельность формируют мировоззрение, приученное мыслить широкими группами лекарственных средств, объединенных механизмами действия, химической структурой или основными фармакологическими свойствами. Например, применение бета-блокаторов в лечении гипертонической болезни и сравнение их эффективности с результатами применения ингибиторов АПФ. При этом сравнение отдельных препаратов чаще всего не проводится или ограничивается двумя-тремя наименованиями. Не удивительно поэтому, что в сознании простого врача, кроме двух-трех конкретных названий, все остальные аналогичные препараты просто никак не позиционированы. Это вполне понятно, так как задачей врача является лечение заболевания, а не анализ рыночной ситуации. Врач ориентируется на наиболее эффективные средства и на особенности их в терапии вариантов патологического процесса.

На ОТС-сегменте по сравнению с Rx-рынком к факторам, осложняющим позиционирование, прибавляется еще три:

- недостаточная компетентность потребителей. Рядовые потребители не знают состава лекарств, их важнейших свойств и связанных с ними опасностей;
- гигантский ассортимент лекарственных средств и БАДов, которые нередко мало отличаются друг от друга;
- трудности в сравнении конкурирующих продуктов при отсутствии специальных знаний.

В целом фармацевтика и фармакотерапия представляет собой отрасль, где ограниченное число четко позиционированных препаратов противостоит огромному количеству препаратов и БАДов, слабо дифференцируемых в общей массе аналогичных средств.

Самое большее, на что могут рассчитывать многие препараты даже в глазах профессионалов, – это представление о них как о «еще одной разновидности диклофенака» или о «цефалоспорине первого поколения», т. е. как о «*me too*»-препарате.

Такое положение характерно для фармацевтических рынков всего мира, однако в России оно осложняется тем обстоятельством, что в советское время у выпускаемых отечественной промышленностью лекарств отсутствовали торговые марки. Для большинства «старых» препаратов это положение сохранилось до сих пор. Их даже при желании невозможно отличить одно от другого. Даже опытный врач или провизор не сможет вразумительно ответить на вопрос о том, чем отличается позиционирование мезапама, выпущенного Тюменским химфармзаво-

дом, от позиционирования других присутствующих на рынке мезапапов. С введением в законную юридическую силу принципа выписывания препаратов по МНН решение о продаже препарата определенной марки будет принимать не лечащий врач, а провизор аптеки. Это исключит для практического врача возможность приобретения индивидуального опыта по использованию преимуществ марочных лекарственных средств.

Между тем наличие хотя бы узнаваемой позиции, не говоря уже о стратегически выгодной, – непереносимое условие коммерческого успеха на рынке. Ведь прибыли фирмы зависят не от цен и объемов продаж некоторого класса лекарств, а от соответствующих показателей конкретного лекарства, в продаже которого заинтересован конкретный производитель, а вслед за ним и конкретный оптовик, конкретная аптека. И принадлежность лекарства даже к весьма эффективному классу препаратов сама по себе не обещает коммерческого успеха, ибо далеко не факт, что из всего разнообразия синонимов покупатель выберет данный, ничем не примечательный препарат.

5.3.2. Общая концепция лекарственного препарата

Общая концепция препарата представляет собой описание его лечебных биологических и рыночных свойств, установленных в результате экспериментального доклинического изучения, клинических испытаний и маркетинговых исследований. Ниже приводится приблизительный вариант плана или, вернее, проекта такой концепции. Уточненный вариант проекта является результатом маркетинговых исследований, предшествующих окончательному разделу работ, посвященных выявлению специфической активности препарата, доклиническому изучению его безвредности и клиническим испытаниям. В нем представлены основные вопросы, ответы на которые такая концепция должна давать. В каждом отдельном случае план концепции индивидуален, и не все вопросы могут находить в нем отражение. Однако в случае отсутствия некоторой информации разработчик должен всегда отдавать себе отчет в том, почему информация по тому или иному вопросу не нужна в концепции разрабатываемого препарата или не может быть приведена (получена).

В наиболее общих чертах общая концепция препарата должна содержать информацию следующего характера:

1. *Описание фармакологических свойств препарата.* В этом разделе приводится описание основных эффектов, вызываемых препаратом

у человека, здоровых животных и у животных с моделями патологических состояний. При описании фармакологических свойств особое внимание необходимо уделить проявлениям фармакологического действия, очевидным для больного, если таковые имеются. К таким проявлениям следует отнести основные маркеры наступления фармакологического эффекта или проявления фармакологической активности, которые могут отмечаться больным. Эта информация особо значима для препаратов ОТС-рынка.

2. *Основная мишень воздействия препарата.* Указывается, взаимодействие с каким именно физиологическим (функциональным) элементом (рецептором, ферментом, мембранными структурами) организма молекул препарата приводит к появлению фармакологических эффектов.

3. *Механизм действия.* Описываются процессы, которые являются следствием взаимодействия препарата с мишенью, какие физиологические (биохимические) процессы модулируются, в каком направлении и как это приводит к возникновению фармакологических эффектов и достижению терапевтического результата.

4. *Фармакокинетика и фармакодинамика препарата.* Описывает биодоступность препарата и процессы, ее обеспечивающие, временные и количественные параметры биодоступности. Скорость всасывания, транспортные механизмы, обеспечивающие попадание препарата в органы и ткани, проницаемость гематоэнцефалического барьера, скорость и пути элиминации. Профиль биодоступности, время полувыведения препарата, кажущийся объем распределения. Фармакодинамика описывает временные и количественные параметры наступления фармакологического эффекта, а также его характер, временные, качественные и количественные параметры терапевтического эффекта.

5. *Совместимость с другими лекарственными средствами.* Описывается допустимость одновременного назначения данного препарата с другими лекарствами и возможные последствия их функционального взаимодействия.

6. *Влияние на деятельность регуляторных систем.* Должны быть изучены и оценены влияние препарата на деятельность регуляторных систем организма при терапевтическом приеме препарата, зависимость этих процессов от продолжительности курса терапии и дозы препарата. Отражаются изменения, достигаемые в течение патологического процесса и в деятельности регуляторных систем организма в результате применения препарата в терапевтических курсах, их последствия для здоровья в период после отмены лекарственного средства. Значение изменений рецепторных и ферментных систем, гормональной регуляции

функций, иммунной системы, печеночного и почечного клиренса, генетического аппарата.

7. *Влияние на патологический процесс* с точки зрения характера вмешательства в патогенез заболевания. При этом необходимо ответить на вопрос, что представляет собой функциональное состояние, достигаемое в результате проведенной фармакотерапии, в чем его основное преимущество перед состоянием патологии без проведения лечения и как оно соотносится с состоянием здоровья.

8. *Показания к применению.* Указываются заболевания, при которых данный препарат может быть использован. Основные эффекты, достигаемые при лечении каждого вида патологии, возможные осложнения и опасности применения данного препарата. Разработчик не имеет права вносить в инструкцию по применению любые информационные материалы, рекомендации по применению препарата, если клинические испытания у больных с данными заболеваниями проведены не были.

9. *Длительность курсов применения и дозы.* Прописываются все курсы лечения в зависимости от вида патологии, ее тяжести и возраста больных.

10. *Достижимые терапевтические эффекты.*

11. *Значение достигаемых результатов для качества жизни и трудоспособности.* В данном разделе подробно описывается, какие преимущества получает больной от достигнутого терапевтического эффекта по сравнению с тем вариантом, если бы лечения не проводилось. Данный раздел особенно важен для тех лекарственных средств, чье терапевтическое воздействие не приводит к полному излечению и (или) сопровождается выраженными токсическими и побочными эффектами.

12. *Токсичность и побочное действие.* Их основные симптомы, проявления и маркеры. Возможность коррекции побочного действия.

13. *Наличие противопоказаний.*

14. *Характеристики сектора рынка для данного препарата.*

15. *Степень эксклюзивности разработки.* В данном разделе дается характеристика насколько данный препарат является эксклюзивным в научном, технологическом или рыночном отношении. Необходимо также описать преимущества по сравнению с конкурентами. Оценить значимость каждого преимущества. Попытаться оценить, является ли данный препарат рынокообразующим.

16. *Изменение цены лечения.* Одним из важных экономических показателей, характеризующих новую разработку является изменение цены лечения в результате использования препарата. Она оценивается по совокупности результатов и затрат, достигаемой при применении данного препарата.

Выведение нового препарата или метода лечения на рынок и введение его в медицинскую практику имеет смысл с точки зрения медицины только в том случае, если он снижает стоимость лечения. При этом смысловое значение термина «стоимость лечения» включает в себя все потери, которые понесет больной и общество в результате перенесенного человеком заболевания. Сюда входят: затраты на медикаменты и труда медицинского персонала в процессе оказания медицинской помощи, потеря трудоспособности больным, утрата здоровья.

17. *Стоимость препарата* и ее сравнение со стоимостью аналогичных средств у конкурирующих фирм, если таковые имеются.

18. *Возможность использования источников финансирования*, иных, нежели личные средства больного. Перспективы попадания препарата в формуляры страховых агентств и больниц.

19. *Предполагаемая стоимость разработки*.

20. *Предполагаемый научно-технический и технологический уровень* разработки, уровень наукоемкости проекта, требования к качеству продукта и возможности его обеспечения с учетом предполагаемых источников финансирования, объема инвестиций и перспектив компенсации затрат на разработку.

21. *Платежеспособность сектора рынка*, в котором предполагается позиционировать препарат. Ориентировочный объем средств, который можно извлекать из соответствующего сектора рынка в покрытие расходов на разработку. Предполагаемая прибыль.

5.3.3. Техника и последовательность позиционирования.

Псевдопозиционирование

Успешное позиционирование предполагает целенаправленные действия по его осуществлению. Маловероятно успешное поведение товара на рынке, если он занимает свое место в силу случайных обстоятельств – просто потому, что обладает какими-то важными свойствами. Процесс позиционирования должен быть управляемым. Препарат должен оказаться на том месте, которое фирма хочет, чтобы он занимал. Для этого первоначально фирме нужно определиться с тем положением товара, которое соответствует ее целям и задачам. При этом процесс позиционирования не может носить виртуальный характер. Препарат должен обладать определенным набором свойств, позволяющих ему претендовать на это место.

Важным условием позиционирования является также формирование у потребителя представлений о терапевтических свойствах препара-

та и о том, какие преимущества создает его использование при соответствующей патологии. Таким образом, позиционирование препарата в своей основе имеет три источника: 1) потребность фирмы-производителя; 2) реальные свойства препарата и 3) представление потребителя о выгодах и издержках, связанных с применением данного лекарственного средства.

Важный шаг в выборе направлений рыночной ориентации деятельности организации заключается в определении позиции продукта внутри отдельных рыночных сегментов. Позиция продукта – это прежде всего мнение определенной группы потребителей, целевых рыночных сегментов относительно важнейших свойств продукта. Именно оно характеризует место, занимаемое конкретным продуктом в умах потребителей, по отношению к продукту конкурентов. Для успешной реализации на рынке продукт должен восприниматься определенной группой целевых потребителей как имеющий четкий имидж, отличающий его от продуктов конкурентов. Безусловно, надо также учитывать тот факт, что на позицию продукта влияют репутация и имидж компании в целом. Позиционирование продукта, таким образом, заключается в том, чтобы, исходя из оценок потребителей на рынке определенного продукта, осуществить выбор таких параметров продукта и элементов комплекса маркетинга, которые с точки зрения целевых потребителей обеспечат продукту конкурентные преимущества. Позиции описываются атрибутами (параметрами), которые являются важными для потребителей и которые ими выбираются. Цена может являться ключевым параметром для покупки бакалейных товаров, уровень услуг – при выборе банка, качество и надежность – при покупке компьютера и т. п. Для лекарственных препаратов важнейшим атрибутом является, конечно, эффективность. Несколько меньшее значение имеют побочные эффекты и токсичность. Цена и упаковка, как правило, имеют существенно меньшее значение. Однако в определенных случаях высокая цена может сделать препарат неприемлемым для выбранного рыночного сегмента. Если препарат применяется в каких-то особых условиях, то атрибутом № 1 может оказаться именно упаковка.

В процессе позиционирования проводится детальное исследование рынка с целью определения, какие атрибуты являются важными для данного рыночного сегмента, и устанавливается приоритетность этих атрибутов. Атрибутом позиционирования в маркетинге называется ключевое преимущество товара, которое позволяет потребителю удовлетворить свои потребности наилучшим образом, отличает данный продукт от товаров конкурентов и является источником мотивации к его приобретению.

Составляется перечень конкурирующих продуктов, обладающих выявленными атрибутами. Затем устанавливается идеальный уровень значений атрибутов для конкретного сегмента рынка. Проводится сравнительная оценка атрибутов позиционируемой марки продукта по сравнению с идеальным уровнем и по сравнению с продуктами конкурентов. И, наконец, по результатам позиционирования окончательно выбираются рыночные сегменты и направления дифференциации продуктов. Например, производитель одного лекарственного препарата (антибиотика) в процессе позиционирования может апеллировать к высокой эффективности своего препарата, другой опираться на медленное развитие толерантности микрофлоры, а третий – на широкий спектр антибактериального действия препарата. Таким образом, последовательность действий в процессе позиционирования выглядит следующим образом:

1. Прежде всего нужно выявить и оценить всех конкурентов. Составить перечень конкурирующих товаров и понять, каким образом они продвигают свой товар, собрав информацию об их рекламной стратегии и иных формах информационного маркетинга.

2. Установить набор определяющих атрибутов, очерчивающих «товарное пространство», в котором расположены позиции текущих предложений. То есть нужно установить все основные характеристики товаров (препаратов), на которые ориентируется потребитель в процессе выбора лекарственных средств данной категории.

3. Собрать информацию, исследовав выборку покупателей и потенциальных клиентов о восприятии каждого товара по определяющим атрибутам. Для этого необходимо произвести оценку потребительского спроса, выяснить общую тенденцию восприятия покупателями интересующего нас вида услуг или препаратов. Необходимо установить критерии продаваемости и покупаемости товара у потребителя. Главная задача позиционирования – создание определенной ценности товара в глазах (сознании) потребителя. Проще всего это можно сделать на основании оценки товаров конкурентов. Необходимо разобраться в причинах привлекательности различных торговых марок.

4. Определить текущее положение товара в товарном пространстве (позиционирование) и силу его позиции. Для этого нужно понять, насколько свойства нашего товара и создаваемая стратегия рекламы способны обеспечить его продвижение на рынке.

5. Определить наиболее предпочтительную для покупателей комбинацию определяющих атрибутов. Для этого можно, например, при проведении опросов попросить респондентов нарисовать в своем воображении образ идеального лекарственного средства, которое могло бы быть использовано при данном виде патологии, после чего респондент

по нескольким критериям выставляет оценки своему идеальному лекарству и ряду реальных. Подобная технология позволяет оценить положение продвигаемого средства как в реальном рыночном пространстве, так и в виртуальной потребностно-мотивационной сфере.

6. Изучить соответствие между предпочтениями рыночных сегментов и текущей позицией товара (рыночное позиционирование). Определить позиции, которые могут занять новые дополнительные лекарственные препараты.

7. Составить заключение о позиционировании и выработать предложения по дальнейшей разработке и осуществлению маркетинговой стратегии.

На практике позиционирование не обязательно использует один атрибут, как в приведенных примерах, а может проводиться по двум и даже трем атрибутам. Например, зубная паста «Аквафреш» продвигается на основе трех преимуществ: борьба с кариесом, свежее дыхание и отбеливание зубов.

При этом необходимо помнить, что атрибутов не должно быть много. Это связано с особенностями человеческой психики. Наш мозг не способен эффективно оценивать информацию, в которой фигурирует значительное количество внутренних образов (репрезентаций). Предельное их число от 6 до 8. При этом, оценивая товар, наряду с выгодными его характеристиками покупатель будет привлекать для сравнения и иные параметры, сопоставляя его с другими аналогичными продуктами. Поэтому чем меньше число атрибутов, по которым позиционируется товар, тем легче потребителю дается выбор. В идеальном случае лучше использовать один атрибут.

Таким образом, позиционирование предполагает проведение глубоких маркетинговых исследований, направленных на понимание того, как потребители воспринимают продукт, какие параметры, по их мнению, являются наиболее важными. По результатам таких исследований строятся карты восприятия, на которых изображаются исследуемые продукты с помощью наиболее значимых в глазах потребителей параметров.

Оценивая позиции на рынке различных продуктов, потребители делают это с точки зрения своей пользы, выгоды. Поэтому любая организация должна выискивать резервы предоставления дополнительной пользы и благ своим потребителям, касается ли это более высокого качества товаров и услуг или предоставления их по более низким ценам.

Нужно отчетливо себе представлять, что: 1) не для всех целей фирмы могут существовать атрибуты; 2) не для всех потребностей пациентов возможно существование свойств препаратов, способных стать

атрибутами; 3) на основе далеко не всех свойств препаратов (даже положительных) могут быть сформированы атрибуты. Атрибутом может быть только такое свойство препарата, которое востребовано у целевой группы потребителей, и реализация лекарственного препарата, создаваемого на основе этого его терапевтического свойства, соответствует целям фирмы.

Цели фирмы – это желаемое состояние, которого можно достичь скоординированными усилиями сотрудников. Различают корпоративные цели, связанные с требованиями, которым должны удовлетворять все хозяйственные подразделения, с социальной значимостью деятельности фирмы; предпринимательские цели, касающиеся в основном прибыли; функциональные цели – цели в области производительности, квалификации кадров.

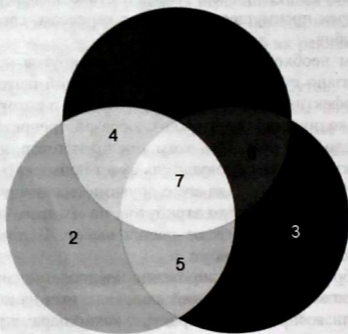


Рис. 5.1. Схема позиционирования препарата:

- 1 – цели фирмы; 2 – свойства препарата; 3 – потребности потребителя;*
- 4 – зона совпадения свойств препарата и интересов фирмы; 5 – представление потребителей о свойствах препарата, соответствующих его потребностям;*
- 6 – совпадение потребностей пациентов и целей фирмы; 7 – зона совпадения целей фирмы, потребностей пациентов и свойств препарата*

На рис. 5.1 в схематичном виде представлены различные варианты позиционирования препарата с точки зрения соответствия его свойств целям фирмы и потребностям больных. При всей абстрактности схемы, представленной на рисунке, она дает хорошее представление о том, как выглядит хорошее позиционирование, какие отклонения от идеального варианта возможны, какие действия необходимо предпри-

нять для того, чтобы поправить положение. Так, идеальной позицией препарата будет его позиционирование, соответствующее полю 7 (белого цвета). Препарат обладает необходимыми терапевтическими свойствами, они соответствуют потребностям больных и целям фирмы.

По понятным причинам любое позиционирование, несоответствующее целям фирмы, является нежелательным. Так, иначе как провалом позиционирования не назовешь попадание препарата в зону 5. Она соответствует ситуации, когда в представлениях потребителей укореняется знание некоторых реальных свойств лекарственного препарата, акцентирование внимания на которых не входит в цели фирмы. Эта ситуация может быть не выгодна также и самим пациентам, так как в случае высокой эффективности лекарственного препарата и достаточном совершенстве средств контроля побочного действия, в случае избыточного внимания к его негативным свойствам пациент может лишиться возможности использовать эффективный метод лечения своего заболевания. Цели фирмы или одна из значимых ее целей может не соответствовать свойствам препарата, так как фирма, располагающая высоким научным потенциалом, заинтересована в максимальном его использовании и развитии. Такая компания может быть не заинтересована в разработке простого (не наукоемкого) препарата, поскольку, вкладывая средства в маркетинг, создание лекарственной формы и организацию производства, она теряет возможность повысить или просто поддержать потенциал своего научного подразделения.

Однако в фармацевтической промышленности зачастую складываются ситуации, когда позиционирование не соответствует целям фирмы. При этом производитель не в полной мере отдает себе отчет в этой ситуации или не может с ней справиться. Причина кроется в том, что процедура регистрации препарата и его дальнейшее использование достаточно жестко регламентированы. Производитель просто обязан указать все свойства препарата в инструкции по клиническому применению и в листовке-вкладыше. Причем он может замолчать некоторые свойства препарата, которые не нанесут вреда здоровью и скорее всего не будут замечены потребителем. Таковыми, например, являются антигистаминные свойства у нейролептиков фенотиазинового ряда или, наоборот, нейролептические свойства этих препаратов, если они позиционируются в качестве антигистаминных лекарств (пипольфен). Однако все побочные эффекты и проявления токсичности описываются подробно, даже если эти проявления встречаются крайне редко. Внесение этих сведений в листок-вкладыш является средством юридической защиты фирмы в случае их возникновения, а также свидетельством тщательности исследования препарата.

Инструкции по применению детально описывают, кому, в каких случаях, в каких дозах и как следует принимать препарат, а также какое действие он при этом оказывает. Из этого складывается впечатление, что листок-вкладыш предопределяет все три компонента позиционирования: 1) в этом документе действительно перечисляются свойства препарата; 2) он является основным документом, дающим представление потребителю о характере действия препарата; 3) все фармацевтические компании в качестве одной из основных своей целей выдвигают создание высокоэффективных препаратов для лечения определенного круга патологий. Круг этих патологий определен медицинскими показаниями, представленными в том же вкладыше.

Между позиционированием и инструкцией по применению существует глубокая разница. Прежде всего она заключается в том, что инструкция – не экономический документ, а медицинское описание препарата. Она отталкивается от его принадлежности к определенному классу лекарств (недаром оно всегда начинается с состава препарата – международного непатентованного названия активного вещества), таким образом отдавая приоритет его групповым чертам. Позиционирование подчеркивает индивидуальные и неповторимые свойства препарата. Медицинское описание ориентировано на эффективность данного препарата при определенных заболеваниях, в то время как позиционирование в первую очередь исходит из его рыночных свойств и положения в конкурентной среде.

Описанную закономерность можно выразить и иначе: подлинное позиционирование отличается от псевдопозиционирования тем, что ориентировано на рыночную, а не медицинскую связь между потребителем и лекарственным препаратом. Как уже сказано, рынок не един, а разбит на относительно независимые части – сегменты, т. е. на группы потребителей, которые предъявляют к определенному виду товаров требования, отличающиеся от требований других покупателей. Основное содержание позиционирования – это использование естественной сегментации рынка либо формирование в интересах фирмы новых сегментов.

Позиционирование можно считать успешно состоявшимся, как только в сознании целевого сегмента потребителей (в данном случае неважно, кто выступает в этой роли: конечные потребители или врачи, выписывающие препараты) сформировалась отдельная «полка», отражающая некую специфическую потребность, и продвигаемый препарат занял на ней видное, а еще лучше – центральное место. То есть данное лекарственное средство стало «адресом № 1» при удовлетворении каких-то нужд известного круга клиентов.

Существует трехуровневый подход к процедуре позиционирования. При этом весь процесс подразделяется на макро-, мезо- и микропозиционирование.

Началом позиционирования считается тот момент, когда фирма определяет конкретную цель бизнеса, воплощенную в так называемой формуле позиции, – *макропозиционирование* (Юдин). На этом уровне данная формула выглядит следующим образом: некий препарат X, относящийся к определенной категории, обеспечивает целевой группе Y адаптивный результат (выгоду) Z. Иными словами, макропозиционирование описывает те свойства препарата, которые будут востребованы большими целевой группы, и что эти больные получают в результате применения этого препарата.

Нужно при этом понимать, что позиционирование – это не само собой разумеющееся отнесение к одной из групп в классификации лекарственных препаратов. Препарат должен занять прежде всего определенную позицию в сознании потребителя.

Позиционирование исходит в первую очередь из свойств товара. При этом в соответствии с этими свойствами оно может быть *центровым*, т. е. соответствовать основным свойствам той группы, к которой данный препарат относится. В ином случае позиционирование препарата может быть *дифференцированным*, что означает наличие известной специфики данного продукта внутри категории. Центровое позиционирование оправданно для продуктов-лидеров товарной категории. Таким препаратом является, например, Но-шпа в категории спазмолитиков. Это, так сказать, типичный представитель своей категории, свойства всей категории ассоциируются у потребителя в первую очередь именно с ним. Соответственно, в дальнейшем и продвижение такого препарата может строиться с акцентированием общих свойств товарной категории.

Если продукт не является лидером, то в процессе позиционирования наибольшее значение приобретают его свойства, отличающие его от других лекарственных средств данной категории, т. е. его дифференциальные качества.

