

Павел Фельдман

Как создать стратегию работы с врачами

Практические советы

Павел Фельдман

**Как создать стратегию работы
с врачами. Практические советы**

«Издательские решения»

Фельдман П.

Как создать стратегию работы с врачами. Практические советы /
П. Фельдман — «Издательские решения»,

ISBN 978-5-44-933261-5

Эта книга, основанная на более чем двадцатилетнем опыте работы автора в топ-менеджменте фармацевтических компаний, содержит авторские методики и подходы, призванные помочь создать стратегию работы с врачами. Книга расскажет о том, как оценить потенциал территории, как провести категоризацию врачей и KOL, определить эффективность групповых мероприятий. Она научит создать индивидуальную стратегию работы с врачом и оценивать реалистичные KPIs для представителя. Подробно описана Цикловая книга.

ISBN 978-5-44-933261-5

© Фельдман П.
© Издательские решения

Содержание

ПРЕДИСЛОВИЕ	6
ГЛАВА 1. ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ РЫНОК	8
§1. Особенности фармрынка России	11
§2. Регулирование фармрынка государством	17
§3. Особенности выбора покупателем лекарств	25
§4. Иные особенности фармацевтического рынка	26
ГЛАВА 2. СТРАТЕГИЯ РАБОТЫ С ВРАЧАМИ	30
§1. Определение потенциала территории, на которой компания	31
§1.1. Кластерная модель	37
§1.2. Модель «Привлекательность и результативность»	40
§1.3. Оценка потенциала по лечебно-профилактическим учреждениям, заболеваемости в территории и прочим параметрам	43
§1.4. Покрытие территории в зависимости от региональной	46
Конец ознакомительного фрагмента.	50

Как создать стратегию работы с врачами

Практические советы

Павел Фельдман

© Павел Фельдман, 2020

ISBN 978-5-4493-3261-5

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

ПРЕДИСЛОВИЕ

Это – вторая книга из серии практических советов на тему: «Как создать...» Первая книга была посвящена работе с аптеками, вторая – работе с врачами.

К написанию этой книги меня подтолкнули слушатели курсов дополнительного профессионального образования по фармацевтическому менеджменту, которым я преподавал ряд специальных дисциплин. Мой курс по разработке стратегии с аптеками имел определенный успех, и коллеги высказали пожелание осветить ещё и работу с врачами. Я подумал: а почему бы и нет? Опыт работы с врачами у меня накоплен за 20 с лишним лет довольно большой. То, чем могу поделиться, носит не эпизодический характер типа: «А давайте проведем тренинг по тому, как заходить в кабинет к врачу», оторванный от всего остального. Это – система, сформировавшаяся в результате многолетней работы и постоянно совершенствующаяся в соответствии с реалиями времени. Препараты, к продвижению которых я был в той или иной степени причастен, относились и к кардиологии, и к неврологии, и к урологии, и к эндокринологии. Короче, где-то к 15-и врачебным специальностям. А ещё у меня есть уникальный опыт продвижения безрецептурных препаратов среди врачей.

В общем, я решил поделиться своим практическим опытом, который может оказаться полезными для сотрудников компаний-производителей, продвигающих на рынке не только рецептурные препараты, но и безрецептурные лекарства, требующие врачебной поддержки в виде рекомендаций. Хочу поделиться именно тем, что было придумано и опробовано мною, использовано на практике и приносившее успех. Не обойдется, конечно, и без предостережений о «шишках», поджидавших первопроходцев фармы, к коим я себя могу отнести, в годы построения рыночных отношений и в более поздние сроки.

Почему о «шишках»? Мне кажется, что до сих пор не поставлена точка в дискуссии на тему: «Что лучше: знать, как делать, или знать, как никогда не надо делать?» Лично я твёрдо убеждён, что знать то, что не надо делать, и то, как никогда не надо делать – куда более ценная информация. Лучше что-то не сделать вообще, чем сделать с фатальными ошибками для компании и людей, которые в ней работают.

Именно благодаря «шишкам» пришло понимание того, что также, как и в работе с аптекой, очень важно создание **индивидуальной** стратегии и **индивидуального** подхода к каждому специалисту.

Излагать материал постараюсь как можно более подробно и просто, так как рассчитываю на то, что книга будет востребована и у тех, кто не является «гуру» и только начинает свой карьерный путь в фармацевтическом бизнесе. Хочу сразу предупредить читателей – в этой книге будут встречаться некоторые рубрики, которые я уже описывал в первой книге «Как создать стратегию работы с аптекой. Практические советы», вышедшей в июне этого года в издательстве Ridero. Делается это не для того, чтобы увеличить объём книги. Просто многие вещи, касающиеся особенностей рынка, моделей оценки потенциала территории для препаратов и ОТС и Rx будут примерно одинаковыми. Хотя, даже в этих разделах далеко не всё выполнено простым копированием, в тексте появились особенности и новые данные. Так что для тех, кто приобрёл мою первую книгу, какие-то страницы можно будет пропустить и читать менее внимательно; ну а для тех, кто интересуется только тем, как создать стратегию работы с врачами на фармрынке, есть смысл прочитать всё.

Более подробно о том, какая информация содержится в этой книге. Не буду повторять оглавление, которое доступно на сайте книги в демонстрационном режиме (там будет всё по разделам и рубрикам), остановлюсь на основных ключевых частях.

Из общих вещей: **«Регулирование фармрынка государством»**. Здесь будет описано то, что можно и что не стоит делать фармкомпаниям и её представителям при работе с врачебным сообществом, а также мы остановимся на выписке препаратов по МНН.