Вторым аргументом в формуле позиции является целевая группа потребителей. И третий аргумент составляет результат применения препарата. При этом результат в позиционировании представляется как выгода – совокупность полезных элементов, присущих только данному товару. Важно, что целевая группа и выгода тесно связаны друг с другом, поскольку констатация выгоды того или иного продукта зависит от индивидуальных особенностей того, кто эту выгоду получает. Для одних она существенна, для других – малозначима, для третьих –

отсутствует. Содержание представления о выгоде даже при реально высоком ее значении может также отличаться у различных категорий потребителей. Так, препараты женьшеня, например Гинсана, оказывающие стимулирующее действие на работоспособность, могут с успехом использоваться у спортсменов в процессе тренировок. Применимы они также для поддержания умственной работоспособности студентов во время интенсивных занятий, менеджеров и офисных работников различного уровня, испытывающих сильное утомление после монотонных нагрузок трудового дня. Эти препараты с успехом применяются для преодоления стрессовых ситуаций различного происхождения и т. д. В принципе механизм фармакологического действия Гинсаны при всех этих состояниях одинаков – улучшение энергетического обмена с повышением эффективности процессов окислительного фосфорилирования (утилизации кислорода из крови), чем и объясняется улучшение состояния при утомлении различного генеза. При этом важно, что состояние утомления у всех перечисленных категорий потребителей препарата психологически воспринимается по-разному. Эти отличия обусловлены определенной спецификой соответствующих функциональных состояний, не очень существенной с физиологической точки зрения, однако значительно разнящиеся в восприятии субъектов, их испытывающих. Поэтому и трактовать эту выгоду и позиционировать препараты в соответствии с этой выгодой у разных целевых групп нужно по-разному.

Таким образом, целевая группа, определяемая на основании перспективности использования данного препарата для коррекции имеющегося у них состояния или терапии заболевания, может подразделяться на несколько подгрупп, отличающихся по характеру своего мировоззрения и отношению к собственному состоянию. Поэтому аргументы, обосновывающие позиционирование препарата для этих разных подгрупп, должны отличаться.

Принципиальная логика продвижения препарата закладывается уже на стадии макропозиционирования. В макропозиционировании существуют две основные стратегии. Первая из них «поднимает на щит» препарат и его свойства. То есть она отталкивается от выгоды, создаваемой использованием данного лекарственного средства. Внимание сосредотачивается на проблеме, и маркетинговыми средствами доказывается, что препарат с ней справляется. Этот путь является преимущественным в продвижении большинства препаратов.

Второй путь апеллирует к тому, что продвинутые люди следят за своим здоровьем. Они потому и успешны, что поддерживают состояние своего организма на должном уровне. Подобная стратегия требует регу-

лярного использования некоторых средств (витаминов, например), выполнения профилактических мер при возникновении угрозы заболевания, и своевременной коррекции некоторых состояний. Такой метод продвижения менее эффективен, однако вполне приемлем в том случае, когда удастся задействовать мотив социального одобрения определенного поведения. Это соответствует действиям по принципу: все хорошие матери заботятся о том-то и том-то для своих детей. Ясно, что хорошей матерью хочет считать себя каждая женщина.

На этапе *мезопозиционирования* внимание сосредотачивается на уникальности товара (лекарственного препарата). Иногда позиционирование оказывается несостоятельным именно по причине низкой степени уникальности. Выгода, получаемая от использования препарата, может быть в высшей степени значима для целевой группы, но точно такой же результат дают другие препараты.

Третий этап – *микророзиционирование* сосредоточен на технологиях представления выгод, которые дает продвигаемый препарат целевому потребителю. Важным инструментом этого этапа выступают не только логически обоснованные аргументы в пользу применения продукта, но также и многочисленные эмоциональные дисплеи, активизирующие поведение потребителя в соответствующем направлении. Микророзиционирование осуществляется не только рекламными средствами. Распространенным в фармацевтике вариантом его проведения является раздача бесплатных образцов врачам. Хотя многие фирмы видят в деятельности такого рода просто форму скрытого стимулирования врачей, на самом деле это – незаменимый способ позиционирования с акцентом на характеристику препарата. Лекарственные средства во многих случаях являются продуктом, преимущества которого трудно описать, гораздо легче убедиться в них на практике.

Иным по содержанию, но часто используемым и эффективным приемом микророзиционирования является информационный маркетинг, или реклама с использованием эмоциональных дисплеев и обращений. Эмоциональные дисплеи и обращения весьма эффективно повышают степень привлекательности препарата при недостаточных его дифференциальных свойствах. Суть приема состоит в установлении ассоциаций между продуктом и положительными эмоциями без объяснения того, как они им порождаются. Например, реклама препарата «Гуттасил» нового препарата для лечения запоров у взрослых и детей гласит: «Гуттасил – легкое решение тяжелой проблемы!»

5.4. Позиционирование и свойства препарата

Специфическая медицинская сегментация фармацевтического рынка осуществляется, как уже отмечалось, в первую очередь по показаниям к применению (по структуре заболеваемости). При этом крайне желательно сформировать сегмент рынка для которого предназначен данный препарат, недоступный другим лекарствам. Это делается за счет выработки особого профиля свойств препарата.

Это может быть достигнуто не только созданием вещества, обладающего особенной химической структурой, но и организацией его исследований. Например, сосредоточение усилий в изучении существующего препарата по определенным показаниям, в отношении которых существующие методы лечения малоэффективны, может привести к тому, что будет разработана специфическая схема применения, особые лекарственные формы, изменены пути введения, способы воздействия на биодоступность и т. д. Все это может настолько изменить возможности терапии этим препаратом, что фактически приведет к созданию нового средства, откроет новый сектор рынка для существующего препарата.

В некоторых случаях основанием для особого позиционирования могут служить возможности применения препарата при заболевании, осложненном часто встречающейся сопутствующей патологией. Известно, например, что широко используемый при гипертонии препарат «Моноприл» специально разрабатывался фирмой Bristol-Myers Squibb как ингибитор АПФ, пригодный для больных с почечной недостаточностью. Сочетание гипертонии и почечной недостаточности у одного и того же больного встречается достаточно часто, особенно в пожилом возрасте. «Моноприл» имеет двойной путь выведения из организма — через почки и печень. Прочие ингибиторы АПФ, элиминация которых достигается на 90 % почечным клиренсом, противопоказаны при почечной недостаточности. Уникальные свойства «Моноприла» создали предпосылки для его выгодного позиционирования на рынке. На долгие годы он стал единственным ингибитором АПФ, применимым на сегменте рынка для гипертоников с патологией почек.

При создании новых оригинальных препаратов действия исследователей всегда направляются на решение проблем, непреодолимых с помощью уже существующих средств, что автоматически выводит новый препарат на свободный сегмент рынка. Понятно, однако, насколько трудно применить такой подход, если речь идет о препаратах-дженериках или комплексных лекарствах с одинаковым (или близким) составом. В то же время это типовая ситуация, поскольку на рынке (в

особенности на российском) именно дженерики составляют большинство препаратов.

Большое влияние на позиционирование препаратов оказывает понимание механизма действия лекарственного средства. Характерным свойством психики человека является выраженная потребность в контроле над окружающей средой. Проявлением этого свойства является стремление понимать характер причинно-следственных отношений между собственными действиями и их результатом. Перенося этот принцип в русло фармакотерапии, можно сказать, что у медицинского сообщества существует выраженная потребность в понимании механизма действия того лекарственного средства и способа, с помощью которого происходит нормализация функций, нарушенных заболеванием. Если такое разумное объяснение отсутствует (нет представления о мишени воздействия препарата, о том, в какие физиологические процессы он вмешивается, как их изменяет и каким образом достигается лечебный эффект или данные по этому поводу не убедительны для медиков), продвижение такого препарата встречает серьезное сопротивление со стороны медицинского сообщества. Позиционирование таких препаратов также, как правило, затруднено, и они используются в качестве вспомогательных средств, имеющих второстепенное значение для лечения данной патологии.

Примером области лекарственной помощи, где влияние этого свойства психики проявляется в достаточно сильной степени, может служить фитотерапия. Несмотря на то что лекарственные растения применяются человеком для лечения самых разнообразных заболеваний с незапамятных времен, механизм терапевтического действия многих из них остается неизвестным. Там же, где этот механизм установлен и определено действующее вещество, обеспечивающее лечебный эффект, это вещество либо выделяется в чистом виде и используется как химическое соединение, либо оно заменяется синтетическим аналогом, возможно в виде химически модифицированной молекулы, более эффективной или безопасной по сравнению с исходным соединением, например кокаин – прокаин (новокаин).

Другим примером может служить гомеопатия. Более чем 200-летняя история ее существования, накопленный ей опыт лечения самых разнообразных заболеваний не преодолели весьма и весьма скептического отношения врачей-аллопатов (медиков, использующих обычные лекарственные препараты) к данному методу лечения. В данном случае ситуация по сравнению с фармакотерапией осложняется еще и тем, что в гомеопатических средствах при разведении 12С и выше тео-

ретически не содержится ни одной молекулы действующего вещества. Тем не менее гомеопатический метод лечения уже третий век устойчиво сохраняет свою клиентуру и пользуется значительной популярностью.

Существуют два основных маркетинговых приема

позволяющих обеспечить присутствие препарата на рынке вопреки действию указанного фактора. Так, во-первых, 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 препарата для большинства врачей существенно ослаблялась, как только гомеопатическим препаратам отводилась роль дополнительного средства. На то, чтобы отказаться от аллопатических лекарств и заменить их гомеопатическими, согласны очень немногие. Совсем другое дело – добавить некое гомеопатическое лекарство при сохранении основных препаратов. То же самое мы наблюдаем в области фитотерапии.

Во-вторых, прием высокоэффективных синтетических препаратов во многих случаях охотно дополняется препаратами лекарственных растений. Главным основанием для применения фитотерапии выдвигается тезис о ее мягком действии и безвредности. При этом в пограничных случаях (при легких формах заболевания) она признается в качестве основной терапии. Многочисленные побочные эффекты синтетических препаратов хорошо известны и их формирование при применении синтетических препаратов пугает или смущает многих больных. В этом отношении в сознании больного фитотерапия обладает несомненным преимуществом. Фитотерапия в последние десятилетия приобрела некую популярность, что стала служить объектом подмены. Так, препарат «Новопассит», позиционируемый производителем как растительное средство с успокаивающими свойствами, кроме комплекса из экстрактов шести растений содержит в каждой дозе 200 мг гвайфенезина. Последний кроме муколитических свойств, декларируемых его инструкцией по применению, обладает способностью блокатора H1 гистаминовых рецепторов, чем и объясняется хорошие седативные (успокаивающие) свойства «Новопассита».

Процесс выбора препарата врачом существенно осложняется тем обстоятельством, что достоинства и недостатки отдельных лекарств неодинаково представлены в каждом из них. Типична ситуация, когда одни препараты превосходят другие по одному или нескольким параметрам, но уступают им по прочим. Так возникает проблема значимости показателей. Эта проблема имеет прямое отношение к процессу позиционирования и является прямым следствием мотивационного процес-

са. Высокой значимостью обладают те показатели, которые отражают удовлетворение насущной потребности, т. е. такой потребности, удовлетворение которой может считаться приоритетной задачей. Значение показателя может характеризоваться тем, насколько полно эта потребность удовлетворяется при использовании данного препарата. Немаловажную роль играет простота использования метода лечения, его дешевизна или доступность. По своей сути процедура выбора препарата в этих условиях сопровождается когнитивным диссонансом. Это состояние уже было подробно описано в главе 1. Здесь уместно напомнить, что когнитивный диссонанс преодолевается двумя способами: 1) когнитивной проработкой ситуации, которая является трудоемким процессом; 2) с помощью имеющегося опыта совершения выбора в предшествующем поведении, на основании имеющихся установок. При этом показатель может оказаться значимым не потому, что он характеризует высокую активность средства, а потому, что его характеристики понятны потребителю и существенно облегчают решение когнитивного диссонанса или соответствуют имеющимся установкам, поддерживая их. Если совокупность знаний о препарате и его способности лечить данное заболевание, является, безусловно, объективным компонентом установки, то персональный опыт и эмоциональное отношение к предмету выбора – субъективны. Один врач склонен придавать наивысшее значение эффективности, другой даже ценой снижения эффективности стремится избежать побочных эффектов.

Выводы по главе 5

Факт успешного продвижения препарата на рынке в значительной мере зависит от правильного выбора рыночного сегмента, в котором свойства этого препарата будут максимально востребованы. Основу сегментации составляет неоднородность рыночной среды. В силу этой неоднородности спрос на один и тот же товар в различных сегментах рынка может отличаться.

В основе сегментирования лежит тот факт, что наличие у определенных категорий людей сходных черт, близость условий существования и работы порождает подобие потребностей. По своей природе сегментация рынка – это результат устойчивых предпочтений, которые достаточно большие группы потребителей отдают товарам с определенными свойствами. Сегменты рынка формируются на основе взаимодействия спроса и предложения. Формирование сегмента рынка может инициироваться осознанием единой потребности у группы потребителей или быть обусловлено активными действиями производителя. Ос-

новными факторами, обуславливающими формирование сегментов, выступают: географическое разделение территорий, общеэкономические факторы, демографические факторы и особенности поведения отдельных контингентов людей. Определенную роль в сегментировании рынка играет фармакологическая классификация лекарственных средств и структура заболеваемости.

Состояние здоровья населения является ключевым фактором, обуславливающим спрос на лекарства, однако корреляция между спросом на лекарства и уровнем заболеваемости не является полной. Принципиальными моментами являются распространенность всех видов патологии, влияющая на ассортимент, а также доступность лекарственной помощи. Исследования рыночного сегмента препарата обусловлены тем обстоятельством, что правильная оценка сегмента рынка для соответствующего продукта позволяет экономить существенные усилия, направленные на его производство, без потери прибыли. При проведении сегментации достигается лучшее понимание нужд покупателей, специфики конкурентных отношений и концентрация ресурсов на наиболее выгодных направлениях деятельности. Рынок сегментируется по всей совокупности параметров общеэкономической, культуральной и социально-демографической природы, и его отправной точкой является учет всех возможных конкурентов – препаратов, обладающих аналогичными свойствами и способными удовлетворять данную потребность.

Успешное позиционирование определяет эффективность всех дальнейших действий. Главной сутью процессов позиционирования является разработка стратегии преодоления когнитивного диссонанса в сознании покупателя, ориентация на выбор данного препарата и предпочтения его товарам-конкурентам. Другими словами, препарат должен быть представлен потребителю так, чтобы когнитивный диссонанс отсутствовал или был минимален и легко преодолим. Это достигается наглядной когнитивной проработкой ситуации и использованием установок. Процедура позиционирования осложняется тем, что большинство лекарственных препаратов обладают не одним фармакологическим эффектом, а целым набором биологически активных свойств. В этом случае возникает необходимость четкого разделения описанных видов активности. При этом с точки зрения узнаваемости в качестве средства для лечения определенной патологии может оказаться рациональным присваивать определенному лекарственному препарату самостоятельное название как совершенно отдельному лекарственному препарату. Основной задачей позиционирования является нахождение такой ниши или способа использования данного препарата, которые в наименьшей

степени заняты производителями аналогичных лекарственных средств, для чего предпринимаются специальные клинические испытания и экспериментальные исследования, меняется лекарственная форма, дозировки препарата и т. д.

Процесс позиционирования отражает стратегию конкурентного взаимодействия продвигаемого товара с его аналогами. Объективно существуют два основных фактора конкурентного взаимодействия: стоимость товара и его дифференциальные свойства. Однако сознание потребителя по-разному интерпретирует различия товаров в этой достаточно простой системе координат в зависимости от ряда условий. Законы позиционирования ориентированы в первую очередь на эмоциональное выделение препарата среди конкурентов и сосредоточены на психологии целевой аудитории, репрезентации позиционируемого лекарства как общественной ценности. Кроме того, имидж средства должен опираться на очевидные потребителю и контрастирующие на общем фоне индикаторы этой ценности.

Выделяют девять моделей позиционирования, которые опираются: 1) на наличие у продукта (лекарства) качества, отличающего его от других препаратов; 2) демонстрацию потребителю соотношения качества продукта и его цены; 3) особый способ использования товара; 4) ориентацию на определенную категорию потребителей; 5) ориентацию товара по отношению к конкурирующему товару; 6) акцентирование разрыва с определенной категорией товара; 7) страну происхождения товара; 8) использование символов; 9) иную категорию товара.

Для успешного позиционирования необходимо точно сегментировать рынок и оценить выбранный сегмент с точки зрения его объема, значимости потребности для субъектов, относящихся к этому сегменту и платежеспособности потребителей. Главным инструментом позиционирования выступает реклама.

Хорошее, различимое позиционирование лекарственных препаратов в фармацевтике сталкивается со значительными трудностями из-за сходства многих лекарственных препаратов, большого количества аналогов и синонимов. Кроме того, врачи, пациенты и фармацевты слабо ориентированы на оценку индивидуальной рыночной позиции каждого препарата. Для правильного позиционирования большое значение имеет формирование общей концепции лекарственного препарата, отражающей все его свойства – и терапевтические, и рыночные.

Для позиционирования также важно, какие атрибуты являются важными для данного рыночного сегмента, их приоритетность. Составляется перечень конкурирующих продуктов, обладающих выявленными

атрибутами. Затем устанавливается идеальный уровень значений атрибутов для конкретного сегмента рынка.

В фармацевтической промышленности зачастую складываются ситуации, когда позиционирование не соответствует целям фирмы. Это связано с тем, что производитель обязан указать все свойства препарата в инструкции по клиническому применению и в листовке-вкладыше. Ситуация, когда позиционирование ориентируется на медицинскую связь с потребителем и лекарственным препаратом, а не на рыночную, называется псевдопозиционированием.

В позиционировании принято выделять три уровня: макропозиционирование, при котором описываются те свойства препарата, которые будут востребованы больными целевой группы, и что эти больные получают в результате применения этого препарата; мезопозиционирование, сосредотачивающее внимание на уникальности товара; микропозиционирование, ориентированное на технологии предоставления выгод, которые дает продвигаемый препарат больным.

Средством достижения определенного позиционирования может быть не только выявление особых его свойств, но также обоснование применения при каких-то особых видах патологии или ее формах, что достигается клиническими испытаниями.

Большое значение для позиционирования имеет представление о механизме действия лекарственного средства. Это связано со стремлением понимать характер причинно-следственных отношений между собственными действиями и их результатом.

Вопросы для контроля и самоконтроля

1. Что такое сегмент рынка?
2. Что лежит в основе сегментации рынка и какими факторами она обусловлена?
3. Какие существуют варианты сегментирования рынка?
4. Что представляет собой АТХ-классификация лекарственных препаратов и какова ее структура?
5. Что такое правило Парето, какое значение оно имеет для формирования рыночных сегментов?
6. Какие два основных подхода к сегментированию рынка существуют?
7. В чем заключается позиционирование лекарственных средств?
8. Какие существуют законы позиционирования?
9. Какие модели позиционирования Вы знаете?

10. Что представляет собой общая концепция лекарственного препарата?

11. В чем состоит техника позиционирования и какова последовательность ее действий?

12. Что такое псевдопозиционирование?

13. Как в технике позиционирования соотносятся свойства препарата, цели фирмы и потребности потребителя?

14. Что собой представляют макро-, мезо- и микропозиционирование?

Глава 6

ПРОДВИЖЕНИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Продвижение товара с формальной точки зрения определяется как деятельность по планированию, производству и контролю над физическим перемещением материалов и готовых изделий от мест их производства к местам потребления с целью удовлетворения потребностей потребителей и выгодой для производителя и торгующих организаций.

Однако процессуально продвижение товара как неотъемлемая часть маркетинга неразрывно связана с процессом его позиционирования. Поэтому понятие продвижения маркетинговыми специалистами рассматривается существенно шире. Оно включает: 1) формирование политики в области стимулирования сбыта, продвижения товара; 2) выбор, планирование и управление инструментами стимулирования сбыта; 3) анализ данных продаж, бюджетные квоты продаж и постановка соответствующих целей, координация деятельности торговых агентов; рекламирование деятельности и определение задач рекламы; 4) выбор средств передачи рекламы (телевидение, радио, печать и т. п.) и управление работой в этой области; 5) установление контактов со средствами массовой информации, рекламными агентствами; разработка образцов, выставочных материалов; установление связей компании с отдельными лицами, общественными организациями, обмен информацией; упаковочное дело, разработка упаковки; мероприятия по сбыту товара; 6) планирование продвижения товаров; 7) разработка мер, направленных на увеличение продаж; 8) создание имиджа товара и фирмы и еще целый ряд действий, обеспечивающих эффективный сбыт продукции. В связи с особенностями фармацевтического рынка, среди которых в первую очередь следует назвать высокую наукоемкость товаров и расщепление функции потребителя (особенно на рынке Rx-медикаментов), в фармацевтической отрасли особое место занимает информационный маркетинг и средства его осуществления.

6.1. Системный подход в организации процесса продвижения товара

Основными формами продвижения товара являются:

- 1) торговля;
- 2) персональная продажа;
- 3) реклама с использованием средств массовой информации;
- 4) стимулирование сбыта;

5) формирование общественного мнения;

6) спонсорство.

Все это увязано архитектуроникой процесса продвижения товара, которая представляет собой системную командную деятельность, требующую для своего успешного осуществления высокого уровня интеграции всех элементов.

6.1.1. Торговля

Торговля представляет собой комплексную процедуру, направленную на осуществление массового товарообмена, а также на все действия, с ней связанные: непосредственное обслуживание покупателей, доставка товара, его хранение, упаковка, подготовка к продаже, оформление демонстрационных витрин и т. д. По своей сути любые формы торговли являются вариантами переговорного процесса, в котором задача продавца состоит в том, чтобы продемонстрировать покупателю все потребительские свойства товара (его адаптивную значимость), а покупатель стремится удостовериться в том, какую выгоду он будет иметь от приобретения данного товара, и оценить рациональность покупки с позиции баланса издержки/выгода. Иными словами, покупатель, совершая покупку, испытывает когнитивный диссонанс, связанный с соответствующим решением, а продавец предпринимает меры для того, чтобы помочь ему этот диссонанс преодолеть.

6.1.2. Персональная продажа

Персональная продажа в структуре продвижения товаров является высокоэффективным элементом деятельности. Персональный продавец определяет и заключает контракт с новыми потенциальными покупателями; информирует покупателя о товаре, его цене, особых свойствах, доступности и пр.; убеждает покупателя сделать свой выбор; отвечает на вопросы, касающиеся товара, демонстрирует товар; ведет переговоры по заключению договора купли-продажи; устанавливает отношения между покупателями и торговой фирмой; занимается разбором жалоб покупателей; обеспечивает свою фирму необходимой информацией о своем районе деятельности, покупателях; предоставляет соответствующие рекомендации по продвижению товаров. В том, что эффективность персональных продаж крайне велика, нас убеждает опыт работы сетевых компаний, дистрибуторам которых не только удается навязать значительной массе покупателей зачастую совершенно бесполезные биологически активные добавки к пище, но и сформировать у последних высокую степень лояльности в отношении компании.

Эффективность персональных продаж обусловлена тем, что при межперсональном контакте двух или ограниченного количества (3–4) индивидов в общении реализуется фигуративная стратегия межличностных социальных контактов, механизмы которой в значительной мере базируются на врожденных или импринтированных на уровне инстинктов паттернов социального поведения. Совершенно очевидно, что человеку, делающему предложение в приватной беседе с глазу на глаз, отказать гораздо труднее, чем продавцу на рынке или за прилавком магазина.

6.1.3. Реклама в средствах массовой информации

Реклама (от лат. *reclamare* – «утверждать, выкрикивать, протестовать») – часть маркетинговых коммуникаций, в рамках которой производится оплаченное известным спонсором распространение неперсонализированной информации с целью привлечения внимания к объекту рекламирования, формирование или поддержание интереса к нему.

Структура рекламной отрасли. Рекламодатели включают производителей и поставщиков товаров и услуг, клубы и общества, а также частных лиц – всех, кто желает что-либо сообщить и заплатить за это владельцам средств информации. Маркетинг занимается рекламой, цель которой – продажа товаров и услуг, и это одинаково пригодно и для правительственных учреждений, желающих афишировать какие-либо общественные акции или собственные достижения.

Хотя рекламодатели могут иметь дело непосредственно с владельцами средств информации, как правило, они действуют через рекламные агентства. Схема показывает различные типы агентств, начиная с тех, кто просто берет комиссионные за предоставление места или времени средствами информации, и заканчивая теми, кто предлагает полный набор действий по маркетингу, маркетинговым исследованиям и прочие рекламные услуги. В зависимости от форм работы агентства имеют штат соответствующих специалистов (художников, телеоператоров, типографистов и т. д.). Связь между агентством и его клиентом осуществляется через лицо, отвечающее за реализацию целей рекламодателя.

Выделяют несколько типов средств массовой информации: печатные, аудиовизуальные и уличные. Каждый тип различается по способности выполнения специфической рекламной задачи (специализированный журнал дает более детальную информацию, чем телевидение, но телевидение привлечет внимание гораздо большей аудитории). Выбор средства массовой информации делается так, чтобы оно было наиболее пригодным для достижения цели рекламы, но по минимальной цене.

Частью рекламной системы является сам рынок и составляющие его потенциальные покупатели. Понимание покупателя, его потребностей, положения и знание того, какие средства информации он предпочитает, являются существенной предпосылкой для планирования рекламных объявлений, что позволит с наибольшей эффективностью достигнуть целевой группы потребителей.

Цели рекламы. Согласно Уильяму Уэллсу, реклама выполняет семь основных функций:

- 1) создает осведомленность о товарах и брендах;
- 2) формирует имидж бренда;
- 3) информирует о товаре и бренде;
- 4) убеждает людей;
- 5) создает стимулы к совершению действий;
- 6) обеспечивает напоминание;
- 7) подкрепляет прошлый опыт покупок (Википедия)

Эти цели соответствуют представлениям о различных фазах в процессе формирования мотивационного состояния потребителя, ориентированного на покупку соответствующих товаров. Предполагается, что потребители проходят через различные стадии: от «осведомленности» (о наличии потребности), «знания» (о продукте, который удовлетворяет потребность), «симпатии» и «предпочтении» (определенным маркам) до «убеждения» (что именно этот товар лучше) и «покупки». Впоследствии они испытывают «удовлетворение», которое рекламодатель стремится «подкрепить», либо «неудовлетворение», которое рекламодатель стремится преодолеть.

Рекламодатель должен определить, какого состояния достигли его целевые потребители (это достигается с помощью маркетинговых исследований, частью которых является концепция жизненного цикла изделия), и соответственно установить цели рекламы. То есть в случае с новым изделием следует максимизировать «осведомленность» и «знание» того, что оно может делать, а в случае с установившимся изделием необходимо подкреплять «предпочтение» марки и «напоминать» о ней регулярным потребителям.

После уточнения целей рекламы легче планировать кампанию и оценивать ее эффективность. Цели рекламы должны устанавливаться в количественных показателях. К примеру, если рекламодатель с помощью маркетингового исследования установит, что 30 % рынка осведомлены о его продукции и 10 % пытаются ее приобрести, он может определить следующие цели рекламы: после трех месяцев кампании 50 % рынка должны быть осведомлены о продукции и 15 % должны желать

ее. Успех кампании, таким образом, будет определяться тем, как эти цели будут практически реализованы.

Определение вероятных потребителей – адресатов рекламы. Установив цели рекламы, следует определить вероятных потребителей, учитывая их отношение к альтернативным средствам информации. «Потребительский образ» должен содержать следующие данные: возраст, пол, общественное положение (класс), доход, географическое размещение, размер семьи, отношение к продукту, компании, рекламе и т. д., чтение газет и журналов, просмотр телепередач.

Промышленные покупатели разбиваются на три группы: на тех, кто влияет на покупку, тех, кто думает о покупке, и тех, кто осуществляет покупку.

К примеру, техническая информация о новом станке будет доведена до сведения инженеров посредством специализированных журналов, финансовая информация о станке для управляющих финансами – через деловую прессу.

Определение рекламируемых свойств продаваемой продукции. Важнейшей стороной рекламной деятельности является определение тех характерных свойств продукции, о которых должно быть сообщено в рекламных обращениях. Особая значимость этого принципа обусловлена тремя обстоятельствами. Во-первых, любой товар, лекарственное средство, например, обладает значительным набором потребительских свойств, начиная от фармакологической активности или даже нескольких ее видов и заканчивая упаковкой и сервисным обслуживанием. Во-вторых, оценивая рекламное обращение, мы совершаем когнитивную проработку ее содержания (осмысление), оперируя внутренними образами. Одновременное количество таких образов для эффективного процесса осмысления не должно быть больше 7, а лучше, если и еще меньше. Ситуации, в которых приходится анализировать большое количество параметров, раздражают и даже приводят к их избеганию. Чем меньшее количество образов принимает участие в оценке ситуации, тем легче принимается решение. Таким образом, рекламируемых свойств не должно быть много, лучше, если одно. В-третьих, предпочитаемым всегда оказывается то свойство, которое при прочих равных параметрах обладает наибольшим эмоциогенным действием, т. е. вызывает наиболее сильную эмоциональную реакцию. Причем иногда даже неважно, какая это реакция – положительная или отрицательная. Главное, чтобы запомнилось название продукта. Таким образом, для успешной рекламы необходимо выбрать ограниченное количество свойств продукта, предпочтительно выбирая те из них, которые обладают наибольшей эмоциогенностью. Именно они максимальным образом будут определять продажи (USP – Unique Selling Points).

6.1.4. Стимулирование сбыта

Стимулированием сбыта называется акция по привлечению покупателей с помощью предоставления им при совершении покупки дополнительных материальных выгод. В отличие от рекламы, которая лишь расписывает достоинства некоего продукта и тем самым психологически повышает уверенность покупателя в выгодности покупки – помогает ему решить когнитивный диссонанс, – стимулирование всегда оказывает прямое воздействие на мотивационные процессы – повышает выгоду, получаемую от сделки. Однако рекламные акции не должны противопоставляться акциям по стимулированию сбыта, поскольку многие акции по стимулированию сбыта проводятся как на фоне значительной рекламной поддержки препаратов, так и самих акций, что существенно увеличивает их эффективность.

Стимулирование сбыта предусматривает широкий набор средств продвижения – купоны, конкурсы, скидки, премии и др., – формально оптимизирующих мотивационные состояния, связанные с приобретением товара. Подобные «поощрительные действия», как правило, не имеют под собой серьезного экономического основания, однако воздействуют на потребителя на эмоциональном уровне. Каждое из этих средств имеет свои особенности, но в целом механизм их воздействия на сознание потребителя сводится к трем основным факторам:

- они привлекают внимание покупателей и снабжают их информацией о товаре, способствующей его покупке;
- все эти действия дают возможность клиенту формально сэкономить на покупке, что в его глазах представляет дополнительную ценность;
- средства стимулирования сбыта побуждают и поощряют ответ в рамках единого поведения. То есть реагировать на обращение нужно немедленно или быстро, поскольку время акции ограничено. В то время как реклама призывает: «Покупайте наш товар», стимулирование сбыта настаивает: «Купите наш товар сейчас».

Кроме указанных трех факторов подобные акции создают еще один массовый феномен. Люди имеют склонность копировать поведение других людей (поступать так же, как другие). Поскольку указанные действия совершаются публично и нередко сопровождаются дополнительными средствами привлечения внимания, кто-то из покупателей неизбежно откликается на данный призыв и совершает покупку, давая пример всем остальным и поощряя их к такому же приобретению.

Компании используют метод стимулирования сбыта для вызова сильной и быстрой ответной реакции. Эти средства в основном нужны

для того, чтобы подстегнуть вялый сбыт. Воздействие средств стимулирования обычно кратковременно, они дополняют рекламу и реализацию. Их нельзя использовать для формирования устойчивого предпочтения товара. Чтобы успешно осуществлять свою деятельность, производители должны тщательно планировать кампанию по стимулированию сбыта и предлагать целевым потребителям истинную ценность. Только в этом случае репутация марки и уровень продаж будут на высоте, а потребители и в дальнейшем будут отдавать ей предпочтение.

При проведении акции по стимулированию сбыта продукт обычно достается покупателю дешевле. Вместе с тем стимулирование сбыта нельзя отождествлять со снижением цен как таковым, поскольку последнее ориентировано на достижение оптимального уровня цен с целью получения максимальной прибыли применительно к сложившейся на рынке обстановке, скажем, к условиям слабой конъюнктуры или обострения конкуренции. Это делается также для привлечения тех клиентов, кто совершает крупные закупки или покупает товар постоянно.

Стимулирование сбыта, напротив, направлено не на поиск оптимального уровня цен, а на то, чтобы с помощью временно вводимых ценовых или иных выгод подстегнуть спрос. Сами же устанавливаемые в ходе акции цены обычно ниже оптимальных, а часто просто убыточны.

Основными целями акций по стимулированию сбыта являются:

- *стимулирование совершения пробной покупки* с некоторой степенью условности, которую можно назвать стержневой целью стимулирования сбыта. Этот способ заставить попробовать препарат, хотя бы временно втянуть покупателя в применение продукта, в результате чего он в той или иной степени оценивает его эффективность и качество;

- *усиление воздействия рекламы* обращено на другую важную особенность стимулирования сбыта как инструмента маркетинга – его способность втянуть в потребление препарата разнообразные категории сомневающихся потребителей. Это могут быть те, кого заинтересовала, но окончательно не убедила реклама. Или те, кто поверил рекламе, но для кого препарат дороговат. Или те, кто понял из рекламы, что его привычному препарату есть альтернатива, но без дополнительного стимула «изменять» конкурирующему продукту не собирался;

- *снижение товарного запаса* особенно часто выходит на передний план по отношению к повторным закупкам. Во время проведения акции по стимулированию сбыта покупатели, обычно пользующиеся данным препаратом, увеличивают его закупки. Долговременного прироста продаж за этот счет, как правило, не происходит. Лишняя упаковка, приобретенная во время акции, позволит постоянному потребителю дольше не покупать данное лекарство после окончания стимулирования.

В технологиях стимулирования сбыта традиционно выделяют стимулирование потребителей и стимулирование торговли.

Стимулирование потребителей

Как уже отмечалось, стимулирование потребителей в первую очередь эффективно тогда, когда вызывает поток пробных покупок и, соответственно, новых клиентов.

Наиболее очевидный способ достичь этого – прямое снижение цены. Главным уязвимым местом этого действия является то, что потребители могут счесть дешевый препарат низкокачественным аналогом. Противоядием от этого в некоторых случаях может служить высокая репутация страны и/или фирмы производителя.

Более эффективным и безопасным приемом, позволяющим снизить цену без ущерба для репутации препарата, – указать при проведении стимулирующей кампании на временный характер действия скидок. Потребителю сообщается базовая цена и срок действия пониженной. Обратной стороной является невозможность часто прибегать к этому приему. Цена со скидкой не должна восприниматься потребителями как норма.

Особой популярностью среди инструментов стимулирования потребителей пользуются премии, т. е. товары, бесплатно или по сниженной цене предлагаемые покупателю, совершившему покупку одной или более упаковок продвигаемого препарата. Разновидностью премий являются излюбленные в нашей стране акции типа «2 + 1», когда в качестве премии предлагается тот же препарат, что приобрел покупатель.

Близким по своей сути к премиям приемом стимулирования является использование бонусных пакетов – упаковок, без повышения цены, включающих увеличенное число единиц ЛС по сравнению со стандартным. Применение бонусных пакетов – очень распространенное при продаже других потребительских товаров – в фармации сдерживается необходимостью официальной перерегистрации упаковок с измененным количеством единиц ЛС. Важно и то, что рекламный текст, вроде «Теперь в каждой упаковке на 2 таблетки больше», на упаковках лекарств писать запрещено.

Среди прочих технологий стимулирования конечного потребителя на российском фармацевтическом рынке используются розыгрыши и конкурсы. Посетитель аптеки, приобретший упаковку продвигаемого препарата, автоматически получает приз.

Самые разные варианты стимулирования потребителя часто сопровождаются демонстрациями в месте продажи. Некоторые маркетологи

считают их особой разновидностью стимулирования сбыта, другие – формой торговли. Действительно, прямой функцией демонстрации является привлечение внимания к продукту, а не передача потребителю неких благ. В сознании потребителя демонстрации прочно связаны со скидками, премиями и т. п. Если в зале аптеки идет демонстрация препарата, его обычно можно тут же купить на более выгодных условиях.

Стимулирование торговли

Многие методы стимулирования сбыта, используемые в профессиональной сфере между партнерами по цепочке продвижения препарата – производителями, дистрибьюторами и аптечными учреждениями, – повторяют методы стимулирования потребителей. Их дополняют некоторые специфические приемы. В целом репертуар методов стимулирования торговли включает:

- товарные скидки;
- премии (призы и бонусы);
- конкурсы;
- гарантии;
- соглашения о совместном маркетинге;
- выставки;
- демонстрации;
- презентации;
- обучение персонала и др.

Соглашения о совместном маркетинге предполагают взаимные усилия стимулирующей и стимулируемой организаций по продвижению товара. При этом они обе получают выгоду от роста продаж. Например, производитель и аптечная сеть совместно финансируют наружную рекламу ряда ОТС-препаратов, в которой описываются их достоинства и указывается, что в сети аптек имярек они «Продаются всего за ... руб.». Соглашения о совместном маркетинге в наибольшей степени соответствуют целям стимулирования торговли, т. к. способствуют тому, в чем больше всего заинтересован производитель – формированию партнерских отношений с торговлей по продвижению препарата.

К соглашениям о совместном маркетинге по своей направленности тесно примыкают информационные стимулирующие акции: демонстрации, презентации, учеба персонала. Фактически производитель бесплатно повышает квалификацию аптечных работников, работающих с его препаратом, закладывая тем самым основу для взаимовыгодного роста продаж.

6.1.5. Формирование общественного мнения

Формирование общественного мнения ориентировано на создание имиджа продукта как общественной ценности, средствами коммуникации, не имеющими отношения к рекламным изданиям или обращениями или не имеющими вида таковых. Это могут быть статьи в газетах, научно-популярные передачи, дискуссии на тех же страницах газет или в телепередачах, конференции и т. д. Как и другие средства продвижения, рассмотренные выше, формирование общественного мнения имеет несколько отличительных особенностей, связанных с деятельностью компании по осуществлению коммуникаций. Во-первых, информация, представленная в виде обсуждаемого обществом тезиса, в восприятии наблюдателя отличается высокой степенью правдоподобия и объективности. Информационное сообщение, статья или очерк в газете кажутся более реальными и правдоподобными, чем рекламное объявление. Во-вторых, подобные обращения и информационные каналы позволяют установить контакт с теми покупателями, которые избегают общения с продавцами и не читают рекламных объявлений: сообщение поступает к покупателям в форме новостей, а не торговой рекламы. В-третьих, подобно рекламе, формирование общественного мнения дает возможность эффективно представить фирму или товар.

Тщательно продуманная кампания по формированию общественного мнения в сочетании с другими средствами комплекса продвижения может быть очень эффективной и экономичной.

6.1.6. Спонсорство

Спонсорство – относительно недавно появившийся инструмент продвижения. Оно представляет собой участие компании в затратах на проведение массового мероприятия (концерта или спортивного состязания). Часто спонсор предоставляет крупные денежные призы победителям, иногда он финансирует команды или отдельных игроков.

Целями спонсорства являются:

1. Хорошая информированность о продукции или услугах, что достигается размещением соответствующей информации на доступных носителях в процессе проведения спонсируемой кампании.

2. Ассоциирование имиджа вида спорта или иной спонсируемой деятельности с продукцией (например, фирма «Milk marketing board» является спонсором женских турниров по нетболу, добиваясь хорошей информированности о молоке, особенно среди молодых потенциальных матерей).

3. Обеспечение информированности потребителей, недостижимой другим способом (например, компания «Embussy» является спонсором соревнований по снукеру, добиваясь широкого телевизионного охвата. «Embussy» является производителем табачных изделий и, хотя реклама табачной продукции на телевидении запрещена, компания популяризирует свое название и имидж).

Лекарственные средства являются средствами сохранения жизни и восстановления здоровья – самого дорогого, чем обладает любой человек – и одновременно служат средством извлечения прибыли (коммерческой деятельности). Это обстоятельство требует особенно внимательного отношения к соблюдению этических норм поведения в деятельности фармацевтической отрасли промышленности.

В мае 1988 г. 41-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения приняла резолюцию, одобряющую этические критерии продвижения лекарственных средств на рынок и настоятельно призывающую государства учитывать указанные критерии при разработке мер, обеспечивающих такое продвижение лекарств на рынок, которое содействовало бы улучшению медико-санитарной помощи путем их рационального использования.

Этические критерии продвижения лекарственных средств на рынок призваны заложить основы правильного подхода к рекламированию медикаментов, т. е. на принципах честности и добросовестности. Таким образом, этические критерии должны обеспечить соответствие практики рекламирования лекарственных средств общепринятым этическим нормам. Ниже приводится полный текст этических норм, принятый ВОЗ.

6.2. Этические критерии продвижения лекарственных средств

Введение. В свете решений Конференции ВОЗ экспертов по рациональному использованию лекарственных средств, состоявшейся в Найроби в ноябре 1985 г., ВОЗ подготовила обновленную лекарственную стратегию, которая была утверждена в мае 1986 г. на 39-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения Резолюцией WHA39.27. Эта стратегия в числе других слагаемых включает установление этических критериев для продвижения лекарственных средств на рынок путем обновления и расширения этических и научных критериев, установленных в 1968 г. 21-й Всемирной ассамблеей здравоохранения (Резолюция WHA21.41). Представленные критерии, подготовленные в соответствии с существовавшими ранее, базируются на проекте, разработанном международной группой экспертов.

Цель. Главным предназначением этических критериев продвижения лекарственных средств на рынок является оказание поддержки и содействие в оказании медицинской помощи путем рационального использования лекарственных препаратов.

Этические критерии. В разных странах мира и среди разных слоев населения этические критерии неодинаковы. В каждом обществе этические проблемы связаны с разработкой общепринятых норм поведения. Этические критерии продвижения лекарственных средств на рынок предназначены для создания основ корректного рекламирования лекарственных препаратов, построенного на принципах честности и добросовестности. Таким образом, этические критерии должны определять, соответствует ли практика рекламирования лекарственных средств общепринятым этическим нормам.

Сфера применения критериев. Эти критерии отражают общие принципы этических норм, которые правительства могут адаптировать к своим национальным системам в соответствии с политическими, экономическими, культурными и социальными условиями, учитывая ситуацию в области образования, науки и техники, законодательства, а также уровень заболеваемости населения, лечебные традиции и развитие системы здравоохранения. Этические критерии применимы к рецептурным и безрецептурным лекарственным препаратам («лекарственные препараты, отпускаемые без рецепта врача и предназначенные для самостоятельного лечения»), а также к средствам народной медицины и к любой другой продукции, рекламируемой в качестве лекарственного средства. Данные критерии могут быть использованы правительствами, в фармацевтической промышленности (фирмы-изготовители и фирмы-поставщики), информационно-рекламных учреждениях (рекламные агентства, организации, изучающие рынок, и т. д.); работниками здравоохранения, которые связаны с назначением, отпуском, поставкой и распределением лекарственных средств в университетах и других учебных заведениях, профессиональных ассоциациях, пациентами и потребителями, в средствах специальной и массовой информации (включая медицинские издания). Этические критерии рекомендуется учитывать при разработке сводов этических норм во всех областях деятельности, имеющей отношение к продвижению лекарственных средств на рынок.

Эти критерии не являются правовыми обязательствами; правительства могут принять законодательство или другие правовые акты, основанные на этих критериях, если они целесообразны. В других организациях могут быть приняты свои неофициальные регулирующие положения, основанные на этих критериях. Эти организации должны следить за выполнением принятых ими положений.

Продвижение на рынок. В данном контексте термин «продвижение на рынок» используют по отношению ко всем видам информационно-рекламной деятельности, которую проводят фирмы-изготовители и фирмы-поставщики для стимулирования назначения, поставки, закупки и/или использования лекарственных средств.

В стране можно активно продвигать на рынок только те лекарственные средства, которые официально разрешены к продаже в данной стране. Продвижение на рынок следует осуществлять в соответствии с национальной политикой в области здравоохранения и национальным законодательством, а также с добровольными кодексами правил, если они существуют. Все информационно-рекламные материалы, в которых содержатся какие-либо сведения о медикаментах, должны быть надежными, точными, достоверными, современными, доказательными и оформленными должным образом. Они не должны содержать формулировок, которые могут ввести в заблуждение, а также непроверенных данных. Нельзя исключать какую-либо часть информации, поскольку это может повлечь за собой нецелесообразное использование лекарственного препарата или неоправданный риск. Слово «безопасное» следует использовать только по отношению к тем лекарственным средствам, которые прошли надлежащую проверку. Сравнение препаратов необходимо проводить на основе реальных фактов, беспристрастно и аргументированно.

Научные данные необходимо предоставлять лицам, назначающим лекарственные средства, а также всем тем, кому дано право на их получение. Продвижение на рынок нельзя осуществлять из конъюнктурных соображений.

Нельзя использовать научную и обучающую деятельность для продвижения лекарственных препаратов на рынок.

Рекламирование. Все виды рекламы, предназначенной для врачей и других работников, занятых в сфере здравоохранения.

В рекламе, предназначенной для врачей и других работников, занятых в сфере здравоохранения, следует подбирать формулировки и иллюстрации в полном соответствии с научными данными, содержащимися в официально утвержденной информации о конкретном лекарственном препарате, или в соответствии с другими источниками информации, имеющими аналогичное содержание. Текст должен быть понятным.

Некоторые страны требуют, чтобы в течение определенного времени после даты первого рекламного сообщения или в течение всего периода выпуска препарата реклама содержала всю информацию о нем (составленную в соответствии с научными данными, содержащимися в официально утвержденной информации о лекарственном препарате, или

в соответствии с аналогичным документом). Рекламные материалы, в которых есть высказывания, способствующие сбыту, должны содержать краткую научную информацию о лекарственном препарате.

Перечень, составленный на основе разработанного документа «Информация о лекарственном препарате», содержащегося во втором докладе Комитета экспертов ВОЗ по использованию основных лекарственных средств, и воспроизведенный в дополнении, может иллюстрировать информацию, которую обычно должны содержать такие рекламные материалы наряду с другими данными:

- название (названия) активного ингредиента (ингредиентов) с использованием непатентованных международных названий (international nonproprietary names – INN) или утвержденного общепринятого названия лекарственного средства;

- оригинальное название;
- содержание активного ингредиента (ингредиентов) в лекарственной форме или способ применения;
- названия других ингредиентов, которые могут вызывать развитие побочных эффектов;
- утвержденные показания к применению;
- лекарственная форма или способ применения;
- побочные эффекты и основные побочные реакции;
- меры предосторожности, противопоказания и предупреждения;
- важнейшие лекарственные взаимодействия;
- название и адрес производителя или дистрибьютора;
- ссылка на научную литературу о данном препарате.

Если рекламный материал не содержит специальных заявлений (в случае повторной рекламы-напоминания), в нем должны быть указаны оригинальное название, непатентованное международное название или утвержденное общепринятое название, название каждого активного ингредиента, а также название и адрес фирмы-изготовителя или оптовой фирмы для получения дополнительной информации.

Все формы рекламирования лекарственных средств. Реклама для широких слоев населения должна оказывать помощь в принятии разумного решения относительно использования безрецептурных лекарственных средств, которые официально есть в продаже. При подготовке рекламных материалов должно быть учтено законное желание людей получать информацию, касающуюся их здоровья, однако злоупотреблять стремлением людей заботиться о своем здоровье не следует. Нельзя рекламировать препараты, отпускаемые по рецепту или применяемые в терапии больных с тяжелыми заболеваниями, которые может назна-

чать только квалифицированный врач. В некоторых странах утверждены списки таких болезней и состояний. Для борьбы с наркоманией и лекарственной зависимостью не следует рекламировать внесенные в списки наркотические и психотропные лекарственные средства. Крайне важно санитарное просвещение детей, однако реклама для них не предназначена. Рекламные сообщения могут информировать о том, что препарат излечивает, предупреждает заболевание или облегчает состояние лишь в том случае, если эта информация достоверна. При необходимости в рекламе следует указать соответствующие ограничения для использования данного лекарственного препарата.

Если при изложении используют непрофессиональный язык, информация должна соответствовать научным данным, содержащимся в официально утвержденной информации о лекарственном препарате, или другим научным данным, законодательно установленным. Не следует использовать формулировки, которые вызывают чувство страха или беспокойства.

Предлагаемый перечень иллюстрирует информацию, которую должны содержать рекламные сообщения для населения с учетом используемого средства массовой информации:

- название (названия) активного ингредиента (ингредиентов) с использованием INN или утвержденного общепринятого названия лекарственного препарата;

- оригинальное название;

- основное показание (показания) к применению;

- основные меры предосторожности, противопоказания и предупреждения;

- название и адрес производителя или предприятия оптовой торговли.