Затем предлагаю научиться определять потенциал территории, на которой компания собирается работать. Рассмотрим несколько методик определения этого параметра, в частности: **«кластерную модель»**, модель **«привлекательность и результативность»**, **покрытие территории в зависимости от региональной структуры компании**. Новым станет описание возможности применения для определения потенциала территории трёх маркетинговых инструментов: **«Пять сил конкуренции»** Портера, **цифровой SWOT – анализ**, **Декартов квадрат**.

Далее – врач. Демонстрирующий доминирование или постоянство (**психотипы по Марстону**), **«новатор»** или **«опоздавший»** (**диффузия инноваций Роджерса**). Подробно разберём 10 основных **заблуждений** в работе с врачами.

Затем будем учиться **выбирать врачей нужных специальностей для продвижения того или иного бренда** на основании анализа различных источников, имеющихся в распоряжении маркетологов и менеджеров отдела продаж. На примере вымышленного продукта получим результат этой работы **в цифрах**.

А после этого займёмся определением **потенциала врача**. Детально разберём **7 разных методик определения потенциала врача**, поговорим об **индивидуальной стратегии работы** с той или иной **категорией** профессионалов здравоохранения. Обязательно разберём, как **взаимодействовать** представителям **врачебных и аптечных** линий между собой.

И вот, наконец, стратегия **360 градусов в работе с врачом**. В этом разделе находится детальное описание каждого инструмента этой стратегии.

Начнётся описание с роли маркетинга в **360 градусов**. Подробным образом остановимся на том, кто такие **ключевые лидеры мнения (KOL)**, как организовать работу с ними: от сегментации до матрицы гонораров. Затем перейдём к тому, **как организовать конференцию, как измерить результаты мероприятия с врачами**. Естественно, не получится описать стратегию без описания визита представителя. Это: **как готовиться к визиту, как анализировать результаты визита**; что такое **«детейлинг»**; **5 основных технологий детейлинга на визите**; **ошибки врачебного детейлинга**, или что можно было сделать лучше. Полезный раздел – **персональные ошибки представителя на визите**. Коротко: **аргументация и работа с возражениями**; **создание полезной шпаргалки по алгоритму визита**. Завершит этот раздел краткий обзор о применении **digital** в работе с врачами.

О чём ещё можно будет узнать из книги? Как создать **Цикловую книгу**, чтобы она была востребована представителями: от идеи, как изменить продолжительность цикла, до **«короткого визита»** внутри **образца Цикловой книги**, подробно описанного по разделам.

А ещё будет информация об **особенностях продвижения безрецептурных препаратов среди врачей**, создании **персонального подхода к каждому врачу** (на примере).

Завершится книга описанием **KPIs представителей**, которые работают с врачами. На примерах будут разобраны те **индикаторы**, которые **стоит применять** для оценки работы представителя; предложена авторская **методика сочетания этих индикаторов в определённых пропорциях**.

Добро пожаловать!

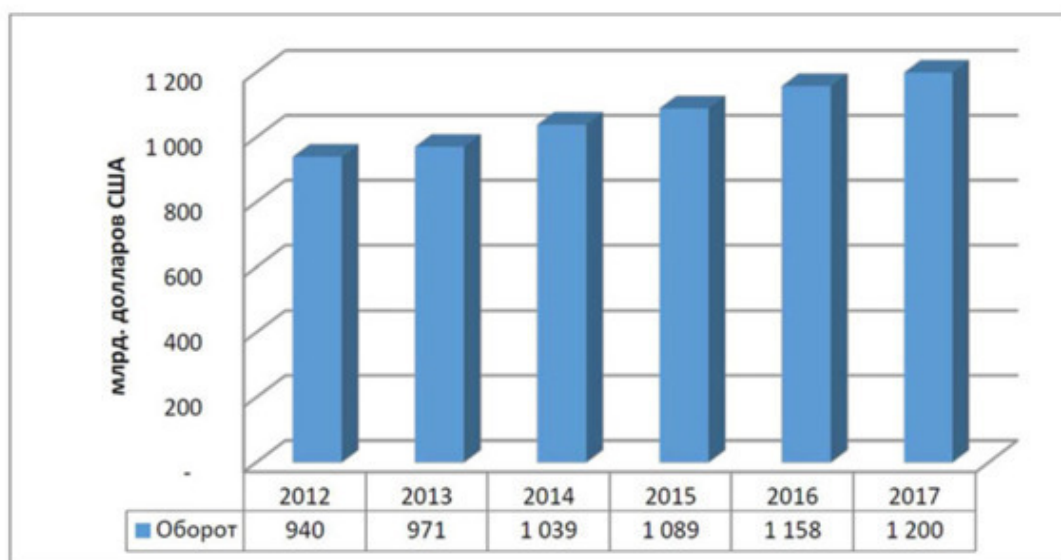
ГЛАВА 1. ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ РЫНОК

Начну с краткого обзора материала тех статей, в которых описываются основные характеристики и тенденции мирового фармацевтического рынка за последние годы. Почему именно с этого раздела? На мировом фармрынке ежегодно появляются новые препараты инновационных классов, требующие назначения врача. Рано или поздно эти продукты или их дженерики (через какое-то продолжительное время) будут и у нас в стране входить в арсенал профессионалов здравоохранения. На мой взгляд, информация о мировых тенденциях, ситуации в России, регулировании государством фармацевтического рынка лишней не будет.

Очень интересный обзор дает Уве Штёр, региональный директор по Северной и Восточной Европе фармацевтической компании «Klosterfrau Healthcare Group» (Германия)¹. Когда-то в 90-х мы некоторое время работали вместе в компании Berlin-Chemie/ Menarini.