Потребителям необходимо предоставлять правдивую информацию о цене.

Медицинские представители. Медицинские представители должны иметь необходимое медицинское образование, обладать знаниями в предметной области и добросовестно информировать о продукции. Наниматели несут ответственность за основную профессиональную подготовку и повышение квалификации медицинских представителей. Такая подготовка должна включать инструктаж о соответствующих этических аспектах поведения с учетом критериев ВОЗ. Для медицинских представителей полезно установление обратной связи с врачами и работниками смежных профессий, а также с независимыми представителями общественности, например при обмене информацией

по вопросам, связанным с возможным риском при использовании лекарственных препаратов.

Медицинские представители должны предоставить лицам, назначающим лекарственные средства, и фармацевтам полные и объективные сведения о каждом обсуждаемом продукте, например научные данные, содержащиеся в официально утвержденной информации о лекарственном препарате, или другой источник информации подобного содержания.

Наниматель несет ответственность за заявления и деятельность своих медицинских представителей. Медицинские представители не должны предлагать «стимулы» лицам, назначающим лекарственные средства, и фармацевтам. В свою очередь лица, назначающие лекарственные препараты, а также фармацевты не должны стремиться получить такие «стимулы». Во избежание чрезмерной активности при продвижении на рынок основная часть вознаграждения медицинских представителей не должна быть непосредственно связана с объемом продаж лекарств, которому они содействовали.

Бесплатные образцы рецептурных лекарственных препаратов, распространяемые для продвижения их на рынок. Бесплатные образцы зарегистрированных рецептурных лекарственных препаратов могут быть представлены в небольшом количестве назначающим их лицам, как правило, по их просьбе.

Бесплатные образцы безрецептурных лекарственных препаратов, распространяемые среди населения для продвижения их на рынок. В разных странах практика распространения среди населения бесплатных образцов безрецептурных лекарственных препаратов различна. В некоторых из них такая практика разрешена, в других – нет. Необходимо также различать практику предоставления бесплатных образцов безрецептурных лекарственных препаратов медицинским учреждениям для лечения определенных групп населения с практикой распространения бесплатных образцов безрецептурных лекарственных препаратов среди населения для продвижения их на рынок. Учитывая общие тенденции в работе по укреплению здоровья населения, практика распространения бесплатных образцов безрецептурных лекарственных препаратов среди населения с целью продвижения их на рынок неоправданна. В любой стране, где существует подобная практика, она должна быть максимально ограничена.

Симпозиумы и другие научные совещания. Проведение симпозиумов полезно для распространения информации. Первостепенная задача симпозиумов и совещаний – объективное научное содержание. Их просветительскую ценность можно повысить, если к участию в них будут привлечены научные или профессиональные организации.

Факт финансовой поддержки со стороны фирмы – изготовителя фармацевтической продукции или фирмы-поставщика должен быть зафиксирован заранее и задокументирован в материалах совещания. Последние должны точно отражать содержание докладов и их обсуждение. Любые выражения гостеприимства должны быть вторичными по отношению к основной цели совещания.

Любой способ привлечения отдельных практикующих врачей для участия в национальных или международных симпозиумах не должен зависеть от каких-либо обязательств в содействии по продвижению лекарственного препарата на рынок.

Постмаркетинговые научные исследования, фармакологический надзор и распространение информации. Постмаркетинговые клинические исследования зарегистрированных лекарственных препаратов имеют большое значение для их рационального применения. Рекомендуется информировать соответствующие национальные органы здравоохранения о любых исследованиях; соответствующие ученые советы и комитеты по вопросам этики должны подтверждать достоверность данных, полученных в ходе научных исследований. В таких исследованиях межнациональное и региональное сотрудничество весьма полезно. Обоснованную информацию о таких исследованиях необходимо передавать в соответствующие национальные органы здравоохранения в кратчайшие сроки.

Постмаркетинговые научные исследования и фармакологический надзор не должны превращаться в завуалированную форму продвижения препарата на рынок.

Обоснованную информацию о риске, связанном с применением лекарственных препаратов, необходимо сообщать в первую очередь соответствующим национальным органам здравоохранения и распространять на международном уровне в кратчайшие сроки.

Упаковка и маркировка. Поскольку точная информация обеспечивает рациональное использование лекарственных средств, весь упаковочный материал и этикетки должны содержать сведения, соответствующие данным, утвержденным органом контроля за лекарственными средствами этой страны. Если такой орган отсутствует или только начинает работу, эти сведения должны содержать информацию, утвержденную органом контроля за лекарственными средствами страны-экспортера или другим надежным источником информации аналогичного содержания. Любая формулировка и иллюстрация на упаковке и этикетке должны соответствовать этическим критериям, сформулированным в настоящем документе.

Информация для пациентов: аннотации – вкладыши в упаковку и брошюры. Пациенты должны получать надлежащую информацию об использовании лекарственных средств от врачей или фармацевтов. Если правительственные органы требуют, чтобы лекарственный препарат сопровождали аннотации-вкладыши или инструкции по применению, то фирмы-изготовители или предприятия по оптовой продаже должны обеспечить наличие информации, утвержденной органом контроля за лекарственными средствами данной страны. Если аннотации-вкладыши или инструкции по применению используют для продвижения препарата на рынок, они должны соответствовать этическим критериям, сформулированным в настоящем документе. Формулировки в аннотациях-вкладышах или инструкциях по применению, предназначенные только для пациентов, должны быть изложены на непрофессиональном языке при условии, что медицинское и научное содержание будет отражено правильно.

Следует поощрять подготовку и распространение брошюр и других информационных материалов для пациентов и потребителей. Такие материалы также должны соответствовать этическим критериям, сформулированным в настоящем документе.

Продвижение экспортируемых лекарственных средств. Этические критерии для продвижения на рынок экспортируемых медикаментов должны быть адекватны разработанным для лекарств, которые используют в стране-изготовителе. Желательно, чтобы экспортирующие и импортирующие страны использовали разработанную ВОЗ Систему сертификации качества лекарственных препаратов для международной торговли (WHO Certification Scheme on the Quality of Pharmaceutical Products Moving in International Commerce).

6.3. Стратегии продвижения лекарственных препаратов

Существуют две основные стратегии, обеспечивающие продвижение препарата на рынке: Pull-стратегия и Push-стратегия. Две эти стратегии могут использоваться самостоятельно, но нередко производитель прибегает к их комбинации.

Pull-стратегия, т. е. стратегия вытягивания, состоит в том, что сбытовые усилия производителя направляются в первую очередь на конечного потребителя. Он создает для потребителя сильные стимулы, и тот начинает спрашивать соответствующий препарат в аптеке. Ощутив реальный спрос, аптека, в свою очередь, делает заказ у оптовика, а тот закупает его у производителя. Потребитель как бы вытягивает на себя требуемый товар через весь канал распределения.

Наиболее сильным побудительным стимулом при этой стратегии выступают потребительские свойства товара. Поэтому основным инструментом Pull-стратегии будет выступать реклама (информационный маркетинг).

Основным преимуществом Pull-стратегии является то, что – это простой и надежный способ обеспечить лояльность всех участников канала распределения по отношению к продвигаемому препарату. При этом нет необходимости вступать в прямой контакт с торговыми посредниками, убеждать и стимулировать их.

Главной особенностью Pull-стратегии на фармацевтическом рынке является расщепление функций потребителя. Выбор препарата, особенно рецептурного, осуществляется не только самим больным, но и еще рядом лиц, в числе которых нужно назвать в первую очередь врача и провизора аптеки, решающего вопросы ассортимента. Кроме того, выбор препарата на больничном рынке осуществляется администрацией лечебного учреждения. На него также влияют страховые компании. В последних трех случаях выбор осуществляют квалифицированные специалисты, и речи о манипуляциях скрытыми и приписываемыми свойствами не идет. Они могут также правильно оценить и ценовую политику производителя и оптовых поставщиков. Соответственно, и стимулировать производителю надо именно их. Основное содержание деятельности медицинского представителя как раз и состоит в оказании влияния на врачей и сотрудников аптек с целью убедить их активно «вытягивать» препарат через канал распределения.

Основным недостатком Pull-стратегии является тот факт, что она эффективна лишь при значительной рекламной поддержке и другой маркетинговой активности. Слабая реклама и отсутствие прочих мероприятий по продвижению не создают достаточно интенсивного спроса со стороны конечных потребителей в аптеке, необходимого для того, чтобы этот спрос был очевидным и коммерчески значимым.

Вторая стратегия, называемая **Push-стратегией**, или стратегией проталкивания, состоит в мотивации участников канала распределения (оптовых и розничных торговцев) с тем, чтобы они продвигали именно данный препарат. Это достигается с помощью инструментов стимулирования торговли. Наиболее распространенным приемом является установление скидок, получение премий или иного поощрения работников аптек и оптовых компаний при успешных продажах.

В итоге выбор препарата в аптеке ограничен тем кругом средств, которые до него уже выбрали и включили в свой ассортимент оптовые и розничные торговые фирмы. Push-стратегия особенно эффективна то-

гда, когда с покупателем проводится индивидуальная работа, состоящая в разъяснении ему преимуществ препарата.

Опыт маркетинговых исследований в сфере потребительских товаров убедительно показывает, что для успешного продвижения продукта или изделия надо, чтобы он был выставлен во всех возможных точках продажи. Эта закономерность прослеживается как на Rx-, так и OTC-рынках.

Основной недостаток Push-стратегии состоит в том, что стимулирование участников канала не просто не гарантирует их постоянной лояльности, но имеет тенденцию со временем терять свою эмоциональную значимость в силу развития реакции привыкания. Материальное стимулирование всегда имеет ограниченную величину. Вполне возможно, что привлекательность и выгоды стимулирования не оправдывают трудностей, связанных с продажами какого-то препарата, либо в ситуацию вмешивается конкурирующий производитель, предлагающий более привлекательную систему и условия стимулирования.

6.4. Продвижение лекарственных препаратов на OTC-рынке

Процессы продвижения лекарственных препаратов как на OTC-, так и на Rx-рынке формально включают одни и те же технологические приемы, однако их практическое содержание существенно различается. При этом некоторые технологии доминируют на одном типе субрынка, в то время как другие формируют стратегию маркетинга на другом. Так, на OTC-рынке доминируют информационный маркетинг и реклама с демонстрацией явных добавленных и скрытых свойств препаратов, в то время как на Rx-рынке продвижение препаратов достигается преимущественно проведением клинических испытаний, взаимодействием с опинион-лидерами и деятельностью медицинских представителей. Хотя мнение ведущих специалистов имеет большое значение для формирования имиджа любого средства OTC-рынка, клинически доказанная эффективность имеет огромное значение, а деятельность медицинских представителей может носить на рынке безрецептурных продуктов не меньшие масштабы. Реклама же и информационный маркетинг могут иметь значение и для рецептурных препаратов. Тем не менее традиционно рекламу и информационный маркетинг относят к средствам продвижения препаратов на OTC-рынке, в то время как клинические испытания, деятельность опинион-лидеров и медицинских представителей считаются атрибутами Rx-сектора.

6.4.1. Информационный маркетинг

Информационный маркетинг представляет собой значительную систему мер, с помощью которой производитель доносит информацию об основных товарных качествах (активности, удобстве использования, безвредности и т. д.) до потребителя. При этом технологии информационного воздействия распространяются не только на конечных потребителей, но и на оптовую и розничную и оптовую торговлю. То есть охватывают все звенья продвижения препарата на рынке.

Главная трудность, с которой сталкивается потребитель ОТС-рынка, – критическое восприятие внешней информации о лекарственных средствах и правильное понимание изменений функционального состояния своего организма, наступающего в результате их применения, иначе говоря – свойств препарата. Представление о свойствах препарата, тех выгодах, которые несет его применение, его адаптивное значение составляют декларативную репрезентацию, являющуюся не только необходимым элементом для формирования мотивации, но и системообразующим фактором для поведения вообще. Действительно, свойства препарата определяют, какую потребность и в какой мере, в каком качестве он удовлетворит и что нужно сделать, чтобы его использовать правильно.

Ни на один из этих вопросов рядовой потребитель ОТС-рынка дать квалифицированный ответ не может, так как не располагает необходимыми знаниями и навыками. Он также не может самостоятельно проверить верность информации, предоставляемой компанией-производителем и торгующей организацией.

Обсуждая этот вопрос, прежде всего следует сказать, что вся продукция ОТС-рынка подразделяется на три большие категории. Первая из них представляет собой средства, которые изначально были зарегистрированы в качестве лекарственных препаратов для лечения достаточно серьезных заболеваний, таких как грипп, ревматизм, воспаление легких, бронхиты, гастриты, язвенная болезнь желудка и т. д. К препаратам этой группы можно отнести аспирин, отхаркивающие средства (мукалтин, терпингидрат, термопсис), гастрофарм, маалокс и др. Наличие реальной фармакологической активности, подтвержденной клиническим опытом, для таких препаратов принципиально. В отношении этой категории средств был выполнен весь объем доклинических исследований в объеме требований Минздрава России (если это российский препарат) и проведены клинические испытания – от трех до пяти исследований на базе достаточно крупных и авторитетных лечебных учреждений, имеющих вдобавок специальное разрешение на проведение та-

ких исследований. Численность больных в каждом исследовании, как правило, составляет около 50 человек. Значительное число таких препаратов первоначально были разрешены к применению в медицине в качестве рецептурных препаратов и лишь после ряда лет отпуска на Rx-рынке, после того как была показана их достаточная безопасность, были разрешены к отпуску без рецептов, причем, как правило, в меньших дозах, чем при рецептурном отпуске. В отношении таких препаратов практически всегда имеется достаточное количество надежной научной информации как фундаментального, так и клинического характера. Найти надежную информацию по таким препаратам не составляет труда, особенно при наличии Интернета. При необходимости большинство врачей могут дать по любому из этих лекарств квалифицированную консультацию, так как значительная часть этих средств изучаются студентами-медиками в рамках курса фармакологии.

Вторую группу составляют лекарства, которые изначально разрабатывались для OTC-рынка на базе субстанций с заведомо низкой токсичностью или полным отсутствием таковой. Они предназначались для лечения легких функциональных расстройств. Особенностью этой группы является, во-первых, то, что данные продукты часто являются средствами профилактической медицины (например, витаминные препараты), во-вторых, их эффект не поддается прямому контролю со стороны восприятия, и в-третьих, они используются для коррекции расстройств, которые часто можно не лечить.

Третью группу составляют биологически активные добавки к пище, или БАДы. В соответствии с положением БАДы представляют собой продукты, содержащие в своем составе некие полезные компоненты пищи, в недостаточном количестве присутствующие в повседневном рационе. Хронический дефицит этих компонентов способен привести к расстройству здоровья. Формально будучи неким вариантом нутриентов, эти средства изготавливаются из практически безвредного сырья. В связи с этим они не требуют столь строгих правил проверки биологической активности и безвредности как лекарственные препараты. На этом основании многие фирмы зарегистрировали значительное число продуктов в качестве БАДов, декларируя при этом в процессе регистрации лишь алиментарные свойства своих препаратов. Однако после регистрации, выводя их на рынок, с целью стимуляции продаж производители существенно расширяют показания к применению, фактически позиционируя свою продукцию как лекарственные препараты. Качество научной проработки подобных изделий нередко оказывается критически низким, а объем реальных исследований настолько ограничен, что даже квалифицированные специалисты медики оказываются не в со-

стоянии дать какие-либо пояснения по их реальной активности и обоснованности применения по декларируемым показаниям. Более или менее полную информацию можно получить, как правило, только у врачей-консультантов фирмы-производителя. Однако при этом достоверность сообщаемой информации и ее доказательная база практически всегда вызывает сильные сомнения. При всем том и среди БАДов есть достаточно качественные препараты, чья биологическая активность подтверждается научными исследованиями, выполненными авторитетными специалистами. Однако в этом случае данные подобных исследований, как правило, опубликованы в ведущих научных журналах.

Важным носителем информации о препаратах ОТС-рынка, доступных потребителю, являются инструкции по применению препарата или листки-вкладыши, вкладываемые в упаковку с препаратом. В отдельных случаях допускается нанесение инструкции на саму упаковку, хотя это может существенным образом негативно сказаться на ее содержании ввиду недостаточности места для размещения полноценной информации.

Согласно Федеральному закону «Об обращении лекарственных средств» от 12.04.2010 № 61 ФЗ существуют определенные требования к содержанию инструкции по применению (листка – вкладыша в упаковку). В соответствии с законом в листке-вкладыше должна содержаться следующая информация на русском языке:

Название и юридический адрес предприятия-производителя.

Регистрационный номер.

Торговое название ЛС, если таковое имеется.

Международное непатентованное название.

Сведения о составе.

Описание.

Фармакотерапевтическая группа.

Фармакологические свойства:

- фармакодинамика;
- фармакокинетика.

Показания к применению.

Противопоказания.

Ситуации, в которых средство должно применяться с осторожностью.

Применение при беременности и в период лактации.

Способ применения и дозы.

Побочное действие.

Лекарственные взаимодействия и другие виды взаимодействия.

Срок годности.

Указание, что по истечении срока годности препарат не должен применяться.

Указание, что ЛС следует хранить в недоступном для детей месте. Условия отпуска.

Достоинством листка-вкладыша как источника информации является тот факт, что вся его содержательная часть проходит экспертизу специалистами органа, который дает разрешение на использование данного продукта.

С использованием листка-вкладыша в качестве источника инструктивной информации есть две проблемы, особенно остро ощущаемые на российском рынке. Сутью первой проблемы является то, что фирмы – производители новых препаратов не всегда оказываются способными получить необходимую информацию в полном объеме, и листки-вкладыши содержат лишь часть требуемой информации. Вторая проблема заключается в том, что разработчик или производитель, отправляя документы на регистрацию, предоставляет проект листка-вкладыша с показаниями к применению при тех заболеваниях, при которых реально была установлена эффективность средства в процессе клинических испытаний. Впоследствии же, продвигая препарат на рынке, к этому перечню заболеваний добавляется вся патология, имеющая близкие механизмы патогенеза, или те заболевания, при которых препарат мог бы быть активным с учетом его механизма действия, вне зависимости от того, что клинические испытания при этих видах патологии не проводились.

Эффект плацебо. С информационным маркетингом непосредственно связан феномен, получивший в медицинской литературе название эффекта плацебо – пустышки. Термином *плацебо* (от лат. placebo, буквально – «понравлюсь») обозначается вещество без явных лечебных свойств, используемое в качестве лекарственного средства, лечебный эффект которого связан с верой самого пациента в действенность препарата. Несмотря на явное отсутствие каких-либо способностей у плацебо как у вещества воздействовать на функциональные системы организма, плацебо-эффект представляет собой значимый компонент общего контекста лечения. Природа отношений «врач–больной» и ожидаемые результаты лечения, заложенные в этом контексте, обеспечивают основу для эффективных неспецифических терапевтических вмешательств.

Реальная значимость эффекта плацебо обычно неверно оценивается врачами и фармакологами. Разумеется, эффект плацебо учитывается при проведении клинических испытаний препарата. При этом врач сообщает больному определенную информацию о свойствах изучаемого

лекарства и не говорит больному о том, что тот получает плацебо. При двойном слепом методе врач не знает этого сам. Однако врачи, проводящие клинические испытания, сообщая больному необходимые для исследования сведения о фармакологической (терапевтической) активности препарата, никогда не прибегают к использованию эмоциональных дисплеев и иных средств аффективного манипулирования (воздействия на психику больного), имеющих целью расположить больного в пользу данного препарата, убедить его в исключительных свойствах именно этого средства.

Нужно также заметить, что эффект плацебо заключается не только в том, что больной воспринимает терапевтический эффект там, где его действительно нет. Он может проявляться в надлежащей функциональной интерпретации любого другого эффекта. Конечно, если подобная интерпретация не выходит за рамки физиологических возможностей функциональных систем организма. Наличие данного свойства говорит о том, что эффект плацебо наиболее хорошо формируется у препаратов с умеренной и плохо дифференцируемой биологической активностью, коими на деле и являются многие препараты ОТС-рынка.

Эффект плацебо формируется не только рекламой, но в большей степени общественным мнением. Существует множество исторических примеров высокой значимости эффекта плацебо. Так, в начале XX века одним из самых популярных средств от всех болезней была дегтярная вода. Ее использовали для лечения поносов и запоров, туберкулеза и псориаза, пневмонии, колитов, одновременно она использовалась для борьбы с клопами, вредителями огородных растений и др. Несмотря на полную неэффективность терапии дегтярной водой и массу побочных эффектов, по меткому выражению В.В. Вересаева, «... дегтярная вода более 10 лет свирепствовала в своей славе...». Сила эффекта плацебо подтверждается деятельностью многочисленных сетевых кампаний, большая часть продукции которых в фармакологическом отношении представляют собой именно плацебо.

Важнейшей функцией информационного маркетинга является формирование поведения потребления.

6.4.2. Механизм формирования поведения потребления на ОТС-рынке

В отличие от рынка потребительских товаров, главная задача фармацевтического маркетинга состоит не в том, чтобы показать потребителю соответствие свойств товара (большая часть которых очевидна) его потребностям. Здесь в первую очередь необходима демонстрация

самих свойств, основная часть которых часто скрыта от его восприятия или не может быть понятой в силу недостаточной компетенции. Демонстрация соответствия свойств лекарственных препаратов потребностям больного оказывается второстепенным и гораздо более простым делом.

В соответствии с существующими в психологии со времен И.М. Сеченова представлениями, главным свойством поведения является его целенаправленность. Причем для формирования цели поведения недостаточно простого осознания сути потребности. Необходимо иметь представление о том результате поведения, который в состоянии удовлетворить эту потребность. Такое представление, отраженное в сознании (внутренний образ, или репрезентация), получило в психологии название декларативной репрезентации. Именно декларативная репрезентация является основным системообразующим фактором, формирующим поведение. Она обеспечивает в соответствии со своими свойствами привлечение к выполнению поведения необходимый набор инструментов и материалов, а также знаний и навыков. Причем этот комплекс элементов строго специфичен свойствам конкретной декларативной репрезентации. Так, если мы хотим приготовить обед, а конкретно – суп, мы возьмем кастрюлю, воду нагревательный прибор, овощи, мясо и другие необходимые предметы и ингредиенты. При этом мы не будем использовать ни мыло, ни цементный раствор, напильники, паяльник и др. Иными словами, для правильного формирования поведения необходимо точное представление о свойствах предполагаемого результата – декларативной репрезентации. Декларативная репрезентация в союзе с потребностью мобилизует поведенческие ресурсы, необходимые для получения соответствующего результата и удовлетворения потребности. Механизм формирования поведения потребителя на ОТС-рынке в схематическом виде представлен на рис. 6.1.

Как же происходит формирование декларативной репрезентации при приобретении товара на ОТС-рынке? Прежде всего это касается оценки свойств товара, отражаемых в ней. Любое изделие, служащее товаром, имеет набор свойств, среди которых можно выделить четыре основные категории: явные, скрытые, добавленные и приписываемые свойства.

1. Явные свойства – это такие свойства, наличие которых очевидно для самого потребителя. Наличие этих свойств регистрируется сенсорными системами больного и подтверждается причинно-следственной связью: ощущаемый эффект наступает через непродолжительное время после приема препарата. Примером таких свойств может быть прекращение боли вскоре после применения обезболивающего препарата, быстрая остановка кровотечения после наложения повязки или пластыря и т. д.

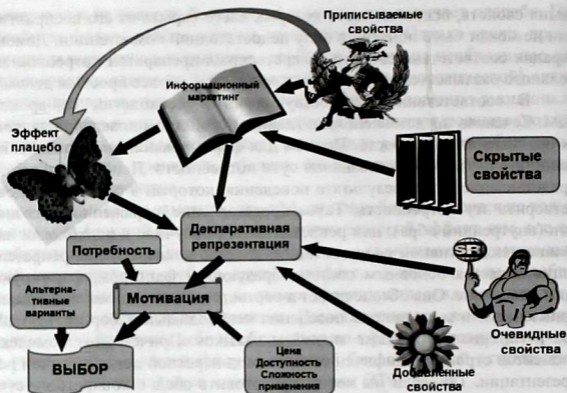


Рис. 6.1. Механизм влияния разных свойств препарата на выбор потребителя на ОТС-рынке

2. **Скрытые свойства** не могут быть оценены непосредственным восприятием. Для их оценки либо нужны специальные знания, позволяющие по косвенным признакам судить о наличии таких свойств, либо специальная диагностическая аппаратура и технологии. Например, больной не может сам судить об уменьшении содержания липидов в плазме крови, растворении камней в почках, изменении клеточного состава крови и т. д.