«По сравнению с 2016 годом, рынок подрос на 3,6% в деньгах. Как и прежде, фармацевтический рынок США не только остается региональным лидером, но и определяет основные тенденции развития мировой фармацевтической отрасли¹.

Динамика развития мирового фармацевтического рынка в 2012-2017 годах, млрд. \$ США



Источник: Evaluate Pharma, 2017, World Preview 2017 outlook to 2022

Данные рассчитаны на основе цен производителя без учета скидок за счет законодательного снижения отпускных цен

«Важное место на мировом фармацевтическом рынке занимает группа стран „Pharmerging Markets“ (выделена аналитической компанией IMS Health и состоящая из 21 стран). По экономическим показателям она разделена на три подгруппы. В первую вошел Китай, во вторую – Бразилия, Индия и Россия, а в третью – 17 стран со значительным населением и с большими перспективами роста. Эти рынки в течение последнего десятилетия стали локомотивом и основным драйвером роста мирового фармацевтического рынка. В среднем ежегодно они увеличиваются на 11—15%, в то время как насыщенные традиционные фармацевтические рынки прирастают лишь на 1—4% в год. В 2017 году суммарный объем фармацевтических рынков „Pharmerging markets“ достиг 405 млрд. долларов США, что составляет

33,8% мирового фармацевтического рынка»¹. По прогнозам аналитиков, ежегодный темп прироста мирового фармацевтического рынка в ближайшие годы составит 3—6%.

Государство во всех странах-лидерах мирового фармацевтического рынка стремится к тому, чтобы сократить расходы на здравоохранение.

Все озадачены вопросом: как сделать лекарства более дешевыми? Правда, везде это реализуется по-разному: например, в США опасения американских фармацевтических компаний, которые имели место в начале 2017 года и касались введения новым президентом Дональдом Трампом мер, направленных на сдерживание роста цен на лекарства, не подтвердились.

В это же время правительство КНР намеревается ввести новые, повышенные требования к регистрации лекарственных средств и изменить систему ценообразования на лекарства с учетом фармакоэкономики.

Японское правительство стремится взять под контроль растущие расходы, в частности предпринимаются меры, направленные на увеличение доли дженериков с 60% до 80%. Кроме того, поставлена цель сократить цены на дорогостоящие инновационные лекарства до 50%.

Какие же препараты являются драйверами роста мирового фармацевтического рынка? Ниже – таблица из 15-и «чемпионов»¹:

Ранг	Препарат	Субстанция	Производитель	Оборот в млрд долларов США в 2016 году	Оборот в млрд долларов США в 2017 году	Прирост в 2016/2017, %
1.	Humira	Adalimumab	Abbvie	16 078	18 427	14,61%
2.	Rituxan	Rituximab	Roche/Biogen	9 059	9 238	1,98%
3.	Revlimid	Lenalidomide	Celgene	6 974	8 187	17,39%
4.	Enbrel	Etanercept	Amgen/Pfizer	8 874	7 885	-11,14%
5.	Herceptin	Trastuzumab	Roche	7 195	7 441	3,42%
6.	Eliquis	Apixaban	BMS/Pfizer	5 056	7 395	46,26%
7.	Remicade	Infliximab	J&J/MSD	8 234	7 152	-13,14%
8.	Avastin	Bevacizumab	Roche	7 197	7 096	-1,40%
9.	Xarelto	Rivaroxaban	Bayer/J&J	5 919	6 589	11,32%
10.	Eylea	Aflibercept	Bayer/Regeneron	5 338	6 034	13,04%
11.	Lantus	Insulin glargin	Sanofi	7 086	5 732	-19,11%
12.	Prevnar	Pneumococcal conjugate	Pfizer	5 718	5 601	-2,05%
13.	Lyrica	Pregabalin	Pfizer	4 966	5 065	1,99%
14.	Opdivo	Nivolumab	BMS	3 774	4 948	31,11%
15.	Neulasta	Pegfilgrastim	Amgen	4 808	4 723	-1,77%

«Следует отметить, что почти все препараты, вошедшие в число лидеров по продажам в 2017 году, представляют собой биотехнологические продукты... По итогам 2017 года, одобрение от FDA получили 43 новых препарата. Их продажи, по оценкам рыночных экспертов, через 5 лет после лонча достигнут 31,6 млрд. долларов США»¹.

15 «чемпионов» среди фармацевтических компаний по объему продаж и чистой прибыли в 2017 году выглядит так¹:

Рейтинг	Компания	Объем продаж, млн \$ США		Прирост 2016/2015	Чистая прибыль в млн \$ США		Прирост 2017/2016
		2016	2017		2016	2017	
1.	Roche	51 647	54 365	5,26%	12 988	13 672	5%
2.	Pfizer	52 824	52 546	-0,53%	14 761	16 085	9%
3.	Novartis	48 518	49 109	1,22%	11 314	11 391	1%
4.	GlaxoSmithKline	39 547	40 770	3,09%	12 809	13 449	5%
5.	Johnson & Johnson*	37 441	40 382	7,86%	9 862	10 355	5%
6.	MerckSharpDohme	39 807	40 122	0,79%	3 920	2 568	-34%
7.	Sanofi	36 570	38 618	5,60%	9 212	8 807	-4%
8.	Abbvie	25 638	28 216	10,06%	7 884	7 727	-2%
9.	Bayer**	25 270	26 786	6,00%	8 382	8 131	-3%
10.	Gilead Sciences	30 390	26 107	-14,09%	13 501	15 680	16%
11.	Amgen	22 991	25 434	10,63%	8 785	9 246	5%
12.	Astra-Zeneca	23 002	22 849	-0,67%	3 499	1 830	-48%
13.	Teva	21 903	22 400	2,27%	6 100	5 800	-5%
14.	Elli Lilly	21 222	22 871	7,77%	3 744	4 530	21%
15.	BristolMyersSquibb	19 427	20 800	7,07%	5 915	5 131	-13%