Две описанные группы свойств лекарственных препаратов являются эссенциальными чертами их природы. Однако существуют еще две группы характеристик, которые формируются либо целенаправленно в результате маркетинговой деятельности, либо просто вследствие медицинского применения данных препаратов.

3. **Добавленные свойства.** Они никак не связаны с эссенциальными, но удачно дополняют последние, усиливая сенсорное впечатление от использования препарата и, следовательно, подкрепляя декларативную репрезентацию в будущем поведении (при повторном применении данного средства). Такими свойствами могут быть удачная оригинальная упаковка, сиропообразная лекарственная форма, совмещение упаковки с дозатором и т. д. Приданные дополнительные свойства – это не просто манипулирование некими эмоциональными впечатлениями.

Они могут играть важную роль в процессе применения средства. Так, производство лекарств в форме сиропа решает очень серьезную проблему лекарственной помощи в педиатрии. Родителям часто стоит большого труда заставить принять ребенка таблетку препарата, особенно если она горькая. Большинство лекарственных препаратов имеют горький или неприятный вкус. У детей же существует врожденное поведение избегания веществ с горьким вкусом и повышенное предпочтение сладкого. Существует другой пример. Всем хорошо известно, что йод или зеленка, расфасованные во флаконы, нередко проливаются, особенно если они не стоят в шкафу, а находятся в походной аптечке в рюкзаке. При этом не просто теряется антисептик, но оказываются испорченными некоторые вещи и многие из медикаментов. Да и при использовании зеленкой из флакона неизбежно пачкаются руки. Существует простое решение – зеленка в упаковке-фломастере, исключающая практически все перечисленные неприятности.

Интересным примером решения проблемы являются также растворимые шипучие таблетки. Такая лекарственная форма, не просто более удобна и приятна в употреблении. Когда мы опускаем таблетку в стакан с водой и ждем, пока она растворится, наблюдая за процессом, мы невольно подключаем нашу нервную систему к процессу ожидания и настраиваемся на обезболивающее действие, что в силу эффекта плацебо усиливает антиноцицептивные свойства аспирина.

4. Приписываемые свойства. Приписываемыми называются такие свойства, которых реально не существует, но они декларируются фармацевтическим маркетингом как скрытые. В конечном итоге в результате воздействия информационного маркетинга в союзе с эффектом плацебо такие свойства у препарата могут сформироваться или создаться иллюзия их существования. Примером таких свойств может служить декларируемая рядом производителей способность ускорять выведение шлаков из организма. Особенно такие свойства часто приписываются БАДам.

Эти четыре группы свойств препарата в совокупности, но разными путями участвуют в образовании декларативной репрезентации. Иными словами, они формируют представление потребителя о выгодах (адаптивных свойствах) лекарственного препарата как приспособительного результата. Употребление лекарственного средства дает именно приспособительный результат, так как, способствуя выздоровлению, увеличивает нашу адаптированность в среде обитания.

Декларативная репрезентация – представление потребителя о свойствах лекарства – представляет собой главный системообразующий элемент в его поведении на рынке. Начинается это поведение с оценки

свойств препарата и заканчивается выбором. На этапе оценки свойств препарата очевидные и добавленные свойства напрямую участвуют в формировании декларативной репрезентации. Скрытые и приписываемые свойства должны быть донесены до потребителя средствами информационного маркетинга. При этом основной задачей последнего является не только раскрытие этих свойств, но также и сообщение покупателю средств выявления этих свойств, предоставление критериев соответствующей активности препаратов. Приписываемые свойства обычно просто указываются или описываются в средствах информационного маркетинга. Особое место в этой системе играет эффект плацебо. Будучи инициирован информационным маркетингом и сведениями о наличии приписываемых свойств, эффект плацебо служит псевдоподтверждением наличия этих свойств. При этом он усиливает реальные свойства препарата и фактически индуцирует приписываемые.

При этом для коммерческого успеха действительные свойства лекарственных препаратов важны лишь постольку, поскольку они отразились в осознанных потребителем выгодах от использования продукта. В этом проявляется особенность фармацевтического рынка, его отличие от всех других. Большинство наиболее значимых свойств товара, отражающих его безвредность, эффективность и т. д., чаще всего не поддаются прямой оценке потребителем.

Это обстоятельство главным образом определяет специфику фармацевтического маркетинга. В.П. Юдин с соавт. (2008) выделяет три главных специфических особенности фармацевтического маркетинга, вытекающих из этого обстоятельства.

1. Фармацевтический маркетинг на ОТС-сегменте особенно эффективен при демонстрации выгод, вытекающих из явных свойств товара. Это справедливо даже тогда, когда сами по себе эти свойства носят второстепенный характер. Дело в том, что такие проверяемые, поддающиеся верификации признаки позволяют активировать собственный опыт потребителя, являющийся, как мы уже говорили, сильнейшим стимулом покупки. В итоге второстепенные выгоды, в реальности которых потребитель может убедиться сам, часто перевешивают даже первостепенные опасности, о которых потребитель не знает или знает понаслышке.

Вспомним для примера рекламный ролик, когда-то показывавшийся по российскому телевидению. Детский препарат парацетамола в форме сиропа с клубничным вкусом продвигался солидной фирмой под тем абсурдным девизом, что он «полезный, потому что вкусный». Легко заметить, что абсурдным такой девиз был только в формально-логическом отношении, но не в смысле эффективности рекламы (этиче-

скую проблематичность описываемого приема мы в данный момент не обсуждаем). Фактический образ препарата строился на безошибочном подчеркивании второстепенных, но зато явных и привлекательных свойств и замалчивании скрытых, существенных опасностей. Ребенка гораздо легче заставить выпить вкусное лекарство в виде сиропа, чем горькую таблетку, что выступает как отличное решение всем знакомой проблемы. Хорошо же известные и опасные свойства парацетамола – легкость передозировки и значительное число побочных эффектов, бесспорно, усиленные как приятным вкусом препарата, так и обращением к детской аудитории – уходят на второй план или остаются вовсе неизвестными большинству покупателей и потому на их потребительское поведение никак не воздействует.

2. Особенностью фармацевтического маркетинга на OTC-рынке являются широкие возможности манипулирования мотивационным состоянием потребителя. Эти возможности обуславливаются наличием скрытых свойств и, что самое главное, тем фактом, что потребитель знает о наличии таких свойств, понимает свою некомпетентность в вопросах фармакотерапии и отдает себе отчет в том, что он не может с помощью собственных сенсорных систем оценить лечебное действие препаратов, необходимость их применения и последствия. Многие терапевтические манипуляции с использованием лекарственных препаратов мы производим вслепую, ориентируясь на некие усредненные представления о причинно-следственных связях в данной ситуации. Так, в случае небольшого повреждения кожи мы обрабатываем ранку йодом или другим антисептиком (прижигаем спиртом, к примеру) и накладываем повязку. При этом в случае хорошего результата мы абсолютно уверены, что благополучный исход обязан себе нашими манипуляциями. Однако, во-первых, известно, что далеко не все микроорганизмы погибают от действия йода и тем более спирта. Во-вторых, мы не имеем возможности убедиться, что они погибли от нашей обработки антисептиками. Мы только знаем характер причинно-следственных отношений в системе рана – микроорганизмы – антибактериальные средства. В-третьих, если количество микроорганизмов в ране не превышает 10^5 микробных тел на см^2 и нет кровотечения, такую рану вовсе не надо ни обрабатывать, ни перевязывать: под струпом она заживет не хуже, чем под марлевой повязкой или лейкопластырем. Однако при любой возможности мы производим обработку раны, исходя из принципа профилактики возможной раневой инфекции.

3. Последняя особенность маркетинга безрецептурных средств заключается в необходимости демонстрации скрытых терапевтических

возможностей препарата – придания им наглядности. Наличие этих свойств, их суть и значимость должны быть донесены до покупателя средствами информационного маркетинга.

Примеры выстраивания образа ОТС-препаратов на базе приписываемых (в том числе несуществующих) свойств носят массовый характер. Эта общемировая закономерность особенно сильна и опасна в нашей стране из-за пробелов в законодательной базе, слабости традиций добровольного самоограничения производителей. Широко, например, распространена тенденция использовать в рекламе сообщение о том, что какой-то препарат создан на основе натуральных ингредиентов (экстрактов лекарственных растений). При этом апеллируют к формуле: растительный – значит безопасный, нетоксичный. Между тем, медикам хорошо известно, что природное происхождение препарата вовсе не гарантирует ни эффективности, ни безопасности. Директива Европейского сообщества 2001/83 даже прямо запрещает связывать в рекламе безопасность препарата с его природным происхождением. Новый российский Федеральный закон «О рекламе» от 13.03.2006 г. № 38 содержит такое же ограничение.

Технология приписываемых свойств может касаться не самих препаратов, а состоять в формировании вымышленных патологических состояний с последующим предложением лекарственных средств для лечения этих состояний. Примером такого манипулирования являются различные средства, усиливающие выведение «шлаков» из организма. На самом деле никаких шлаков не существует. Продукты обмена веществ и естественные выделения выводятся из организма с помощью специальных физиологических механизмов и вмешиваться в их работу нужно с осторожностью. А бездумное и бесконтрольное использование мочегонных, слабительных и сорбентов способно принести здоровью существенный вред.

6.4.3. Значение явных и добавленных свойств лекарственных препаратов для информационного маркетинга

Явные свойства. Когнитивный контроль процесса использования лекарственного препарата для потребителя включает анализ двух блоков информации. Первый из них касается медико-фармацевтических данных о свойствах препарата, второй – способа его применения или иных характеристик, понимание которых доступны на бытовом уровне. При этом отношение потребителя к каждому из них имеет существенные отличия. Второй блок содержит информацию о второстепенных свойствах препарата, чаще всего не имеющих отношения к его терапев-

тическому действию. Это удобство упаковки, вкус, оригинальная лекарственная форма и т. д. Весьма эффективно воздействует на сознание потребителя констатация совершенно очевидного удовлетворения терапевтической потребности. Так, надежно приклеивающийся лейкопластырь с аккуратной сорбционной бактерицидной подушечкой обладает совершенно очевидными высокими потребительскими качествами, и удовлетворение основной потребности – защита раны и остановка кровотечения – легко оцениваются любым потребителем. К таким же явным качествам относятся устранение изжоги, снятие боли и т. д.

Достоинства и недостатки препарата в соответствии с информационным содержанием первого блока, вне зависимости от того, оценивается последствие его применения сенсорными системами (явные свойства) или нет (скрытые свойства), нередко оказываются полностью недоступными пониманию потребителя или доступны в незначительной мере. Дело нередко осложняется еще и тем, что тот факт, что какое-то лекарство устраняет проявления болезни, может однозначно рассматриваться как благо только вследствие непонимания сути происходящих процессов и их последствий. Яркий пример – бесконтрольное использование наркотиков для устранения болевого синдрома. Попытка воздействия на сознание потребителя информационными средствами первого блока, если последние требуют значительного уровня специальной подготовки и оценить которые самостоятельно он не в состоянии, неизбежно вызовет у него когнитивный диссонанс – достаточно тягостное переживание. Скорее всего, потребитель просто откажется воспринимать такую информацию.

В противоположность этому содержание второго блока информации вполне доступно пониманию потребителя: поскольку это препараты ОТС-рынка, их использование не требует специальных знаний и навыков. Поэтому рекламное обращение, апеллирующее к информационному содержанию второго блока, окажется существенно более эффективным.

Покупатель благодарно реагирует на перспективу уйти от сложности понимания фармакотерапевтических проблем ситуации и обратить внимание на оценку простых и знакомых понятий удобства, простоты применения, приятного вкуса и т. д. Нужно сказать, что удобство и простота использования для потребителя – это важный фактор управления мотивационным состоянием. Сама по себе привлекательность фармакотерапии как метода лечения состоит именно в ее простоте и удобстве по сравнению со многими другими методами достижения того же результата. Действительно, во многих случаях оздоровления можно добиться несколькими способами. Например, избавиться от лишнего веса можно с помощью занятий спортом, соблюдая диету и принимая

специальные средства («сжигатели жира»). Если бы все три способа были бы в равной мере эффективны и безопасны, легко себе представить, как много людей безоговорочно избрали бы фармакотерапию. В некоторых случаях удобство использования способствует продвижению препарата вопреки его терапевтическим свойствам. Например, препарат «Мильгамма» представляет собой комплекс из трех витаминов (тиамин, пиридоксин, цианкобаламин). При потребности в этих трех витаминах, разумеется, удобнее сделать одну инъекцию вместо трех. Однако сочетание пиридоксина и тиамина нежелательно, поскольку пиридоксин тормозит переход тиамина в биологически активную форму. Кроме того, оба витамина обладают сильным местным раздражающим действием. При совмещении в одном растворе это свойство усиливается. Для устранения этого недостатка разработчик вынужден был ввести в состав лекарственной формы местный анестетик лидокаин. Несмотря на это, препарат «Мильгамма» обладает большим местным раздражающим действием (и меньшей активностью) по сравнению с каждым из витаминов в отдельности или при раздельном их применении. Тем не менее удобство применения способствует успешному продвижению его на рынке.

Недостаток внимания к второстепенным, но явным свойствам препаратов, доступным прямому сенсорному наблюдению и чья правильная интерпретация вполне может быть достигнута в рамках опыта и квалификации среднего потребителя ОТС-рынка, является частым дефектом рыночного поведения. Особенно это касается отечественного производителя. Фирмы часто упускают возможность создать, а затем и растолковать потребителю зримые преимущества своей продукции, особенно когда последние касаются не собственно терапевтического эффекта, а удобства пользования препаратом или его имиджа. Но практика говорит о том, что потребитель готов платить существенно больше прежнего, если он имеет осязаемые свидетельства высокого качества изделия. Маркетологи называют предварительное вкладывание средств в имидж препарата стратегией «предоставления заложников». Очевидное наличие таких финансовых заложников убеждает потребителя в добросовестности производителя.

Добавленные свойства. С формальной точки зрения выбор потребителя всегда ориентирован на основные терапевтические свойства лекарства – больной ищет возможности коррекции того или иного проявления патологического процесса и стремится помочь организму в восстановлении его функциональной полноценности. Как и любое другое поведение, действия больного в существенной мере контролируются восприятием не только тех свойств объекта, которые непосредственно

обеспечивают результат (значимые стимулы), но и вспомогательных признаков, таких, которые не являются прямым отражением важных для терапевтической активности препарата, однако неоспоримо (или с большой долей вероятности) указывают на их присутствие. Это восприятие является важнейшим оператором на акцепторе результата действия. Такие стимулы в литературе по высшей нервной деятельности получили название ассоциированных стимулов, или признаков, а сам процесс ассоциирования называется условно-рефлекторной деятельностью. Ассоциированные стимулы помогают нам идентифицировать наличие значимых стимулов в условиях среды, где значимые стимулы стерты, замаскированы множеством сопутствующих стимулов (никак не связанных со значимыми) или просто не доступны восприятию. Именно с этим мы постоянно сталкиваемся в фармакотерапии – мы не можем воспринимать эффект многих препаратов на сенсорном уровне. Эта психофизиологическая техника имеет широкое распространение в нашей высшей нервной деятельности. Так, когда мы собираем грибы, в частности грузди, самого гриба мы, как правило, не видим. Однако в своих поисках мы направляем внимание на бугорок разрыхленной почвы над шляпкой гриба, а также на множество иных ассоциированных стимулов – характер леса, в котором обычно растут грузди, определенные признаки места с оптимальными условиями для их роста, представление о том, что грибы часто растут кольцами, и т. д.

Основными видами или формами добавленных свойств (ассоциированных стимулов) в фармацевтическом маркетинге, как, впрочем, и в маркетинге потребительских товаров, являются название, товарный знак (торговое название), лекарственная форма (дизайн изделия) и упаковка.

Точно так же как и в других видах маркетинга, эти атрибуты продукта могут иметь свое функциональное значение, иногда существенное для проявления его основных свойств. Так, лекарственная форма нередко в существенной мере определяет биодоступность препарата (его основного действующего вещества или веществ), товарный знак служит маркером производителя и, следовательно, определенным образом несет в себе информацию о качестве продукта, упаковка может служить средством дозирования или обеспечивать удобство применения.

Важной чертой перечисленных форм ассоциированных признаков (добавленных свойств) является то, что они могут быть насыщены яркими, хорошо различимыми стимулами. На упаковке могут быть размещены разнообразные эмоциональные дисплеи (средства запуска и направления эмоционального поведения). Это делает товар хорошо узнаваемым, настраивает покупателя на его терапевтическое действие и, что

важно для всех производителей, направляет это покупательское поведение на товар определенной фирмы.

Характерной чертой современной фармации является то, что серьезные научные исследования стали направляться не только на повышение эффективности и безопасности препаратов, но и на повышение удобства их использования.

Упаковка лекарственных средств и ее функции. Основная функция упаковки состоит в обеспечении сохранности ЛС и годности его к использованию в процессе транспортировки, хранения, реализации и применения. Упаковка бывает первичной, которая непосредственно контактирует с препаратом. Такой упаковкой может быть флакон или блистер. Вторичная упаковка объединяет одну или несколько первичных. Вторичная упаковка, как правило, бывает единицей отпуска. Упаковка может служить также целям дозирования, заключая в себе то количество препарата, которое необходимо на минимальный курс лечения. Кроме того, выделяют транспортную упаковку, основное назначение которой состоит в доставке партий лекарственных препаратов в торгующие организации.

Непосредственными функциями упаковки являются:

- создание емкости для хранения определенного количества ЛС;
- предохранение ЛС от неблагоприятного воздействия внешней среды;
- обеспечение возможности транспортировки ЛС;
- защита от несанкционированного вскрытия (в том числе защита от доступа детей);
- информация о содержимом.

Наряду с этими упаковка выполняет еще ряд функций. Во-первых, она используется для создания дополнительных удобств для потребителя. Такими удобствами могут выступать средства дозирования ЛС: встроенные пипетки, насадки-распылители, аэрозольные упаковки и т. д.

Во-вторых, упаковка может играть важную роль в качестве носителя информационных сигналов, воздействующих на потребителя, а также служить в качестве носителя рекламы. Это функциональное назначение упаковки имеет значение преимущественно для лекарственных средств ОТС-рынка. Упаковка препаратов рецептурного отпуска продолжает оставаться лаконичной. Упаковку препаратов свободного отпуска стараются делать ярче. Их снабжают рисунками, дополнительно характеризующими определенные качества препарата. Так, на упаковке растворимых таблеток ацетилсалициловой кислоты «Upsarin UPSA» изображена таблетка, погруженная в жидкость с пузырьками газа, что определено указывает на соответствующую лекарственную фор-

му. Вторичные упаковки часто делают больше необходимого размера. Это позволяет нанести название препарата большим шрифтом, такая упаковка сильнее привлекает внимание. Выбор потребителя в пользу лучше упакованных препаратов вполне обоснован. Хорошая упаковка и безупречное полиграфическое исполнение вторичной упаковки, высокое качество блистера, мерная емкость в упаковке с сиропом и т. д. служат ему надежными индикаторами общей культуры производства. Среднее качество хорошо упакованных, более удобных по форме препаратов лучше среднего качества препаратов с плохими явными характеристиками, поскольку пренебрежение ими – верный признак непрофессионализма производителя.

Нужно сказать, что на ОТС-рынке, подобно рынку рецептурного отпуска, функции потребителя также могут быть частично расщеплены. Потребитель не совсем свободен в своем выборе. Приходя в аптеку, он выбирает не из всех товаров, которые производятся фармацевтической промышленностью, а только из тех, которые перед этим выбрала данная аптека и выставила на продажу. В этой связи транспортная упаковка, с которой имеет дело продавец, также приобретает роль средства продвижения препарата и его информационного маркетинга. Поэтому транспортная упаковка используется как место размещения рекламы, но уже ориентированной на аптеки.

Хорошая упаковка и различные дополнительные элементы, облегчающие использование изделия (продукта) и повышающие удобство его применения, в любом виде маркетинга являются достаточно эффективными средствами его продвижения. В фармацевтике же из-за проблем с верификацией основных лечебных свойств препаратов явные, хотя и второстепенные признаки приобретают самостоятельное значение для позиционирования препарата. Так, хорошая упаковка, удобная или оригинальная лекарственная форма, усиливая позитивное сенсорное впечатление, подкрепляют потребительское поведение. Кроме того, они играют роль сигналов, свидетельствующих потребителю о том, что данный товар обладает высоким качеством.

Так, при пересчете на действующее вещество растворимые таблетки витамина С более чем в 4 раза дороже обычных таблетированных форм препарата или драже, тем не менее спрос на них достаточно велик и устойчив. Совершенно очевидно, что дело здесь не только в приятном вкусе газированного напитка. Такая форма препарата психологически возвышает ее над простой копеечной «аскорбинкой» и заставляет считать эту версию витамина более полезной.

Форма препарата в виде шипучих таблеток, скорее всего, обладает еще одним очень интересным свойством – усилением эффекта за счет

условно-рефлекторной активности. Люди, принимавшие аспирин для снятия головной боли или облегчения лихорадочного состояния (снижения температуры), наверняка знают, что вскоре после принятия таблетки аспирина головная боль проходит, уменьшается, температура и выраженность лихорадочного состояния снижается. Бросив в стакан с водой растворимую таблетку аспирина и ожидая, пока она растворится, человек запускает условный рефлекс, сформированный предыдущим опытом, создающий эффект плацебо, который существенно усилит действие аспирина. Когда мы принимаем обычную таблетку, такой эффект также имеет место, однако в случае с растворимой формой фиксация внимания на условном стимуле – процессе растворения таблетки – гораздо выше, сильнее будет и условно-рефлекторное воздействие.

6.4.4. Демонстрация приписываемых и скрытых свойств лекарств средствами информационного маркетинга

Поскольку потребитель на OTC-рынке не может критически подойти к оценке маркетинговой информации, производитель и рекламодатели часто не только преувеличивают свойства препарата, которые были установлены у него при проведении доклинических исследований и в процессе клинических испытаний, но и наделяют его вымышленными эффектами, приписывают несуществующие свойства. Это создает дополнительные возможности в продвижении продукта.

В соответствии с логикой понятия информационный маркетинг должен служить средством информирования покупателя о свойствах препаратов. Вопреки этому в той своей части, которая демонстрирует потребителю приписываемые свойства и в значительной мере скрытые свойства, реклама ориентируется на отсутствие у целевой аудитории способности и достаточной подготовки, чтобы понять суть процессов, лежащих в основе фармакотерапевтической активности средства. При этом реклама воздействует на сознание аудитории с помощью ярких эмоциональных образов, выстроенных в картину активного и высокоэффективного противодействия недугу. Причем даже формальная логика целесообразности демонстрируемого воздействия может приноситься в жертву силе эмоционального впечатления от этого воздействия.

Известная реклама солпадеина, в которой он в аллегорическом образе двух массивных стрел вдребезги разбивает стеклянные барьеры, символизирующие боль. При этом создается впечатление силы эффекта и мощи самого средства. Складывается ощущение, что это нечто современное и добротное. В то же время рекламодателя совершенно не смущает тот факт, что боль как психофизиологический феномен плохо ас-

социруется с барьером, скорее, наоборот – с активным распространением, сигнализацией, и в борьбе с ней надо не рушить барьеры, а воздвигать. В стороне от внимания потребителя остается тот факт, что комбинация наркотического анальгетика (кодеина), НПВС (парацетамола) и кофеина – далеко не новый фармакологический прием и не отличающийся высокой эффективностью. Это явно вчерашний день в лечении болевых синдромов. Тем не менее реклама производит впечатление, запоминается, а солпадеин успешно продвигается на фармацевтическом рынке, во всяком случае, не исчезает с прилавков аптек.

Другим примером может служить реклама препарата «Гевискон», выполненная в виде мультфильма, в котором пожарные заливают «пылающую» слизистую желудка из брандспойтов каким-то белым составом. И, хотя «Гевискон» представляет собой таблетки, а его действие представлено примитивно-образно, суть эффекта в рекламе отображена точно: растворяясь в желудке, таблетки образуют гель, который предохраняет слизистую желудка от повреждения соляной кислотой.

Нужно сказать также, что на фармацевтическом рынке целый ряд препаратов, имея новые названия, представляет собой всего лишь незначительно измененные старые средства. В отдельных случаях это даже не скрывается, при этом рекламодатель апеллирует к тому, что данное средство проверено временем.