*Только фарма и ОТС

**Только Bayer Healthcare

Источник: годовые отчеты фармацевтических компаний, 2017 год

Прирост рассчитан на базе неизменных средних курсов валют 2017 года

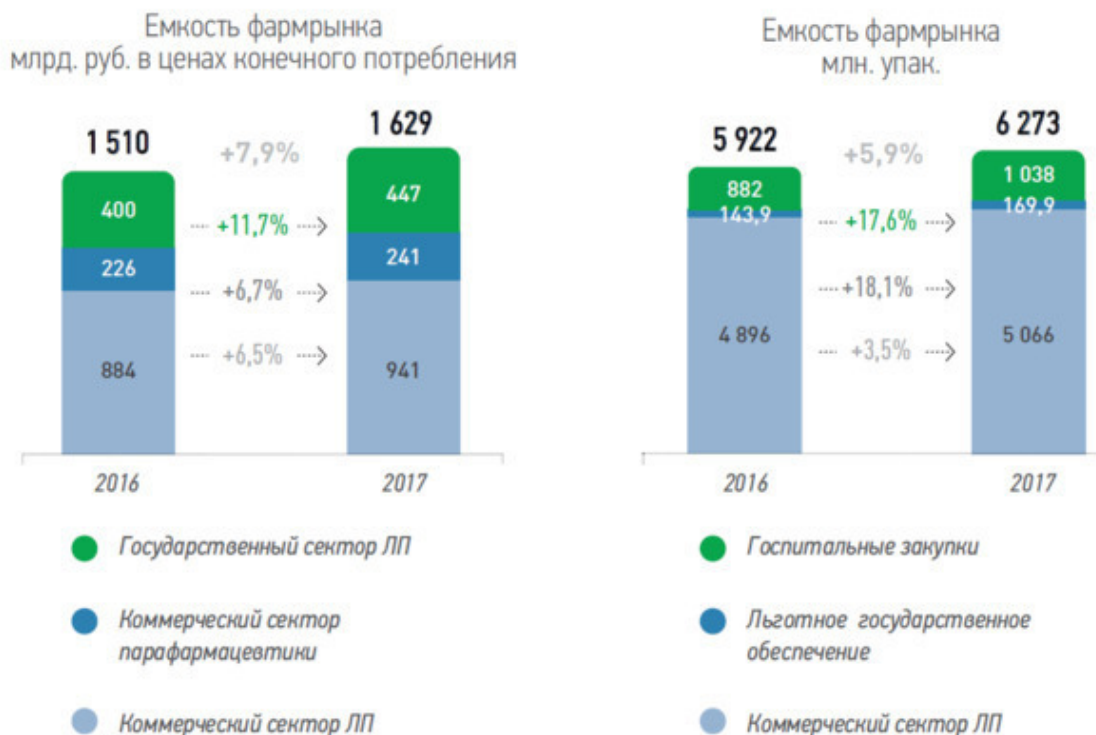
Безусловно, с вызовами сегодняшней реальности не все компании справляются одинаково хорошо, кто-то это делает лучше, кто-то хуже. Среди таких вызовов можно отметить ¹:

- патентный обвал на традиционные синтетические химические блокбастеры;
- развитие биотехнологии и появление на рынке совершенно новой группы биопрепаратов, которая частично или полностью революционизирует терапию многих видов заболеваний;
- расширение сферы, уровней сбыта и реализации фармацевтической продукции;
- появление новых контрагентов на рынке в виде аптечных сетей или торговых операторов, работающих через Интернет;
- нужное сочетание форм стационарной и нестационарной торговли в форме многоканального сбыта.

Конечно, последние три вызова относятся, в первую очередь, к препаратам безрецептурного отпуска. Но первые два – к рецептурному рынку, на котором ведущая роль в выборе и назначении лекарства принадлежит врачу.

§1. Особенности фармрынка России

А что же в России? По данным DSM Group (www.dsm.ru), фармацевтический рынок России в 2017 году выглядел следующим образом ²:

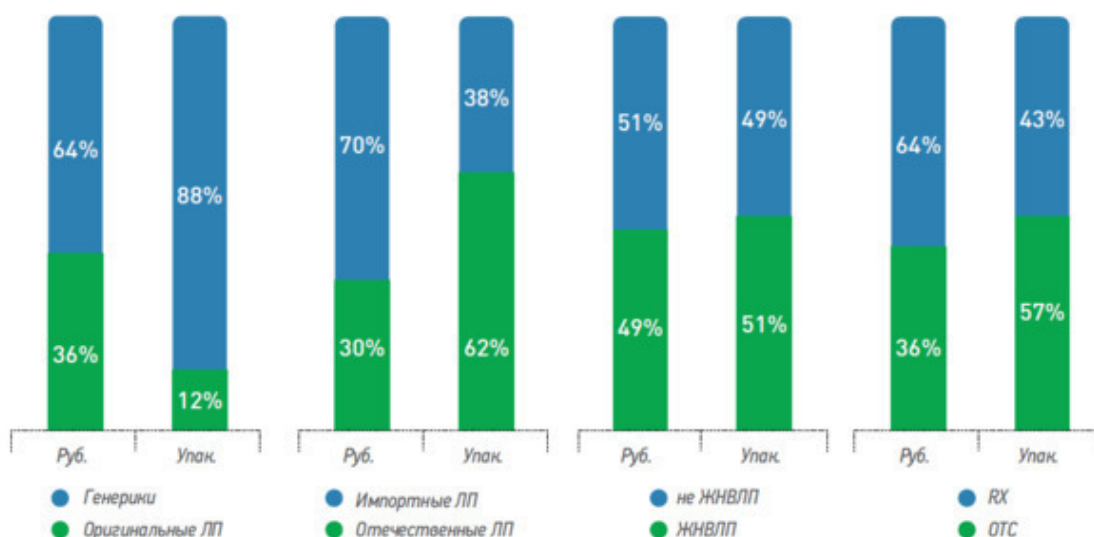


По итогам года объём рынка составил 1 629 млрд. руб., что почти на 8% выше показателя 2016 года. Из положительных тенденций: отмечен прирост рынка в натуральном выражении.

Это говорит о том, что фактор роста цен в увеличении объёма рынка практически отсутствует. На первый план в 2017 году вышло повышение потребления лекарственных средств, что отразилось в росте упаковок ².

Динамика коммерческого сегмента лекарственных препаратов также положительная – рост на 6,5% в деньгах и на 3,5% в упаковках ².

Сводная картина по дженерикам и оригинальным препаратам, импорту и отечественным лекарствам, ЖНВЛП и не ЖНВЛП, рецептурным и безрецептурным препаратам в 2017 году выглядит так:



Доля оригинальных препаратов на отечественном фармацевтическом рынке действительно невысокая, но это по сравнению с другими рынками (надеюсь, что хоть здесь США не служит эталоном!). Думаю, что ценовой фактор в данном случае явно играет свою роль. Кроме того, фармацевтический рынок развивался в самом начале строительства капитализма именно за счет дженериковых продуктов. Российские производители также добавляют дженерики, причем с каждым годом всё больше и больше. Честно говоря, считаю, что дженерики – точно никак не ругательное слово. Посмотрите хотя бы на тенденции увеличения дженериков в Японии – третьем рынке в мире: там и так доля была 60%, а её хотят увеличить до 80%¹.

Качество дженериков растет с каждым годом, причем не только в исполнении западных производителей, но и отечественных, что не может не радовать. Знаю российские компании, которые производят отличные лекарственные препараты по всем мировым стандартам, в отличных упаковках. И продают их по очень умеренным ценам, что и должно быть. При этом пока компаниям, может быть, не хватает полноценного маркетинга и уверенности в том, что российские препараты уже вполне конкурентны по качеству, а порой и превосходят западные аналоги. Что касается потребителя, то он выбирает брендовые дженерики, которые в упаковках выросли на 6,9%, тогда как препараты, продающиеся по МНН – только на 0,7%. Средняя стоимость упаковки оригинального препарата составила 646 руб. (+3,5% к показателю 2016 года), дженерик закупался в среднем по 141 руб. (+4%)². Так как в книге речь пойдет о работе с врачами, не может не интересовать соотношение рецептурных и безрецептурных препаратов на нашем рынке. Оно – в таблице выше.

Последние данные (с июня 2017 по июнь 2018) по материалам того же источника выглядят так³:



Источник: «Ежемесячный розничный аудит фармацевтического рынка РФ» DSM Group.
 СМК соответствует требованиям ISO 9001:2008

Несколько слов о ценах: в июне 2018 году отмечается небольшой рост покупок в ценовой категории более 500 рублей по сравнению с аналогичным периодом 2017.



Источник: «Ежемесячный розничный аудит фармацевтического рынка РФ» DSM Group.
 СМК соответствует требованиям ISO 9001:2008

Расходы на здравоохранение у нас не самые высокие: если верить данным рейтинга стран мира по уровню расходов на здравоохранение (Expenditure on Health), мы находились по состоянию на 2013 год на 91 месте из 190 стран с 7% от ВВП (World Health Organization: National Health Account Statistics, 2013.)⁴ К сожалению, более свежих данных этого источника не нашел. Методика подсчета выглядит следующим образом: уровень национальных расходов на здравоохранение – это относительная величина, которая рассчитывается как *общий объём государственных и частных расходов на здравоохранение в течение календарного года, включая государственные бюджеты всех уровней, фонды медицинского страхования, внешние заимствования, гранты и пожертвования от международных учреждений и неправительственных организаций*. Уровень расходов на здравоохранение выражается в процентах от валового внутреннего продукта (ВВП). Показатель национальных расходов на здравоохранение рассчитывается на ежегодной основе, исходя из данных национальной статистики и международных организаций. В качестве основного источника информации о национальных расходах на здравоохранение в экономике разных государств выступает база данных «National Health Account Statistics» Всемирной Организации Здравоохранения (World Health Organization). В этой таблице у США: место – 2, процент – 11%; Франция – 8 и 12%, Швейцария – 10 и 11%; наши соседи по таблице – Аргентина, Израиль, Чехия, Южная Корея, Иран и Польша. Вопрос, конечно, не в процентах, а в самом ВВП – чем он больше, тем больше в абсолютной величине выделяется на здравоохранение страны. Есть и другие подсчеты⁵: «...Денег на развитие здравоохранения государство тратит меньше, чем „конкуренты“: по оценке Всемирного банка, в 2016 г. выделено около 3,6% ВВП, тогда как в странах Евросоюза – 7,2% ВВП, а в странах ОЭСР (Организация экономического сотрудничества и развития, примечание автора) – 6,5% ВВП. А около 20—30% бюджета на здравоохранение, по предварительным оценкам BCG (Бостонская консалтинговая группа, примечание автора), тратится впустую. Доля неэффективных государственных трат даже выше 20—30%, считает директор НИИ организации здравоохранения департамента здравоохранения Москвы Давид Мелик-Гусейнов. В итоге в Турции, Болгарии или Бразилии, которые тратят на медицину примерно столько же, сколько Россия, и даже в странах, которые тратят меньше, – Китае, Вьетнаме и Перу – продолжительность жизни существенно выше...»