Сферу производства и оборота лекарств нередко относят к так называемому блокбастерному типу отраслей. В подобных отраслях фирмы зарабатывают основные прибыли не в равной мере на всем ассортименте продукции, а преимущественно на особо удачных товарах – блокбастерах. Имея в своем ассортименте несколько «просто хороших» препаратов, производители нередко почти не получают прибыли. В то же время всего один очень удачный препарат обеспечивает фирме прибыль даже при провальном итоге всех остальных проектов. Создание подобных сверхприбыльных лекарств составляет главную маркетинговую задачу компаний. Принимая во внимание, что крупный коммерческий успех достигается только массовыми продажами и что эти массовые продажи должны достигаться в короткое время, нужно отчетливо понимать и то, что рекламная кампания должна быть массивной. Мощная реклама обычно делает эффективной и дальнейшую рекламную обработку рынка, а слабая реклама не оправдывает затрат на свое проведение. Рекламная «раскрутка» OTC-бренда не может проводиться вполсилы. Она должна опираться либо на крупный бюджет, либо на какую-то очень талантливую «стартовую» маркетинговую идею, которая сразу сделает препарат знаменитым.

Существенную роль в информировании потребителя о свойствах лекарственных препаратов ОТС-сектора играют разного рода PR-технологии. Специальные журналы о здоровье или регулярные телевизионные передачи, как известно, играющие очень большую роль в продвижении ЛС, имеют в других отраслях лишь незначительное количество аналогов. Нужно сказать, что подобные издания и передачи, в которых принимают участие крупные специалисты и которые в популярном виде обсуждают многие злободневные вопросы современной медицины и охраны здоровья, нередко касаются вопросов фармакотерапии. При этом они осуществляют важную миссию – на доступном уровне информируют потребителя о свойствах ЛС и стратегиях их применения. Однако при этом выступающий ведущий специалист может быть разработчиком препарата или руководить его клиническими испытаниями, а фирма-производитель – быть инициатором данной передачи и ее спонсором.

Весьма часто тенденциозность информации бывает прямо оплачена заинтересованными фирмами. Ведь хорошо сделанная передача с популярным ведущим, сопровождаемая наглядными примерами из медицинской практики или бытовыми ситуациями, с комментариями авторитетного врача выглядит убедительной и объективной и оказывает на зрителя куда более сильное влияние, чем материалы откровенно рекламного характера. Этот эффект дополнительно усиливается национальными особенностями нашего рынка в частности, отсутствием жестких этических ограничений на участие врачей в рекламных акциях. В других странах решившийся на это врач в существенной мере теряет свой социальный статус в медицинском сообществе.

В общем и целом деятельность рекламы в сочетании с некомпетентностью потребителя нередко приводит к тому, что на рынке появляются препараты чья активность практически равна нулю. Особенно это касается БАДов. Последние, не являясь лекарством, выглядят, как лекарства, рекламируются как лекарства, продаются как лекарства.

Широкие возможности управления выбором потребителя путем воздействия на него средствами информационного маркетинга имеют для него и отрицательные последствия. Отсутствие объективных и доступных интеллектуальным возможностям простых потребителей критериев оценки качества и эффективности лекарства создает, во-первых, условия для внедрения на рынок и активного продвижения различного рода подделок и псевдолекарств. Во-вторых, затрудняет идентификацию честных производителей, добросовестно занимающихся разработкой новых высокоэффективных лекарственных средств и радеющих за их высокое качество.

Одна из важнейших проблем фармацевтического маркетинга состоит в необходимости защиты сферы продажи лекарственных средств от неадекватной подмены или контрафакта. Хотя подобные ситуации распространены во всех видах маркетинга, в фармации они имеют особое значение, так как сама контрафактность имеет сложную природу и может приобретать массовый характер, а оценка качества товара требует привлечения высококвалифицированных специалистов из разных областей. Неадекватная подмена может быть двух видов.

В первом случае при производстве лекарственной формы известного препарата вместо высококачественной чистой субстанции действующего вещества используется дешевая, низкокачественная, плохо очищенная субстанции. Эффект такого препарата, естественно, оказывается ниже или вовсе отсутствует, а токсичность может быть выше. Возможно также, что заложенные в фармакопейную статью методы качественного и количественного анализа оригинального лекарственного препарата не ориентированы на примеси, характерные для контрафактной субстанции, и в формальном отношении подделка может соответствовать нормативным требованиям.

Во втором случае копируется не само лекарственное средство, а его принцип, основная идея, терапевтическая концепция препарата, технологии продвижения. При этом создаваемая псевдокопия может не обладать реальными терапевтическими свойствами, однако в рекламной продукции и прочих информационных материалах они у нее декларируются. Возможна также ситуация, когда вместо эффективного рецептурного препарата предлагается средство безрецептурного отпуска или даже БАД. При этом последние не обладают токсичностью и побочными эффектами (особенно БАДы). Однако рекламными обращениями терапевтические свойства препарата рецептурного отпуска ему приписываются.

Справиться с такой ситуацией можно только, привлекая к оценке таких препаратов квалифицированных специалистов – врачей и фармацевтов. Их мнение позволит квалифицированно судить о реальной значимости того или иного препарата. При этом складывается парадоксальная ситуация. Многие производители в процессе продвижения прибегают на ОТС-рынке к рекламной интерпретации и презентации скрытых и приписываемых свойств препаратов. Однако для борьбы с контрафактной и недоброкачественной продукцией приходится апеллировать к реальным свойствам лекарственных препаратов. Отсюда вытекает прямая необходимость не только декларировать свойства препаратов, но и подтверждать их фактическими данными.

В действительности использование чисто финансовых рычагов воздействия или иных корыстных побудительных стимулов, направленных на то, чтобы заставить продвигать явно бесполезный продукт или лекарственный препарат, имеет ограниченное значение. И дело здесь не только в совести и профессиональной чести, хотя этот фактор тоже играет немаловажную роль. Причина кроется прежде всего в системном характере биологических процессов и, соответственно, медицинских знаний. Попытка исказить информацию о течении какого-то процесса, скорее всего, неизбежно приведет к появлению противоречий в наблюдаемых характеристиках других процессов, в то время как облигатным условием объективной оценки этих процессов является их согласованность. Кроме того, системным оказывается и сам механизм оказания медицинской помощи. Проходя лечение в стационаре или амбулаторно, больной оказывается объектом внимания со стороны нескольких или даже многих специалистов. При этом вопрос о его лечении и назначении тех или иных препаратов нередко согласовывается коллегиально. Более того, человек может одновременно или последовательно проходить лечение от одного и того же заболевания в разных ЛПУ. Например, больной после прохождения лечения в стационаре направляется на санаторно-курортное лечение, и там соответствующий врач критически оценивает лечение, которое больной получил в стационаре. Кроме этого, многие стационары проводят лечебно-диагностические процедуры с использованием лекарств в соответствии с имеющимися формулярами и схемами лечения. И те и другие проходят предварительную экспертизу, в процессе которой их эффективность и безвредность, а часто и обоснование стоимости оцениваются ведущими специалистами. Аналогичную работу проводят и страховые компании, оплачивая лечение больных. В таких условиях очень трудно продвигать препарат, чья эффективность и безвредность не подтверждаются соответствующими исследованиями. В этой связи в медицине активно внедряются принцип доказательности, а также системы GLP и GCP, обеспечивающие качественное выполнение экспериментальных исследований и клинических испытаний новых лекарственных препаратов на современном уровне.

Таким образом, основной принцип, отличающий OTC-сегмент фармацевтического рынка и его Rx-сегмент, имеет относительное значение. Производителю очень выгодно, чтобы назначения этих препаратов как можно чаще обосновывались специалистами. Такая же проблема существует в сфере выявления преимуществ оригинального препарата в сравнении с дешевыми аналогами (дженериками). Во всех этих случаях, чтобы оценить действительные преимущества ЛС, нужна подлинная компетентность, а не наивное суждение дилетанта.

На отраслевом уровне борьба с подменой ЛС ведется либо с помощью добровольных кодексов поведения ассоциаций производителей, либо с помощью государственной регламентации.

6.5. Продвижение рецептурных препаратов

Особенности продвижения рецептурных препаратов связаны в первую очередь с тем, что функции потребителя на Rx-рынке расщеплены. Пациент практически не участвует в выборе препарата, в соответствии с этим обращения производителя, имеющие целью продвижение препарата, адресованы посредникам, осуществляющим этот выбор.

6.5.1. Клинические исследования

Клинические исследования являются важнейшим этапом продвижения препарата. Их значение определяется двумя основными аспектами.

Во-первых, они призваны:

- подтвердить прогноз фармакологической активности препарата, сделанный на основании доклинических испытаний;
- выявить особенности действия препарата в условиях реальной патологии, выявленные ранее на экспериментальных моделях;
- показать отсутствие или наличие побочных эффектов, возможной лекарственной совместимости (несовместимости);
- произвести оценку эффективности нового препарата в сравнении с существующими средствами лечения данного заболевания.

Во-вторых, клинические испытания препаратов, для участия в которых привлекаются наиболее известные и квалифицированные специалисты в соответствующей области, несомненно, являющиеся опинион-лидерами, служат великолепным средством для формирования мнения в профессиональной медицинской среде о свойствах исследуемого препарата. При этом фармацевтические фирмы на совершенно законных и нормальных с точки зрения этики основаниях оплачивают этим специалистам их работу. Такая оплата, как правило, достаточно высока, что обеспечивает доброжелательное отношение всего персонала, участвующего в исследовании, к его объекту.

Подобная «оплаченная доброжелательность», тем не менее, не создает в большинстве случаев предпосылок к подлогу результатов исследования. Является закономерностью тот факт, что неэффективные лекарства рецептурного отпуска не способны завоевать рынок, несмотря на самые серьезные вложения в их продвижение. Если врачи не принимают препарат, все усилия компаний-производителей бывают на-

прасными. Главными основаниями для неприятия препарата медицинской общественностью служат низкая эффективность, выраженные побочные эффекты и токсичность. Врачи своим положением и профессиональной деятельностью в массе являются заслоном для неэффективных лекарств. Это связано не только с их профессиональной честью, значением которой вовсе нельзя пренебрегать, но также с императивным действием двух психофизиологических процессов.

Первый из них, называемый конфликтом интересов (*conflict of interests*), уже описанный в гл. 1, часто возникает при решении групповой задачи. Он основан на том, что различные участники процесса видят разные пути решения общей проблемы, считают наиболее значимыми различные свойства препарата или по-разному оценивают их влияние на состояние больного (результат лечения). Это порождает противоречия, и в поисках компромисса участники идут на взаимные уступки, изменяя параметры решения и формируя его усредненный вариант. Поскольку при начале широкого клинического использования препарата заинтересовать экономически всех участников процесса не представляется возможным, решение принимает распределенный характер. Экспериментально показано, что при взаимодействии большого количества независимых участников распределенные решения и оценки, как правило, обладают высокой степенью точности.

Второй механизм связан с процессом, называемым культурной кумулятивной трансмиссией. Данный механизм представляет собой процесс обмена информацией между индивидами. Образование вообще и медицинское образование в частности представляют собой вертикальную составляющую трансмиссии: обеспечивают передачу информации между поколениями – от старшего поколения к младшему. При этом важным условием эффективности стратегии трансмиссии является умеренный консерватизм. Действительно, знания и опыт, накопленный поколениями, не может отвергаться в угоду скороспелым концепциям и методам. Для этого нужны веские основания и тщательная проверка фактов. Этот здоровый консерватизм, присущий образованию и здравоохранению в значительно большей мере по сравнению с другими отраслями деятельности, также существенным образом влияет на продвижение новых препаратов. Во всяком случае, он препятствует формированию скоропалительных решений и требует предоставления достаточно большого количества фактов для обоснования введения в клиническую практику новых лекарственных средств.

При этом возникает своеобразный замкнутый круг: до тех пор, пока новый препарат не войдет в медицинскую практику, не будет возможности квалифицированно и тщательно оценить его свойства, естест-

венный консерватизм врачей не позволяет использовать не проверенные в широкой практике лекарства.

Решение проблемы состоит в проведении клинических исследований. По своей сути и структуре клинические испытания обеспечивают для нового препарата ряд условий. Во-первых, они предусмотрены законом и их проведение регламентировано соответствующими правилами и нормами. Во-вторых, для участия в проведении клинических испытаний привлекаются наиболее квалифицированные кадры врачей и иного обслуживающего персонала.

В-третьих, при проведении клинических исследований применяется существенно расширенный круг оцениваемых параметров состояния здоровья, клинических и лабораторных методов исследования, что обеспечивает не только наиболее полную информацию об особенностях действия препарата, но гарантирует безопасность участников этих испытаний. В-четвертых, их объективность обеспечивается строгим соблюдением выработанных процедур проведения и правил интерпретации.

В диалоге с профессионалами (врачами) и маркетинг принимает профессиональный, подкрепленный доказательствами характер. При этом он не перестает быть маркетингом, т. е. деятельностью, направленной на достижение целей фирмы.

Таким образом, клинические испытания служат важным фактором развития медицинской науки, обеспечивая исследованиям в области лекарственной терапии высокий научно-методический уровень и достаточное количество средств для их проведения на этом уровне.

Для производителя клинические исследования являются одновременно завершающей стадией разработки препарата, средством доведения до медицинской общественности информации о его преимуществах, т. е. составной частью маркетинга. Кроме того, это естественный путь привлечения опинион-лидеров к продвижению препарата. И дело здесь не только в том, что фирма оплачивает врачам их услуги по исследованию препарата. В случае, если препарат достаточно хорошо зарекомендовал себя в клинических испытаниях, у специалистов, принимавших в них участие, формируется целый ряд психофизиологических реакций, способствующих их рекрутированию в процедуру продвижения нового средства. Во-первых, это положительные эмоции, возникающие на акцепторе результата деятельности, связанные с успешным завершением исследования, выполненного на хорошем научно-методическом уровне. Эти эмоции естественным образом располагают человека к продолжению деятельности в данном направлении. Во-вторых, это конкорд-эффект, заключающийся в том, что человек всегда стремится продолжать деятельность, в которую он вложил некие усилия, при условии что

эти усилия были оправданы. В-третьих, качественно выполненные клинические испытания создают исполнителю определенное реноме, которое выливается в социальный статус. Дело в том, что отчет о проведении клинических испытаний в процессе регистрации препарата подвергается экспертизе другими высококвалифицированными специалистами, что усиливает значимость приводимого в отчете фактического материала и его выводов. В-четвертых, в большинстве случаев клинические испытания представляют собой, хотя и прикладную, научно-исследовательскую работу, тем не менее сопряжены нередко с получением фундаментальных результатов, что обеспечивает исполнителю одновременно повышение его профессиональной квалификации.

Четыре перечисленных психофизиологических феномена, возникающих при успешном проведении клинических испытаний, имеют прямое отношение к маркетингу. Правильное их использование руководством предприятия производителя является важным инструментом вовлечения врачей и иных специалистов в процесс продвижения препарата. Фармацевтические компании нередко выступают инвесторами в клинических исследованиях даже тогда, когда особая необходимость в дополнительном подтверждении хорошей эффективности продвигаемого средства уже отсутствует. В мире лишь небольшой процент исследований самостоятельно финансируется клиниками или осуществляется в рамках государственных программ. Основными же источниками средств для исследований в области фармакологии выступают производители лекарственных средств. Соответственно, производители оказывают большое воздействие на выбор тематики исследований.

Как правило, результаты клинических исследований становятся основой клинических рекомендаций. Последние представляют собой инструмент внедрения во врачебную практику достижений медицинской науки, а также эффективных методов и средств лечения. Хотя сами по себе клинические рекомендации представляют собой выводы, полученные строго научным путем в ходе клинических исследований, с позиции фармпроизводителя они же являются одним из методов продвижения препарата на фармацевтическом рынке.

Это создает хорошие условия для кооперации производства и науки. Финансирование клинических исследований производителями способствует развитию медицинской науки. Одновременно финансирование клинических исследований обеспечивает производителям решение маркетинговых задач в нужном направлении. Этими же причинами объясняется и поддержка со стороны фармацевтической индустрии концепции доказательной медицины. При этом доказательность является на деле не благотворительностью и не просто делом чести произво-

дителя. Это требование, предъявляемое к современным исследованиям в области фармакологии, значительно увеличивает не только качество и фундаментальную значимость проводимых исследований, но существенно влияет на трудоемкость и стоимость проводимых исследований. Кроме того, что благодаря этому принципу существенно возрастает качество фармацевтических разработок, он выполняет еще несколько функций.

1. Прежде всего высокая стоимость и сложность выполнения требований, предъявляемых к современным фармакологическим исследованиям в области разработки лекарственных препаратов, затрудняет выполнение таких разработок малыми предприятиями, не располагающими достаточными средствами для финансирования подобных разработок. Таким образом, соблюдение принципов доказательности и GLP являются средством борьбы с конкурентами.

2. Высококачественный материал, предоставляемый исследованиями, проведенными с соблюдением принципов доказательности и GLP, является хорошей основой для проведения маркетинговых действий. Эффект подкрепляется еще и тем обстоятельством, что направление финансируемых фирмой исследований определено предварительно проведенными маркетинговыми исследованиями, в которых точно определены наиболее выгодные сектора рынка и патология, при которой препарат представляется наиболее эффективным. Именно в этих направлениях и будут сосредоточены основные усилия исследователей-клиницистов. В ряде случаев успех продвижения препарата на рынке обуславливается не наличием у него особых терапевтических свойств, делающих его наиболее пригодным для лечения некоторых видов патологии. В основе успеха лежит факт тщательных исследований, проведенных при применении лекарственного средства при данной патологии. Так, компания Chattem, проведя тщательное исследование эффективности ибупрофена при менструальных болях, зарегистрировала его под названием «Памприн» в качестве средства для лечения этого недуга.

3. Высокие затраты, обусловленные проведением сложных научно-исследовательских работ, в случае успеха препарата вернутся фирме после начала продаж. Более того, они принесут доход. Создается парадоксальная ситуация: чем более трудоемкими будут исследования, тем больше в конечном итоге окажется прибыль производителя, естественно, при успешности разработки.

Спонсируемые фармфирмами исследования в последние годы получили широкое распространение и в нашей стране. Федеральным законом от 22.06.1998 № 86 «О лекарственных средствах» в России введена

в действие единая централизованная разрешительная система для клинических исследований, инициаторами которых выступают компании — производители лекарств или фирмы, действующие от их лица и по поручению. Эта система включает целый ряд требований к характеристикам исследований с участием людей, и хотя некоторые из этих требований специфичны только для нашей страны, все же в России начали действовать нормы, сопоставимые с общепринятыми международными, например в отношении обязанностей спонсоров. Это способствовало вхождению нашей страны в число государств с цивилизованными правилами испытаний лекарств на людях.

Совершенно очевидно, что клинические рекомендации, сформулированные на основании проведенных клинических испытаний, могут оказывать на процесс продвижения препарата как положительное, так и негативное влияние.

Большинство спонсируемых исследований концентрируется на изучении возможных сфер применения и потенциальных преимуществ препаратов фирмы. На этом этапе особенно важны долговременные связи фирм с наиболее авторитетными учеными (опинион-лидерами — см. ниже). Именно они могут подсказать компании максимально перспективное направление исследований.

Выгодные в терапевтическом отношении свойства препарата популяризируются фирмой. Публикации результатов клинических исследований в научном журнале дополняются финансируемыми фирмой презентациями, конференциями, круглыми столами. Соответствующие сведения по возможности доводятся медицинскими представителями до каждого перспективного с точки зрения выписки препарата врача. Этим достигается амплификация (усиление) первоначального значения позитивных рекомендаций по клиническому применению. Позитивные результаты формируют основную часть маркетинговой информации о препарате.

В маркетинговом представлении результатов клинических исследований выделяются три проблемы. Прежде всего это замалчивание негативных результатов, которые фирма-спонсор исследований не заинтересована предавать широкой огласке. В итоге информация о низкой эффективности исследуемого препарата доходит только до узкой группы специалистов, имеющих прямое отношение к исследованию. Иногда фирмы-спонсоры прямо препятствуют разглашению негативных результатов. Особенно остро стоит эта проблема в России, где дополнительным фильтром, отсеивающим негативную информацию, является необходимость перевода ее на русский язык. Статьи же, появившейся в одном из англоязычных научных медицинских журналов, для основной

массы российских врачей попросту не существует. В России остроту ситуации придает наличие массы врачей, вообще не следящих за нововведениями в своей области.

Вторая проблема состоит в неполном или выборочном представлении результатов исследования. Наиболее частым приемом такого рода манипуляций является сосредоточение внимания на результатах, полученных для отдельных подгрупп пациентов, принимавших участие в исследованиях, где терапевтические свойства препарата проявились в наилучшем виде.

Стремление наиболее выгодно подать продвигаемый препарат имеет и противоположный результат. Крупные фармацевтические компании, уверенные в ценных терапевтических свойствах препарата, нередко сосредотачивают свое внимание как раз на негативных его свойствах, скрупулезно перечисляя все возможные побочные эффекты и частоту их возникновения. Это делается для того, чтобы, во-первых, предупредить возможные нарекания в неполноценности проведенных исследований. Во-вторых, подготовить больного и врача к возможным негативным последствиям применения препарата и, в-третьих, с психологической точки зрения, когда больной заранее предупрежден о возможном возникновении нежелательных эффектов, они автоматически включаются в амбивалентные последствия поведения (см. гл. 1) и не вызывают таких негативных эмоциональных переживаний, как неожиданное побочное действие.

Распространено негативное отношение врачей и пациентов к маркетинговым усилиям производителя, усиленно подчеркивающего позитивные свойства продвигаемого препарата и рекламной информации этот процесс поддерживающей. Это отношение хотя и отражает склонность сообщества к естественной критике, тем не менее не всегда является верным. Внедрение новых продуктов в консервативную среду объективно требует от производителя определенных усилий. Мировой и особенно российский опыт показывают, что без маркетинговой поддержки распространение самых прогрессивных методик лечения часто может необоснованно затягиваться, препятствуя прогрессу. Так, в советское время на врачей не давила маркетинговая информация, но одновременно с этим отсутствовал один из самых мощных механизмов внедрения передового опыта. Чтобы новые методики быстро вошли в практику, необходимо целенаправленное и активное доведение их преимуществ до врачей.

При этом нужно помнить, что опасность маркетингового искажения информации о клинических исследованиях вполне реальна и требует осознанного противодействия. Известно, что искажения тем ниже,

чем выше культура врачебного сообщества, чем больше внимания уделяется не только содержательной стороне информации (что сообщается о препарате), но и степени ее достоверности (от кого эта информация исходит и чем она подтверждается).

6.5.2. Использование опинион-лидеров

Опинион-лидеры (от англ. *opinion leader* – лидер мнения) в фармацевтическом маркетинге представлены наиболее авторитетными специалистами в области фармакотерапии определенного круга заболеваний. Данный термин чаще всего понимается именно в такой интерпретации. Однако в функциональном отношении психофизиологическая суть феномена лидера мнения шире. Шире она определяется и в маркетинге потребительских товаров. Здесь опинион-лидерами называют самую влиятельную часть покупателей. Это не самые обеспеченные и «звездные» потребители, но те, кто следит за инновациями в Вашем секторе и не пропускает ни одной новинки. Эти люди легко принимают новое и разбираются в тонкостях Вашего продукта. И, самое главное, они обладают способностью формировать общественное мнение, профессионально со страниц газет и журналов или посредством личных контактов на форумах и в социальных сетях.

Одной из важных особенностей социальных стратегий поведения живых организмов является гетерогенность популяции по способности (скорости и склонности) реагировать на новые элементы (предметы и явления), возникающие в контексте ситуации. Таким образом, все индивиды делятся на новаторов и консерваторов. При этом склонность к новаторству или консерватизму проявляется не альтернативно – по принципу «да»/«нет», – а представлена в виде плавной градации выраженности этих свойств. Таким образом, люди могут быть более консервативны или менее, а также иметь большую или меньшую склонность к инновациям. Это общебиологический принцип. Подобные стратегии описаны для многих видов животных, в частности для социальных насекомых.

Описанная стратегия в применении к рыночным отношениям формирует два феномена. Первый из них состоит в том, что если опинион-лидеры и передовая часть новаторов осваивают новое поведение (новый способ лечения) самостоятельно, критически оценивая все факторы, лежащие в основе его мотивации, то консерваторы просто копируют поведение и воспринимают установку, поэтому их еще иногда называют имитаторами или последователями. Разница состоит в том, что опинион-лидеры и новаторы приобретают новые навыки, проходя со-

стояние когнитивного диссонанса и когнитивную проработку ситуации, поэтому они обладают способностью к конструктивной критике ситуации, в то время как консерваторы – нет. Они восприняли новые установки, созданные новаторами (опинион-лидерами), опираясь лишь на конечный результат поведения, не проанализировав все за и против технологии его получения.