В этой же статье (от 14 июня 2018) приводятся и другие факты⁵: «...Взглянув на российскую систему здравоохранения глазами всех «участников процесса», аналитики BCG обнаружили проблемы на всех уровнях. У семей она вызывает чувство тревоги, пишут они: медицинские услуги могут оказаться разорительны для бюджета, на прием попасть трудно, врач может попасться низкоквалифицированный, а оборудования и лекарств и вовсе не оказаться. 31% населения сталкивались с требованием оплатить формально бесплатные услуги и лекарства, 37% были недовольны врачами, а 56% сидят в очередях. При этом среднестатистический россиянин болеет 20% своей жизни.

Недовольны системой здравоохранения и сами врачи. Типичный российский врач – усталый человек, пишут аналитики BCG: он много перерабатывает, в том числе из-за невысокой зарплаты, и чувствует себя изолированным от мирового медицинского сообщества. Нагрузка на врачей растёт, много времени уходит на отчетность – 70—80% приема тратится на ввод данных, пишут авторы доклада... Но источниками проблем медицины являются все её участники: слабо развиваются профилактика, ранняя диагностика, реабилитация и паллиативная помощь.

Пациенты безответственно относятся к своему здоровью: по данным ВЦИОМа, лишь 28% россиян правильно питаются, 23% регулярно занимаются спортом, зато по потреблению сигарет Россия – один из мировых лидеров, следует из данных ВОЗ. Не уделяют должного внимания россияне и профилактике...».

Информация в сводной таблице сравнивает Россию с пятью другими странами, и выглядит это так ⁵:

Основные показатели здравоохранения

	РОССИЯ	США	КИТАЙ	ГЕРМАНИЯ	ЯПОНИЯ	ИНДИЯ
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ, ЛЕТ	70	79	76	81	83	68
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ МУЖЧИН, ЛЕТ	64	77	74	78	80	66
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ЖЕНЩИН, ЛЕТ	76	81	77	83	86	69
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВИЧ НА 1000 ЧЕЛ.	0,72	0,11	0,08	0,06	0,03	0,01
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ НА 1000 ЧЕЛ.	0,53	0,03	0,46	0,07	0,17	2,17
ПОЗИЦИЯ В РЕЙТИНГЕ NUMBER QUALITY OF LIFE, 2017	61	7	57	2	30	51

ИСТОЧНИКИ: Росстат, ВОЗ, NUMBER QUALITY OF LIFE, ECONOMY INTELLIGENCE UNIT

Понятно, что нужна какая-то серьезная модернизация, тем более, что поставлена задача увеличить продолжительность жизни к 2024 году до 78 лет, а к 2030 – до 80. Для этого есть примеры, которые также описаны в статье ⁵: «...Китай благодаря популяризации гигиены, здорового образа жизни и внедрению трехуровневой системы врачей – от «босоногих докторов» в деревнях, которые занимались базовой гигиеной, до врачей в мелких городах и региональных клиниках – с 1950 по 1980 г. увеличил продолжительность жизни населения с 35 до 69 лет. Турция в 2000-е гг. внедрила «семейную медицину», мобильные клиники, лечение на дому, расширила страховки для малоимущих, дала право пациентам выбирать любую клинику. В итоге с 1965 г. продолжительность жизни в стране выросла на 26 лет. Такого же результата добилась Саудовская Аравия, которая сосредоточилась на инвестициях в образование своих врачей, развитии ГЧП (*государственно-частное партнерство, примечание автора*) и приватизации больниц...». Естественно, всё, что было сделано в этих странах, повторять нет смысла, да и не повторить. Страна огромная, по площади территории – первая в мире, 12,5% суши Земли – это наша страна; 11 часовых поясов; 4 климатических зоны и температурные рекорды. Среднегодовая температура по поверхности России изменяется от +14.2° С в Сочи и —15.5° С в градусах в Оймяконе (если верить Wikipedia).

Да и понятно, что с помощью просто одного желания не сделать радикального скачка. Нужна поэтапная хорошо продуманная стратегия. Что-то типа «Фарма -2020», только может быть в более качественном исполнении. Причем по всем составляющим здравоохранения, включая образование медицинского персонала и оплату его труда. Те же аналитики BCG ⁵: «...Квалификация врачей также вызывает вопросы. Практические навыки, которые получают молодые врачи в университете, сопоставимы с уровнем подготовки медсестер на Западе, отме-

чается в докладе. Становиться терапевтами и педиатрами они не хотят из-за низких зарплат: в России врач зарабатывает на 20% больше водителя...».

Не знаю точно, как с точки зрения компаний-производителей повышать уровень здравоохранения страны, думаю, что так: поставлять качественные препараты, разрабатывать в стране инновационные лекарства, локализовывать производства и продавать продукцию по разумным ценам.

А вот повышать квалификацию врачей и их знания в области передовых методик и стандартов лечения, знание лекарственных средств и умение ими правильно пользоваться – это точно под силу даже в рамках регулярной работы по продвижению продукции.