Второй феномен связан с двухфазной кривой спроса на новый товар. Этот феномен, впервые описанный Джеффри Муром, состоит в том, что высокотехнологичные продукты часто сначала демонстрируют высокие продажи, но потом происходит спад популярности, а еще через некоторое время продажи снова начинают расти, и часто даже достигают более высоких цифр, чем в начале продаж. Это естественная реакция рынка, связанная с тем, что начальная популярность товара обусловлена его использованием новаторами. При этом существенная доля продаж обусловлена не столько свойствами товара, сколько его новизной, имеющей для новаторов самостоятельную ценность (эмоциональная реакция). Потребление продукта в этой фазе связано со значительной гипероценкой свойств продукта, создаваемой его необычностью. Затем развивается реакция привыкания – снижение поведенческой активности при длительном выполнении какого-то стереотипного действия. Уровень потребления при этом снижается, так как покупателями пока еще являются новаторы. Затем потребление снова начинает расти за счет присоединяющихся консерваторов. Именно в этой ситуации многие компании совершали роковые ошибки, принимая это падение за полный провал продукта и начиная спешно его модифицировать или меняя стратегию его продвижения на рынке. Тем самым они сводили на нет все влияние опинион-лидеров, что приводило к краху стратегии продвижения продукта.

В медицине деятельность опинион-лидеров играет особую роль. Для внедрения в практическую медицину оказывается совершенно недостаточно получить и представить в средствах массовой информации доказательства высокой активности нового препарата. Прежде всего нужно, чтобы врачи им поверили. Использование нового препарата неизбежно меняет способ и результативность лечения данного заболевания и вынуждает врача изменить свое профессиональное поведение. Могут сократиться сроки лечения, будут иными противопоказания и побочное действие и т. д. Могут измениться сами принципы лечения заболевания, как это произошло при введении в медицинскую практику хлорпромазина (отечественное название – аминазин). Осваивая новые методы лечения, врач неизбежно должен будет изменить свое собственное поведение.

Но и этого недостаточно: ведь на практике может использоваться только тот препарат, который «вписан» в стратегию терапии, принятую в данное время именно в данной стране. Дело в том, что, несмотря на большой прогресс в международной унификации лечения основных недугов, различия в подходах разных научных школ и особенности национальных традиций продолжают играть очень большую роль в медицине.

Одним из главных средств, с помощью которых решается эта сложная задача, является использование опинион-лидеров. В странах с развитой фармацевтической индустрией существует настоящий культ опинион-лидеров.

Сам институт опинион-лидеров окончательно сформировался в странах с развитым фармацевтическим рынком в последние десятилетия XX века при непосредственном участии и с мощнейшей поддержкой со стороны крупных исследовательских фармацевтических компаний. Непререкаемый авторитет этого слоя специалистов никогда не стал бы столь значительным, как это наблюдается на практике, без огромной финансовой и PR-поддержки фармацевтических компаний. Однако это не означает, что они являются высококвалифицированными и высокооплачиваемыми носителями интересов фармацевтических компаний, реализующих эти интересы, внедряя их в сознание пациентов и медицинской общественности. В подавляющем большинстве случаев, декларируя преимущества того или иного препарата, опинион-лидеры делают это, исходя из собственного научного опыта и опираясь на строгие доказательства, обоснованные экспериментальными исследованиями и клиническими наблюдениями.

В деятельности опинион-лидеров, разумеется, существует вероятность его склонности к продвижению интересов компании-производителя. Однако она (эта деятельность) на деле представляет собой достаточно открытую информационную систему. Эта открытость обеспечивается участием как опинион-лидера, так и других ученых, участвующих в клинических испытаниях и экспериментальных исследованиях препаратов, в разного рода общественных дискуссиях, проводимых на конференциях и съездах врачей. Именно эти материалы, а не обширный список «титулованных особ», участвовавших в исследованиях, и количество отчетов являются главным критерием качества разработок по данному препарату.

Ситуация дополняется неким парадоксальным, на первый взгляд, фактом. Некорректность или прямая фальсификация доказательств ведет к потере опинион-лидером авторитета и доверия к его словам.

При этом попытка действовать в интересах фирмы нечестными способами может стоить опинион-лидеру карьеры в этой фармацевтической компании. Производителю интересен только подлинный авторитет, мнению которого доверяет медицинская общественность.

Деятельность опинион-лидеров играет важнейшую роль в маркетинговых действиях фирмы. Прежде всего это именно те персоны, которые обеспечивают востребованность препарата. Кроме того, именно определение опинион-лидером ниши лекарственного средства в общей терапевтической стратегии становится исходным пунктом для дальнейшего маркетингового позиционирования препарата.

Необходимо четко различать деятельность опинион-лидеров как персон, определяющих место препарата в медицинской практике, и маркетинговую деятельность компаний по тиражированию рекомендаций (в любой форме, будь то организация научных симпозиумов с личным участием опинион-лидеров или со ссылкой на их мнение, спонсирование соответствующих публикаций и т. д.). Опинион-лидеры осуществляют независимую от интересов производителя общественную миссию, которая заключается в развитии научной медицины, оптимизации терапевтических методов за счет внедрения в практику инновационных препаратов, а также в выявлении новых возможностей применения (новых показаний) известных лекарственных средств.

В силу огромного значения, которое оказывают опинион-лидеры на судьбу рецептурных препаратов, исключительно важной задачей маркетинга является их идентификация. Обычно опинион-лидеры характеризуются сочетанием следующих качеств:

- статусом известного ученого (доктора медицины, профессора), возглавляющего научную школу (медицинское направление) или являющегося ее известным представителем;
- признанием научного авторитета и врачебной компетентности в своей специальности со стороны всей медицинской общественности в национальном, а лучше и международном масштабе;
- авторством в многочисленных научных публикациях, учебно-методической и научно-практической литературе;
- работой на госпитальной базе (обычно в университетской клинике или научном центре);
- участием в клинических исследованиях или руководством ими;
- членством в научно-практических медицинских обществах;
- высокой лекторской активностью.

Необходима также совместимость развиваемых опинион-лидером взглядов с характеристиками продвигаемого препарата. Активным и искренним сторонником препарата может стать только ученый, «идеоло-

гия» подхода которого к терапии данного заболевания родственна той, которой руководствовались разработчики данного препарата.

Определенной проблемой в деятельности фирм с использованием опинион-лидеров являются противоречия, возникающие во мнении двух или нескольких опинион-лидеров или опинион-лидера и некоего контингента специалистов в конкретной области. Причем для решения этих противоречий нередко требуются значительные клинические наблюдения и время. Отказ же от применения или ограничения в использовании препарата как раз и лимитируют возможности таких наблюдений. В результате создается перспектива потери нового эффективного препарата или значительное замедление его продвижения. В противоположном случае (при необоснованном отказе от ограничений в клинических исследованиях) создается угроза жизни и здоровью больных. Решение этой проблемы достигается проведением специально с этой целью организованных «терапевтических консенсусов». Эти консенсусы, рожденные в результате дискуссий с учетом принципов доказательной медицины, определяют основные принципы применения лекарств для терапии определенного заболевания у разных контингентов больных, при различных сопутствующих патологиях и т. п.

В России роль опинион-лидеров нередко выполняют научные центры, которые имеют собственные клинические базы, они связаны с врачами-специалистами на местах, нередко проводят усовершенствование врачей, т. е. имеют эффективные механизмы влияния на врачебное сообщество в целом. Естественно, что глава каждого центра или его крупного подразделения, будучи к тому же ученым с широко известным, иногда мировым, именем и обладающий огромным авторитетом, почти автоматически превращается в опинион-лидера. В нашей стране разработка лекарственных препаратов, их экспериментальное исследование проведение клинических испытаний выполняются такими центрами.

Одним из отличий российской системы лекарственной терапии и введения новых лекарств заключается в том, что одного признания препарата медицинской общественностью оказывается недостаточно. Большое значение в продвижении препаратов на рынке и их закупок играют различные ограничительные перечни (такие, как список ЖНВЛС). Кроме того, для гарантированных закупок, в частности в регионах, лекарственному средству необходимо попасть в тендерные списки.

Кроме опинион-лидеров существует другая категория специалистов, чье участие имеет большое значение в продвижении лекарственных средств – это специалисты (ученые или простые практики), кото-

рые прямо сотрудничают с компаниями-производителями. Эти высококвалифицированные врачи, безусловно, способствуют продвижению препаратов, участвуя в информационных мероприятиях, выступая в научной прессе публикациями, рассказывая о собственных клинических наблюдениях и об опыте коллег. В отличие от опинион-лидеров, эти специалисты не обладают авторитетом и независимостью первых. Однако они обеспечивают социальный резонанс мнению опинион-лидеров. Роль этих специалистов особенно важна в тех ситуациях, когда преимущества нового препарата оказываются небесспорными. То есть тогда, когда в профессиональной медицинской среде одновременно с мнением опинион-лидера, поддерживающего препарат, озвучивается мнение другого столь же авторитетного специалиста, сомневающегося в исключительных качествах нового лекарственного средства. Такая ситуация в психологии называется конфликтом интересов. В условиях конфликта интересов мнение одного специалиста, пусть даже очень авторитетного, может не сыграть должной роли. Особенностью конфликта интересов в социальном поведении является то, что в конкурентной борьбе двух тенденций побеждает то мнение, в чью пользу высказывается большее число участников спора, поэтому социальная поддержка играет крайне важную роль.

6.5.3. Работа медицинских представителей

Самым эффективным способом продвижения лекарственных средств является институт медицинских представителей, работающих в фармацевтических компаниях. Фармацевтический рынок имеет много направлений, поэтому есть огромная разница в деятельности представителей.

В наиболее общих чертах перед медпредставителем стоит задача не только рассказать о новых и напомнить об известных лекарственных препаратах фирмы, но и сформировать положительное отношение к продукции фирмы. Поскольку фармацевтический рынок имеет много направлений, существует определенная специализация деятельности медицинских представителей, работающих на разных субрынках, создающая существенные различия в их деятельности.

Весь фармацевтический рынок, как уже говорилось, можно разделить на три больших сегмента: рецептурный (Rx-рынок), безрецептурный (OTC-рынок) и госпитальный или институциональный, рынок. Ассортимент продукции фармацевтических предприятий часто дополняется парафармацевтическими средствами, косметикой, диетическим питанием и т. д. из-за высокой рентабельности последних. Медицинские

представители могут специализироваться по одному сегменту, двум или работать по всем вместе. Существуют разные способы разделения этих продуктов между представителями: отдельно рецептурные и безрецептурные, все вместе и т. д. Это зависит от количества продуктов, планов по продажам, прибылей, ожидаемых от реализации препаратов и т. д.

Особенностью продвижения фармацевтической продукции через представителей является то, что они контактируют не с конечным потребителем, а через его посредников: врачей и провизоров, которые сами не выступают прямыми потребителями продвигаемого товара, однако участниками фармацевтического рынка являются. Эти две категории участников процесса оборота лекарств составляют клиентуру медпредставителей. При этом последние не связаны ни с врачами, ни с провизорами производственными отношениями. Таким образом, самым главным инструментом влияния на принятие решения в пользу препарата компании обеими категориями клиентов являются сложившиеся межличностные отношения между ними и представителем. Если на потребительском рынке потребитель купит молоко не там, где у него работают друзья, а там, где оно, по его мнению, более свежее, натуральное, дешёвое и т. д., то на фармацевтическом рынке, где одно и то же средство может иметь 10–15 торговых названий выбор в соответствии с потребительскими качествами товара может представлять серьезные трудности. Врач чаще всего не ориентируется в их различиях, даже если таковые имеются. В этом случае предложение, исходящее от медпредставителя, будет эффективным средством продвижения, однако последнее утверждение будет справедливо только в том случае, если представитель сумел расположить к себе врача или привлечь его внимание к продукции фирмы иным образом. В среднем один визит представителя обходится фармацевтической компании от 20 до 75\$. В эту сумму входит зарплата, изготовление POSM-материалов и т. д. Это самый дорогой способ продвижения препаратов, но он по-прежнему остается одним из самых эффективных.

Деятельность медицинского представителя ориентирована на субъектов, которых в маркетинге принято именовать ключевыми клиентами. Субъекта можно отнести к рангу ключевых клиентов, если он:

- приносит стабильную и довольно высокую прибыль;
- сотрудничает с компанией как с надёжным партнёром;
- рассчитывает на долгосрочное сотрудничество;
- способствует увеличению роста продаж;
- предоставляет возможности для новых способов заработка;
- оказывает влияние на формирование рынка в своей отрасли

• способен влиять на закрепление имиджа компании благодаря своему кругу.

Контакт с ключевым клиентом происходит посредством визитов. В чем же заключается работа медицинского представителя?

Цель работы медицинского представителя может быть только одна – повышение прибыли компании за счет увеличения количества выписанных врачами рецептов на ее препараты, закупок их аптеками по рекомендациям провизоров. Это достигается за счет устных презентаций, с помощью брошюр и рекламных листовок, проведения фармкружков, круглых столов и симпозиумов для врачей. Но самым главным техническим приемом является установление креативного контакта с клиентом, основанном на понимании его мотивации. И именно за это представитель получает деньги.

Основной формой работы медпредставителя являются *визиты*. Независимо от того, совершается визит к врачу или в аптеку, в любом случае он имеет определенные общие черты.

Стандартная схема визита подразделяется на семь этапов:

- 1) подготовка к визиту;
- 2) приветствие, открытие визита;
- 3) выявление потребности;
- 4) презентация;
- 5) работа с возражениями;
- 6) завершение визита;
- 7) анализ визита.

1. Подготовка к визиту

Все этапы по-своему важны – это вытекает из фигуративной стратегии межличностных контактов и хорошо известно психологам. Срыв или пропуск одного из них угрожает достижению цели контакта. Тем не менее из практики социальной психологии хорошо известно, что успех любых переговоров только на 20 % зависит от техники их непосредственного проведения и на 80 % – от подготовки. Самым важным процессом на этапе подготовки к визиту являются анализ информации о клиенте и постановка истинной и декларируемой целей. Эти два аспекта зависят друг от друга и должны идти рука об руку.

Постановка цели. Как было отмечено, цели должны ставиться две: истинная и декларируемая. Истинная цель должна соответствовать планам продаж. Она является именно той целью, которую ставит перед представителем его непосредственный руководитель. Декларируемая цель визита должна отражать выгоду, которую клиент извлечет из использования препарата, и звучать на этапе открытия визита.

Широко используется техника постановки цели по технологии SMART (от англ. – находчивый, сообразительный). По этой технике цель должна отвечать пяти свойствам:

S – конкретная (specific);

M – измеримая (measurable);

A – достижимая (attainable);

R – значимая (relevant);

T – соотносимая с конкретным сроком (time-bounded).

Конкретность. Формулировка цели должна быть конкретной. Ставя задачу, нужно всегда задавать себе вопрос о том, что вы хотите получить в результате ее выполнения. Причем желательно проработать этот вопрос в деталях.

Измеримость. Измеримость цели предполагает наличие критериев (измерителей), которые позволили бы определить, достигнута ли цель и в какой степени. Если нет измерителей, очень сложно оценить результаты проделанной работы и объективно контролировать процесс визита.

Достижимость. Необходимо учитывать профессиональные возможности и личностные качества медпредставителя – цель должна быть достижима для конкретного индивида. Свойство достижимости неразрывно связано с понятием эффективности труда. Последнее отражает рациональный баланс между напряженностью работы и достижимостью результата.

Значимость. Задача должна быть важна с точки зрения истинных целей фирмы и оправдана экономически.

Временные параметры достижения цели, или соотносимость со временем. Важно точно определить, в какой момент времени должна быть достигнута цель и какие характеристики ситуации являются основными индикаторами достижения этой цели. Определение (задание) промежуточных целей также полезно для контроля результативности промежуточных этапов достижения цели.

Для удобства формирования цели на визит лучше всего заводить «карточки клиента», куда заносятся все сведения о клиенте: число визитов к нему, потенциал клиента, фамилии, имена и отчества фармацевтов и т. д. Особую ценность в этой карточке представляет история взаимоотношений с данным клиентом. Эта информация может быть очень полезна для выбора тактики ведения переговоров, настрой представителя и постановки декларируемой цели, а также информация о специфических личных интересах. Например, «ключиком» для одного клиента будет вопрос: «Как поживает Ваша собачка», а для другого – «Я принес

статьи по исследованиям, которые интересовали Вас в прошлый раз, обратите внимание, что препарат компании Верофарм...».

Для успешного визита немаловажное значение имеют опрятный внешний вид, дресс-код, чистый автомобиль, правильная речь и т. д.

2. Приветствие, открытие визита

На этом этапе необходимо приветствие, установление контакта, представление декларируемой цели визита, а также себя и компании. Процедура установления контакта с точки зрения психологии является самым сложным и ответственным моментом этапа. От ее успешности во многом зависит характер всего дальнейшего процесса визита. Самое главное – предъявление своих ожиданий. Нужно доказать клиенту, что представитель пришел по делу, которое будет для него полезно, а не просто отнимать время. В этом очень сильно помогает карточка клиента. Если это первый визит, то нужно обращать внимание на обстоятельства, которые могут быть полезны в будущем: собирать информацию.

3. Выявление потребности, мотивация

Существует пять качественных характеристик лекарственных препаратов, востребованных у клиентов: эффективность, безопасность, удобство применения, доступность по цене и наличие в аптеках или у поставщиков. Критерии, лежащие в основе оценки препаратов, отличаются у отдельных индивидов, а также в зависимости от ситуации. В определенных случаях врачи уделяют больше внимания эффективности препаратов, в других – безопасности и побочным эффектам. Выяснение важности критериев оценки качества препарата с точки зрения данного клиента необходимо для подчеркивания преимуществ своего лекарства.

Эту информацию легче всего получать открытыми вопросами, например: «Какие препараты Вы рекомендуете при гриппе и ОРЗ?», «Чем Вы руководствуетесь при этом?» Нельзя использовать закрытые и риторические вопросы, они малоинформативны. Важно побудить клиента к разговору, а эти типы вопросов скорее заставят говорить только представителя. Также важно активное внимание клиента к словам представителя, которое состоит в том, что клиент включается в диалог. Чем больше представитель услышит от клиента, тем больше у него будет возможности использовать эту информацию для выделения сильных сторон своего предложения. Очень эффективно задавать наводящие вопросы для раскрытия важных для клиента моментов: «Если я Вас правильно понял...?» Или: «Насколько для Вас важно...?»

На этом этапе необходимо показать, что представитель является участником проблемы, решаемой здравоохранением, коллегой врача. Здесь особо желателен внутренний эмоциональный настрой представителя. Его установка на то, что его все равно выслушают, потому что это

его работа, не помешает с формальной точки зрения провести визит правильно. Но эффективность его будет сомнительной. Часто представителей воспринимают как людей, раздающих красивые ручки и блокноты. Этот стереотип желательно ломать именно на этом этапе, так как от него зависит эффективность презентации и всех поставленных целей визита.

4. Презентация

После выявления потребности клиента нужно переходить к презентации препарата компании. Презентация делится на три подэтапа: переходная фраза, конверсия с помощью ФАБов, предложение врачу назначать данный препарат или заведующему аптекой – закупить препарат.

Переходная фраза. Переходная фраза обязательна, и она должна быть уместной, подходить под тип клиента. Самая частая ошибка у представителей компаний, использующих в работе процедурный стиль визита, состоит в том, что он каждый раз должен сказать так называемое ключевое сообщение, которое звучит следующим образом: «А сейчас я Вам расскажу о препарате компании X». Многие врачи начинают в этот момент заполнять истории болезни под монотонный рассказ. Клиент понимает, что если представитель пришел, значит, будет что-то рассказывать, тем более если он уже пятый за день. Переходная фраза должна быть эмоциональной, она должна акцентировать внимание на рассказе и иметь взаимосвязь с проблемой или выявленной потребностью. Например: «Учитывая, что для Вас удобство применения играет огромную роль в терапии, Вам будет интересно узнать о новинке нашей компании...», «Весна – это всегда сезонное повышение спроса на средства для похудения, поэтому именно сейчас компания X выводит на рынок...». Обязательно нужно в переходной фразе подчеркнуть основной критерий, важный для клиента при выборе препарата, установленный на этапе выявления потребности.

Конверсия с помощью ФАБов. Целью этого этапа является продажа характеристик препарата через демонстрацию их преимуществ. Для клиента наиболее важными являются преимущества препарата. Два препарата не могут занимать одну и ту же нишу в сознании клиента, один из них всегда будет чуть более эффективным, чем другой. Задача этого подэтапа – закрепить в сознании клиента уникальные преимущества своей продукции.

Технически этот процесс осуществляется с помощью ФАБов – это аббревиатура: *feature* (свойства), *advance* (преимущества), *benefit* (выгода). Иными словами, это фразы, в которых описывается взаимосвязь между свойствами препарата и той выгодой, которую использование его

может принести клиенту. Очень важно описание выгоды помещать в конце фразы или сообщения, потому что в таком виде она лучше запоминается.

Свойства – характеристики продукции (услуги), которые существуют и которые можно проверить. Преимущества – свойства продукта, выгодно отличающие его от аналогов. Выгода – преимущества продукции, полезные клиенту. Например, период полувыведения препарата составляет 24 часа, следовательно, его можно принимать однократно в сутки, что очень удобно для Ваших больных.

ФАБы заранее готовятся к каждому свойству препарата. Они должны звучать уверенно, здесь недопустимы путаница и разночтения. Именно от этих фраз зависит отношение клиента к продвигаемой продукции.

Лучше всего презентацию делать короткой, состоящей из трех-четырех ФАБов, которые имеют самый важный смысл. Главное не утомить собеседника информацией, не надо стремиться рассказать все. Как уже говорилось, презентация заканчивается предложением назначить или закупать препарат. Она должна логически подводить к потенциальному согласию на это предложение. Нередко для инициирования диалога по предлагаемому препарату презентация содержит информацию, провоцирующую клиента на возражения.

5. Работа с возражениями

Многие эксперты считают, что идеальный визит должен проходить без возражений. Практический опыт показывает, что возражения необходимы, просто нужно быть к ним готовым, так как сомнения всегда имеют место. Лучше, если врач Вам их выскажет, чем просто молча выслушает и через минуту забудет представителя и его препараты.

Возражения – это хороший способ не сделать презентацию длинной и скучной. Это инструмент, который увеличивает возможность представителя достигнуть внутренней цели визита. Нужно дать возможность клиенту самому запросить интересующую его информацию. С помощью них можно инициировать диалог, подключить эмоциональную активность. Когда врач спрашивает сам, это избавляет от необходимости повторять часть презентации заново, и, значит, информация отложится у него в сознании. Многие опытные представители специально составляют презентации, после которых вопрос или возражения будут неизбежны. Получается визит в форме диалога, что очень эффективно.

Независимо от препарата, возражения обычно носят однотипный характер. Они чаще всего связаны с недопониманием, недостатком про-

дукта, отговорками, рациональными и эмоциональными замечаниями и т. д. Работа с ними всегда должна строиться по одному алгоритму: выслушать и уточнить – присоединиться эмоционально – аргументировать – оценить реакцию.

Примеры типичных возражений и работы с ними приведены в табл. 6.1.

Таблица 6.1

Примеры типичных возражений и алгоритмов работы с ними

Сопротивление	Уточнение	Присоединение	Аргументация
Дорого!	По сравнению с чем?	Да, никто не хочет переплачивать...	Разница составляет X руб. И за эти деньги Ваш клиент получает... (преимущества)
Все у всех одинаково! Я уже пользуюсь эффективным препаратом...	Что именно одинаково?	На первый взгляд действительно можно подумать, что ингибиторы АПФ похожи...	Уникальность препарата X состоит в том, что...

Если возражение не может быть опровергнуто в принципе, примером чего может служить заявление врача о том, что у него нет таких пациентов, то это свидетельствует об изначальной ошибке, допущенной при выявлении потенциала клиента. Если же опровержение возможно, то хорошая его проработка даст больший результат, чем свойства препарата, его преимущества и выгоды от использования, проговоренные в презентации. Чтобы клиенту отказать от вашей просьбы, ему нужно возразить. Если представитель дает ему такую возможность и успешно справляется с возражением, то ничего не остается, как согласиться на его предложение. Важно проработать все предполагаемые возражения заранее, а если они оказываются неожиданными и заводят в тупик, лучше согласиться с доктором, отметить, что это важное замечание, и сказать, что ответите при следующем визите.