§2. Регулирование фармрынка государством

Если речь идет о лекарственных препаратах, то они делятся на две группы – отпускаемые по рецепту врача (так называемые Rx – продукты, то есть требующие рецепта) и отпускаемые без рецепта врача (так называемые ОТС от английского Over the Counter – «через прилавок»). Многие лекарственные средства из группы ОТС требуют поддержки со стороны врача (о целях визита представителя с продуктом безрецептурного отпуска к врачу мы поговорим позднее), такие продукты относятся к выделенной категории ОТх, которые вроде как ОТС, но продвигаются среди врачебного сообщества.

Естественно, правила продвижения Rx и ОТС сильно отличаются между собой, все различия четко закреплены различного рода приказами и законами. В этой сфере редко что меняется, периодически выходят новые приказы, но фундаментально: рецептурные – по рецепту, безрецептурные – без рецепта. И это не единственный пример государственного регулирования в сфере обращения лекарственных средств.

Наиболее ярким примером, свидетельствующим, о высокой степени воздействия государства на регуляторную среду в фармацевтической отрасли, является работа по вопросу совершенствования механизма государственного регулирования лекарственных препаратов, включенных в перечень ЖНВЛП (*жизненно важные и необходимые лекарственные препараты, примечание автора*).

ЖНВЛП – это перечень лекарств, цены на которые регулируются государством для того, чтобы обеспечить их доступность населению. В списке по состоянию на 2016 год – 646 международных непатентованных наименований (МНН), при этом по итогам 2016 года в продажах аптек было зафиксировано 590 МНН, относящихся к перечню ЖНВЛП (что соответствует 2 040 брендам).

Это – примерно 23,5 тыс. торговых лекарственных форм. По данным DSM Group, продажи лекарств из списка ЖНВЛП на коммерческом розничном рынке России составляют приблизительно треть.

А вот ещё один пример государственного регулирования фармацевтического рынка. РБК, раздел «Общество», 23 января 2018 года. Статья под названием: «ФАС обяжет аптеки предлагать клиентам самые дешевые лекарства». В статье говорится о следующем⁶: «Правительство утвердило „дорожную карту“ Федеральной антимонопольной службы „Развитие конкуренции в здравоохранении“. Подготовка документа заняла более полутора лет – в первый раз ФАС разместила его на федеральном портале проектов нормативных правовых актов в мае 2016 года. Карта содержит в себе два раздела: „Рынки лекарственных препаратов для медицинского применения“ и „Рынки медицинских изделий“. Одно из предложений проекта – обязать аптеки предлагать покупателям самый дешевый аналог лекарства, которое ему необходимо. Например, если пациент придет в аптеку и попросит 100 таблеток „Но-шпы“ по 40 мг (действующее вещество – дротаверин) за 229 руб. (средняя цена на сервисе „Яндекс. Маркет“), фармацевт обязан будет предложить ему обычный дротаверин в такой же дозировке, но за 70 руб. (средняя цена препарата российского производителя на „Яндекс. Маркет“). Такая обязанность аптек будет утверждена приказом Министерства здравоохранения. Минздрав, по мнению ФАС, должен утвердить такой приказ к ноябрю 2018 года. Цель инициативы – „остановка вымывания из продажи недорогих лекарств“, указано в карте. Контролировать выполнение этого требования будет Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения».

Такая норма уже есть, так как с 31 августа 2016 года появился приказ №647н Минздрава (зарегистрирован в Минюсте 09.01.2017) «Об утверждении Правил надлежащей аптечной практики лекарственных препаратов для медицинского применения», в котором есть норма,

запрещающая фармацевту скрывать от покупателя информацию об аналогах необходимого лекарства.

Мнение исполнительного директора Национальной фармацевтической палаты Елены Неволиной ⁶: «Если раньше покупатели приходили в аптеку со списком лекарств, которые им выписал врач, и, как правило, покупали все, что тот назначил, то сейчас, после того как фармацевт озвучивает пациенту итоговую цену, он может сказать, что, пожалуй, подумает, и уйдет. Поэтому эта норма лишь отражает реалии сегодняшнего рынка».

Как реально будет осуществлен контроль исполнения подобного постановления – не очень понятно. Проведение контрольной закупки – вещь, безусловно, правильная, ведь именно о таком виде контроля идет речь. Но как можно небольшим штатом Росздравнадзора провести контроль в 85-и субъектах РФ?

Пока на практике всё выглядит так: выписка по МНН на бумажке (рецепты так и не появились в достаточном количестве), на обороте – торговое наименование того бренда, с которым врач привык работать. По итогам 2017 года по данным Ipsos Healthcare (<https://www.ipsos.com/ipsos-comcon/ru-ru>) из доклада на заседании РАФМ складывается следующая картина: назначены бренды примерно в 84% случаев, в 13% врачи выписали по МНН, 4% – МНН с рекомендацией.

С 2013 года и по сей день ситуация остается практически неизменной, только в кардиологии выписка по МНН за эти годы приросла, а вот в «среднем по палате» и по антибиотикам и НПВС – практически не изменилась (по данным Ipsos Healthcare).

По специальностям картина выглядит несколько по-другому:



По специальностям тоже не всё одинаково: МНН без торгового названия в наибольшем числе случаев выписывают психиатры – аж в 24% случаев против максимум 11% у всех остальных. То ли психиатры самые дисциплинированные, то ли есть на то ещё какие причины, но это – так. У меня есть серьёзные сомнения в том, что фармацевты в аптеках прекрасно разбираются в нейролептиках, анксиолитиках, антиконвульсантах и прочем психиатрическом арсенале.