6. Завершение визита

Эта стадия включает три основных действия:

- 1) получение согласия на предложение;
- 2) назначение следующей встречи и достижение соглашения о том, что нужно сделать клиенту за этот период;
- 3) прощание.

После проработки возражений, нужно спросить о согласии. Например, «Скажите, Иван Иванович, я Вас убедил...?». После этого не-

обходимо повторить предложение с обязательным указанием количеств упаковок или выписанных рецептов и других деталей. Обязательно необходимо оговорить сроки следующей встречи и попрощаться.

7. Анализ визита

На этом этапе необходимо оценить результат визита и параметры поставленной истинной цели. Если они совпадают, то необходимо поставить цель на следующий визит. Если нет, то выявить причины и продумать возможные пути их решения. Анализ визита служит основанием для подготовки к следующему визиту.

На практике визиты похожи друг на друга, и весь этот семиэтапный процесс делается опытными представителями автоматически. Возникает только один вопрос: что нужно, чтобы воспитать опытного представителя?

Эффективный представитель

Рост фармацевтического рынка может происходить только в том случае, если появляются какие-то новые источники его финансирования. Появление в России системы ДЛО в 2006 г. обеспечило очень большой рост рынка, соответственно, и количество представителей выросло буквально в два раза. Медицинский представитель как профессия в России появилась достаточно недавно по сравнению с другими странами, например США. Поэтому в стране не существует отработанной системы обучения этому искусству.

В связи с тем, что количество представителей из-за ДЛО резко увеличилось за короткое время, появилась острая необходимость в кадрах. В представители набрали новичков, а специалисты (представители), работавшие «в полях», стали региональными и территориальными менеджерами, КАМами. Все они имеют высшее медицинское образование, но, не имея достаточного маркетингового и коммерческого опыта, выполнять работу менеджера или начальника более высокого звена не могут. Соответственно, это породило большие кадровые проблемы. Специализированные кадровые агентства не могут удовлетворить спрос современных западных компаний.

Считается, что эффективный представитель – это тот, кто выполняет планы продаж. Но это не совсем так. Примечателен пример германской компании BerlinChemi, где представители не знают своих планов продаж. Считается, что если работник каждый день ходит на работу и выполняет добросовестно свои обязанности, то они должны быть выполнены. Планирование не всегда бывает адекватным, часто оно осуществляется без должным образом проведенных маркетинговых исследований. И если этот план физически выполнить нельзя, то это не говорит

о том, что представитель работает плохо, это свидетельствует только о том, что плохо работает маркетинговый отдел.

В сложившейся рыночной ситуации все фармацевтические компании можно по организации труда разделить на две большие группы:

- процедурно ориентированные;
- бизнес-ориентированные.

Первую группу составляют компании с большой численностью персонала, и поэтому для обеспечения организации и контроля труда деятельность представителей строго регламентирована, составлен четкий план количества врачей и аптек, кратность их посещения и т. д. В таких компаниях на одного регионального менеджера приходится порядка 5–10 подчиненных. У представителя нет свободы в действиях, он обязан делать все строго так, как требуют его вышестоящие начальники.

Бизнес-ориентированные компании принимают на работу зрелых и профессионально состоявшихся сотрудников. Руководство компаний формирует четкие задачи, а представитель уже сам думает, как их решать. При этом его деятельность не ограничена четкими инструкциями, он сам выбирает себе клиентов, расставляет приоритеты и отвечает за свой результат.

Представитель – это не только инструмент промоции препарата, но и отличный инструмент для создания имиджа компании, лояльности к ней клиентов. Самым главным индикатором эффективного представителя является его умение устанавливать и поддерживать личный контакт. Представитель – это своего рода актер. Его основной проблемой является не совокупность знаний о препаратах и навыков презентаций, а позитивный психологический настрой, желание и способность устанавливать тесные доверительные отношения с клиентом. Именно этому нужно уделять большее внимание тренинговым и рекрутерским агентствам по подготовке специалистов. Надо работать с их установками. При подготовке медпредставителей по-прежнему обучают не эффективному визиту, а «качественной имитации визита». Часто визиты технически делаются идеально, но результат заставляет желать лучшего. Благодаря IT-технологиям и постоянно растущему числу медпредставителей поток знаний о препаратах несоизмеримо возрос – врач перегружен информацией. В этих условиях для доктора большое значение приобретает тот источник информации, к которому он испытывает доверие, с которым установлены неформальные отношения.

Важно, чтобы медпредставитель понимал, что делает вместе с врачом одно общее дело, и приходил бы к нему не как «проситель», а как равный участник процесса. Чтобы быть таковым, нужно уметь поставить себя на место врача и требовать нужного внимания, а не про-

сильно его. Сегодня успешным медпредставителем является тот, кто умеет быть интересным и полезным доктору в решении конкретных профессиональных задач. Компании, где «работники в полях» смогут выступать в роли партнера врача, будут выигрывать в конкурентной борьбе. А те, кто по-прежнему будет отправлять к врачам «кукол», вещающих заученными фразами, окажутся в проигрыше. Медпредставитель должен понимать, что мотивирует конкретного врача – не функцию, а именно человека. И когда он это понимает, тогда складываются действительно тесные доверительные отношения.

Широко известна формула

$$Y = M \cdot (Z + N),$$

где Y – успех; M – мотивация; Z – знания; N – навыки.

Успех зависит больше не от знаний и навыков, а от мотивации представителя. Мотивация может быть разной. Уровень зарплаты и размер социального пакета определяет мотивацию, которая не всегда достаточна для достижения истинной цели. Имеет огромное значение умение генерировать нужной психологической настрой, гордость за свою компанию и препараты. Эти моменты остаются за кадром бизнес-тренеров, а на практике их очень часто не хватает.

6.5.4. Создание специальных условий применения

Особенности терапевтического действия некоторых препаратов при наличии высокой эффективности тем не менее могут создавать внештатные ситуации, которые сами по себе не представляют серьезных проблем. Однако в силу отсутствия у врачей специфических установок, требующихся для применения этих препаратов, или необходимой системы патронажа больных, не могут применяться в тех условиях, где они наиболее желательны. В этом случае продвижение препарата тормозится не экономической или терапевтической нецелесообразностью его применения, а отсутствием соответствующей системы ведения больного или использования препарата. Необходимость ее создания *de novo* может вызвать некий организационный протест со стороны врачей. Если же эта система, необходимая для успешного применения препарата, создается какими-то внешними усилиями, то препарат начинают активно использовать, и он быстро входит в рынок.

Примером такого препарата является клозапин – антипсихотическое средство. Клозапин (оригинальное название фирмы-разработчика – «Клозарин») обычно не вызывает экстрапирамидных расстройств, а также обладает высокой эффективностью в отношении продуктивных расстройств, устойчивых к действию других нейролептиков. Несмотря

на свои очевидные терапевтические преимущества по сравнению с другими лекарственными средствами, он вплоть до начала 1990-х годов был мало распространен из-за редких (0,1 %), но потенциально очень опасных (вплоть до летального исхода) побочных эффектов. При общей хорошей переносимости препарата (обычно назначаемого амбулаторно) у некоторых пациентов в результате приема клозарилла развивался тяжелейший агранулоцитоз. Продажи препарата начали резко расти, после того как Sandoz заключил с фирмой, обслуживающей больных на дому, соглашение о еженедельном проведении анализа крови у пациентов. 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 регулярное наблюдение за состоянием системы крови стало обязательным требованием к пациентам, принимающим препарат.

Общая задача состояла в том, чтобы убедить широкую врачебную общественность в абсолютной безопасности препарата при правильной технологии его применения. А в качестве целевой группы были избраны врачи, для которых контроль состава крови на дому является обычной процедурой, не вызывающей никаких затруднений. Демонстрация преимуществ терапии «Клозарилом» и методики его безопасного применения этой группой врачей привела прежде всего к пониманию достоинств нового препарата, а кроме того, помогла ликвидировать главное препятствие к его использованию у остальных медицинских работников.

Выводы по главе 6

Понятие продвижения товара включает формирование политики в области сбыта, управление инструментами стимулирования сбыта, анализ данных продаж, координацию деятельности торговых агентов, выбор средств передачи рекламы и управление ею. Основные элементы продвижения товара представлены торговлей, персональными продажами, рекламой с использованием средств массовой информации, стимулированием сбыта, формированием общественного мнения и спонсорством. Наиболее важную функцию в системе продвижения товаров

выполняют персональные продажи, реклама и стимулирование сбыта. При этом различают стимулирование потребителя и стимулирование торговли.

Для того чтобы обеспечить такое продвижение лекарств на рынок, которое содействовало бы улучшению медико-санитарной помощи путем их рационального использования, в 1988 г. 41-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения приняла резолюцию, одобряющую этические критерии продвижения лекарственных средств на рынок, призванные заложить базу правильного подхода к рекламированию медикаментов, базирующиеся на принципах честности и добросовестности. Эти критерии отражают основы этических норм, которые правительства могут адаптировать к своим национальным системам в соответствии с политическими, экономическими, культурными и социальными условиями, учитывая ситуацию в области образования, науки и техники, законодательства, а также уровень заболеваемости населения, лечебные традиции и развитие системы здравоохранения. Этические критерии призывают к надежности, точности, достоверности и доказательности всей информации, используемой для продвижения лекарств.

Выделяют две основные стратегии продвижения препаратов на фармацевтическом рынке. Pull-стратегию (стратегия вытягивания), состоящую в том, что сбытовые усилия направляются в первую очередь на конечного потребителя, и Push-стратегию, состоящую в мотивации оптовой и розничной торговли с тем, чтобы они продвигали именно данный препарат.

Главным инструментом продвижения препаратов на OTC-рынке выступает информационный маркетинг, объединяющий в себе различные формы информирования потребителя о свойствах продвигаемого лекарственного средства. Основной проблемой, с которой сталкивается потребитель OTC-рынка, является его низкая компетенция в вопросах здоровья и неспособность критически оценить свойства препаратов. Такое понимание особенно важно в сфере использования БАДов, которые в большинстве своем представляют собой низкосортную в терапевтическом отношении продукцию.

Кроме рекламы важным источником инструктивной информации для потребителя на OTC-рынке служит листок-вкладыш, содержащий основную информацию о свойствах продуктов и правилах его применения. Его основным достоинством является то, что вся его содержательная часть проходит экспертизу квалифицированными специалистами. Реально оценивая эффективность лекарственного лечения, проводимого с использованием препаратов, основой выбора которых является рекламная информация, советы знакомых и т. д., нужно помнить, что его ак-

тивность в значительной мере может определяться эффектом плацебо – внушением.

Низкий уровень компетенции потребителя на ОТС-рынке обуславливает то обстоятельство, что в механизме выбора необходимого больному лекарственного препарата участвует сложный комплекс его свойств, в которых основной терапевтический эффект составляет лишь часть, иногда даже не первостепенную. К таким свойствам относятся:

- явные свойства, наличие которых очевидно для самого потребителя (быстрое устранение боли, например);
- скрытые свойства, которые не могут быть оценены непосредственным восприятием, так как для этого нужны специальные знания или диагностические средства;
- добавленные свойства, никак не связанные с терапевтическими, но усиливающие сенсорное впечатление от использования препарата;
- приписываемые свойства – те, которых реально не существует, но они декларируются фармацевтическим маркетингом как скрытые.

Для коммерческого успеха лекарственного препарата в этом сегменте рынка важны три его особенности: 1) фармацевтический маркетинг на ОТС-сегменте особенно эффективен при демонстрации выгод, вытекающих из явных свойств товара; 2) на ОТС-рынке появляются широкие возможности манипулирования мотивационным состоянием потребителя с использованием скрытых добавленных и приписываемых свойств; 3) имеется необходимость демонстрации, придания наглядности скрытых терапевтических свойств препарата.

Значение явных свойств лекарственного препарата состоит прежде всего в том, что их сенсорные и иные характеристики включаются в характеристики поведения в сознании больного на всех уровнях поведенческого процесса, в то время как значимость скрытых свойств может быть оценена только на семантическом уровне и только на основании заключения стороннего источника информации (листка-вкладыша, медицинского справочника, рекламного обращения и т. д.). Поэтому апелляция к явным свойствам в рекламных обращениях более эффективна, даже если она носит второстепенный характер, а основное терапевтическое значение имеют скрытые свойства.

Удобство и простота использования для потребителя – важный фактор управления мотивационным состоянием. Сама по себе привлекательность фармакотерапии как метода лечения состоит именно в ее простоте и удобстве по сравнению со многими другими методами достижения того же результата. Частым дефектом рыночного поведения является недостаток внимания к второстепенным, но явным свойствам

препаратов. Для привлечения внимания потребителя сенсорные впечатления и когнитивные средства презентации об использовании лекарственного препарата усиливаются с помощью добавленных свойств (вкус, аромат, особый дизайн упаковки и т. д.). Добавленные атрибуты продукта могут иметь значение, существенное для проявления его основных свойств. Лекарственная форма нередко в существенной мере определяет биодоступность препарата (его основного действующего вещества или веществ), товарный знак несет информацию о качестве, упаковка может служить средством дозирования или обеспечивать удобство применения. Упаковка препарата кроме выполнения основных функций – емкости для лекарства и его защиты от внешнего воздействия часто является удобным местом размещения рекламы, информации, а также символов, усиливающих эмоциональную привлекательность продукта.

Вопреки прямой логике, в соответствии с которой реклама должна информировать потребителя о свойствах препарата, она ориентируется на отсутствие у целевой аудитории способности и достаточной подготовки, чтобы понять суть процессов, лежащих в основе фармакотерапевтической активности средства. Существенную роль в информировании потребителя о свойствах лекарственных препаратов ОТС-сектора играют разного рода PR-технологии: специальные журналы о здоровье или регулярные телевизионные передачи и т. д. Важной задачей системы здравоохранения в сфере контроля является необходимость защиты потребителя от неадекватной подмены или контрафакта. Главными средствами борьбы с недобросовестностью на фармацевтическом рынке является привлечение к оценке препаратов высококвалифицированных и известных в сфере своей деятельности специалистов.

Основными средствами продвижения рецептурных препаратов являются:

- клинические испытания, в процессе которых не только оцениваются терапевтические свойства новых препаратов, но и происходит практическое освоение их использования ведущими специалистами, чье мнение может сыграть существенную роль в последующем продвижении лекарственного средства. Клинические испытания спонсируются производителями лекарственных препаратов, что позволяет проводить их на высоком научно-методическом уровне и способствует прогрессу в области фармакотерапии и медицины вообще;
- использование опинион-лидеров – ведущих специалистов из конкретных областей клинической медицины, чье мнение является авторитетным для большинства врачей соответствующих специальностей.

Наиболее эффективным средством продвижения лекарственных препаратов на фармацевтическом рынке является система, основанная на деятельности медицинских представителей. Основная функция этих субъектов фармацевтического рынка состоит в том, что они контактируют непосредственно с врачами и провизорами и с помощью межличностных дифференцированных отношений доносят до них маркетинговую информацию о свойствах продвигаемого лекарственного препарата и его терапевтических преимуществах. Врачи и провизоры для медицинских представителей составляют группу ключевых клиентов, которые сотрудничают с компанией, принося прибыль и оказывая влияние на формирование рынка в своей отрасли.

Основной формой работы медпредставителя являются визиты, которые имеют определенную структуру, в значительной мере однотипную структуру и функции как в разных сегментах рынка, так и у отдельных субъектов. Работа представителя в процессе осуществления визита включает подготовку к визиту, приветствие, открытие визита, выявление потребности клиента, презентацию препарата, работу с возражениями, процедуру завершения визита, анализ его результатов.

Успешность работы медицинского представителя неразрывно связана с понятием «эффективный представитель». При этом нередко ошибочно считается, что это тот, кто выполняет планы продаж. На самом деле представитель – это не только инструмент промоции препарата, но и «инструмент» для создания имиджа компании, формирования лояльности к ней клиентов. Самым главным свойством эффективного представителя является его умение устанавливать и поддерживать личные контакты.

В отдельных случаях успешное продвижение достигается формированием особых условий применения препарата или первоначальной ориентацией его на узкую целевую группу врачей или пациентов.

Вопросы для контроля и самоконтроля

1. Что представляет собой процедура продвижения товара? Какие основные функции она включает?
2. Какие основные функции выполняет реклама?
3. Что включает в себя стимулирование сбыта?
4. Что такое этические критерии продвижения лекарственных средств?
5. Что такое Pull- и Push-стратегии в продвижении лекарственных средств?
6. Что представляет собой эффект плацебо?

7. Какие свойства препаратов активно используются в стратегии продвижения на OTC-рынке?

8. Каковы главные особенности продвижения продуктов на рынке безрецептурных препаратов?

9. В чем состоит маркетинговое значение скрытых, явных и добавленных свойств препаратов?

10. Какие существуют основные средства демонстрации скрытых и приписываемых свойств?

11. Какие средства продвижения препаратов преимущественно используются на рынке рецептурных препаратов?

12. Что собой представляют клинические испытания новых препаратов и каково их значение для продвижения новых лекарств?

13. Кто такие опинион-лидеры и какова их роль в продвижении лекарственных средств?

14. Кто такие медицинские представители? В чем состоит их функция?

15. Что такое визит в деятельности медицинских представителей? Каковы его структура, цели и задачи?

16. Что такое эффективный представитель?

17. Какую роль играют особые условия, создаваемые при продвижении препарата?

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Глембоцкая Г.Т. В лабиринтах фармацевтического менеджмента. – М.: Литтерра, 2007. – 256 с.
2. Котлер Ф. Основы маркетинга Краткий курс / пер с англ – М.: Издательский дом «Вильяме», 2007. – 656 с.
3. Смит М.С. 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.
4. Юданов А.Ю. Фармацевтический маркетинг / А.Ю. Юданов, Е.А. Вольская, А.А. Ишмухаметов, М.Н. Денисова. – М.: Ремедиум, 2008. – 601 с.
5. Grice J. Global Pharmaceutical Marketing. A practical guide to codes and compliance. – Pharmaceutical Press: London – Chicago, 2008. – 217 p.
6. Nijstad B.A., Stroebe W. How the Group Affects the Mind: A Cognitive Model of Idea Generation in Groups // Pers. Soc. Psychol. Rev. – 2006. – Vol. 10, No 3. – P. 186–213.
7. Reed, P.W., Ewing M.T. How advertising works: Alternative situational and attitudinal explanations // Marketing theory. – 2004. – Vol. 4, № 1/2. – P. 91–112.
8. Sumpter D.J.T. The principles of collective animal behaviour // Phil. Trans.R. Soc. B. – 2006. – Vol. 361. – P. 5–22.

Вопросы для контроля и самоконтроля

1. Что представляет собой процедура предложения товара? Какие основные функции она выполняет?
2. Какие основные функции выполняет реклама?
3. Что включает в себя стимулирование сбыта?
4. Что такое этичные критерии продвижения лекарственных средств?
5. Что такое Pull- и Push-стратегии в продвижении лекарственных средств?
6. Что представляет собой эффект плацебо?

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Суслов Николай Иннокентьевич. Доктор медицинских наук, профессор, заведующий лабораторией фитотерапии ФГБУ «НИИ фармакологии имени Е.Д. Гольдберга» СО РАМН, профессор кафедры общей и дифференциальной психологии ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, профессор отделения медицинского менеджмента ВШБ при Национальном исследовательском Томском государственном университете, автор 190 печатных работ, 10 монографий и 64 патентов РФ. Сфера научных интересов: фармацевтический маркетинг; поведение человека и животных, поиск и проведение R&D – новых лекарственных препаратов с психотропной активностью.

Добрусина Маргарита Ефимовна. Кандидат экономических наук, доцент кафедры системного менеджмента и экономики предпринимательства экономического факультета Национального исследовательского Томского государственного университета, руководитель центра медицинского менеджмента ВШБ НИ ТГУ, автор более 130 научных и учебно-методических работ. Сфера научных интересов: организация нормирования труда; качество жизни; страхование, в т. ч. социальное; медицинский менеджмент. Почетный работник высшего профессионального образования РФ.

Чурин Алексей Александрович. Доктор медицинских наук, заведующий отделом лекарственной токсикологии, заместитель директора по стандартизации доклинических исследований ФГБУ «НИИ фармакологии имени Е.Д. Гольдберга» СО РАМН. Автор более 130 научных трудов в области фармакологии, биомедицины, патофизиологии. Сфера научных интересов: экспериментальная фармакология; лекарственная токсикология; биохимия; разработка новых лекарственных препаратов; фармацевтический менеджмент; менеджмент в области научных разработок.

Лосев Евгений Андреевич. Специалист по анализу фармацевтического рынка ООО «In Vero», аспирант лаборатории фитотерапии ФГБУ «НИИ фармакологии имени Е.Д. Гольдберга» СО РАМН. Сфера научных интересов: особенности ОТС-рынка; стратегии рыночного поведения производителей; биологические ритмы; ишемия головного мозга; препараты для лечения заболеваний нервной системы.

В написании отдельных глав принимали участие студенты факультета поведенческой медицины и менеджмента ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России:

Витибский Вячеслав Игоревич – 4-й курс, глава 4. Сфера научных интересов: логистика в маркетинге; мотивационный анализ поведения потребителя; системные механизмы формирования поведения.

Вольф Яков Васильевич – 4-й курс, глава 5. Сфера научных интересов: этология человека; когнитивная психология; психологические аспекты позиционирования товаров на рынке.

Староверов Сергей Сергеевич – 3-й курс, глава 6. Сфера научных интересов: психология манипулирования; PR-технологии; психологические основы создания и технологии использования иррациональных обращений в рекламных модулях.



ЗАО «Р-ФАРМ»
Инновационные технологии здоровья

**ЗАО «Р-Фарм» -
русская высокотехнологическая фармацевтическая компания.**

Сфера деятельности охватывает области, связанные с разработкой, исследованиями, производством, выводом на рынок широкого спектра лекарственных средств, предназначенных преимущественно для стационарной и специализированной медицинской помощи.



Основными направлениями деятельности являются:

- производство готовых лекарственных форм, активных фармацевтических ингредиентов химической природы и биотехнологических субстанций
- исследования и разработка инновационных препаратов и технологий
- вывод на российский рынок современных высокоэффективных лекарственных средств
- обучение и подготовка специалистов для фарминдустрии и здравоохранения.



ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ МАРКЕТИНГ

СУСЛОВ Николай Иннокентьевич

доктор медицинских наук, профессор, заведующий лабораторией фитотерапии НИИ фармакологии имени Е. Д. Гольдберга СО РАМН, профессор кафедры общей и дифференциальной психологии Сибирского государственного медицинского университета, руководитель центра медицинского менеджмента Высшей школы бизнеса Томского государственного университета. Автор 190 печатных работ, 10 монографий и 64 патентов Российской Федерации.

ДОБРУСИНА Маргарита Ефимовна

кандидат экономических наук, доцент кафедры системного менеджмента и экономики предпринимательства экономического факультета Томского государственного университета, руководитель центра медицинского менеджмента Высшей школы бизнеса Томского государственного университета. Автор более 130 научных и учебно-методических работ. Почетный работник высшего профессионального образования Российской Федерации.

ЧУРИН Алексей Александрович

доктор медицинских наук, заведующий отделом лекарственной токсикологии, заместитель директора по стандартизации доклинических исследований НИИ фармакологии имени Е. Д. Гольдберга СО РАМН. Автор более 130 научных трудов в области фармакологии, биомедицины, патофизиологии.

ЛОСЕВ Евгений Андреевич

специалист по анализу фармацевтического рынка ООО «In Vero», аспирант лаборатории фитотерапии НИИ фармакологии имени Е. Д. Гольдберга СО РАМН.

Напомним, что маркетинг — это совокупность мероприятий в фирме и за ее пределами, направленных на достижение определенных целей в отношении потребителей и фирмы, при этом идет о создании и поддержании благоприятного фирменного имиджа, который имеет для своей основы, конечно, доброжелательность, честность для фирмы потребителей товаров.

В последние годы растет интерес к вопросам фармацевтического маркетинга. Предприятия стремятся к расширению своих рынков сбыта, к созданию новых лекарственных препаратов, к освоению новых технологий и парадигм маркетинга, что невозможно реализовать в рамках традиционных процедур. Разрабатываются вопросы формирования стратегии и тактики маркетинга, совершенствования процедур на рынке, продвижения, информационного маркетинга, организационных изменений в различных сферах и PR-технологиях.

Юрай
издательство
biblio-online.ru

SCAN IT!



1092479509

в приложении OZON.ru

ISBN 978-5-534-00332-1



9 785534 003321