Соблюдение принятых правил выписки по международному непатентованному названию может серьезно изменить соотношение сил в направлении: производитель – продвижение им

товара среди врачей – врач, поверивший в препарат – назначение врача – пациент с рецептом по МНН – аптека – фармацевт с постановлением – *что-то отпущенное*. Например, из мелоксикамов, выписанных по МНН, всё равно отпускают Мовалис в большинстве случаев, затем – Амелотекс и Мелоксикам – Тева (по данным тех же материалов Ipsos).

Далее нужно учесть, что по оценкам экспертов, общий объем средств, заплаченных компаниями-производителями аптечным сетям за те или иные виды продвижения продукции на местах в 2015 году составил 28 млрд. рублей, а в 2016 – 35 млрд. рублей. По мнению Юрия Крестинского, высказанного в ходе заседания РАФМ 02 марта, «эти цифры сопоставимы с телевизионными бюджетами, которые по категории медицины и фармации составили в 2016 году около 47 млрд. рублей» (www.alpharm.ru)⁷. Кто-то из участников явно победит. Но я не уверен, что врач, так как выбор препарата осуществляет фармацевт. А ведь вариант маркетинговых соглашений на тему первоочередных предложений всегда был одной из основных продаваемых опций в арсенале аптечных сетей.

«Ведомости» в январе 2017 года опубликовали статью под названием «Выплаты производителей лекарств аптекам растут»⁸. Цитата из статьи: «...Выплаты производителей аптечным сетям по некоторым маркетинговым контрактам могут достигать 30—40% от отпускной цены производителя, рассказывает управляющий партнер компании «Проектирование систем управления» Павел Лисовский. Иногда сети начинают разговор о бэк-марже с 60%, уточняет заместитель гендиректора Stada CIS Иван Глушков. ...Несколько лет назад в среднем по рынку бэк-маржа составляла 5—6%, теперь 8%; выплаты производителей за то, чтобы аптеки закупили их препараты, а не аналогичные у конкурентов, могут достигать 30—40%, говорит Андрей Гусев, гендиректор аптечной сети «Мега фарм» (аптеки «А-мега» и «Да здоров»)...».

Согласно исследованию Ipsos Healthcare, в последнее время возросла активность компаний, продвигающих рецептурные препараты, в аптеках (из доклада на РАФМ). По мнению исследователей, наиболее активны в продвижении дженерических дженериков следующие компании – Тева, Озон, Вертекс, Акрихин и ряд других.

Однако, в то же время, несмотря на значительные вложения фармацевтических компаний в сети, управление логистикой аптек часто дает определенные сбои, и всех необходимых брендов одного МНН просто не бывает в продаже. Остается уповать только на то, что фармацевты в аптеке знакомы с правилами синонимической замены и будут это делать правильно.

Остановлюсь чуть подробнее на этом важном разделе работы аптеки, имеющем определенные нюансы.

Нюансы отлично описаны в презентации Ариной Е. Е., к. м. н., ведущего научного сотрудника лаборатории фармакоэкономических исследований НИИФ, Первый МГМУ им. И.М.Сеченова «Отпуск лекарственных средств по МНН – какие фармакологические и экономические аспекты должен учесть аптечный работник»¹⁰. Итак, Приказ Минздрава России от 20 декабря 2012 г. №1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» определяет, что назначение и выписывание лекарственных препаратов должно осуществляться по международному непатентованному наименованию (МНН), при его отсутствии – по группировочному наименованию, случае отсутствия у препарата МНН или группировочного наименования – по торговому наименованию¹⁰. Например, Берлиприл компании Берлин-Хеми должен выписываться как Эналаприл; Аугментин – как Амоксициллин + Клавулоновая кислота; Бисептол – как Ко-тримоксазол (Сульфаметоксазол+Триметоприм), так как у препарата есть группировочное название; Компливит – как Компливит, так как нет ни МНН, ни группировочного названия. С этим более-менее понятно.

Однако в этом же документе, вступившем в силу с 01 июля 2013 года, значится, что «данный документ не лишает врача права подбирать для пациента индивидуальную терапию, в том числе в случаях непереносимости лекарственного препарата»¹⁰. То есть, в принципе, врач может выписать что-то индивидуальное, но, как показывает практика, нужно внутри ЛПУ пройти немалое количество шагов, поэтому всё происходит по-старинке: на лицевой части – МНН, на обороте – торговое наименование. Не призываю нарушать законодательство, просто констатирую факт!

Теперь настает черёд фармацевта в аптеке. Здесь возможны несколько сценариев:

1. МНН есть, но нет нужной дозировки. Например, выписан X по 100 мг №25. Предложить можно X 50 мг №50. Если врач выписал по 1 таблетке 100 мг 2 раза в день, нужно обязательно предупредить покупателя, что пить придется по 2 таблетки данной лекарственной формы 2 раза в день.

Наоборот – категорически нельзя! То есть вместо 50 мг отпустить таблетки по 100 мг и дать совет её делить!

При этом «на обороте рецепта следует указать торговое наименование отпущенного лекарственного препарата, поставить подпись и дату отпуска (пункт 6.3 ОСТ 91500.05.0007—2003 «Правила отпуска (реализации) лекарственных средств в аптечных организациях»)»¹⁰.

2. Выписан X по 100 мг №25. *Пролонгированный препарат*, предназначен для применения 1 раз в день. В аптеке нет синонима с пролонгированным действием. Надо звонить врачу, никакая самостоятельность здесь не приветствуется, так как будет достигнут совершенно другой терапевтический эффект. Однако звонки врачам из аптек раздаются не так часто. В мою бытность сотрудником аптеки я как-то раз очень удачно позвонил врачу, обнаружив в его рецепте ошибку – слишком большую концентрацию раствора Атропина для приёма внутрь. Нашей обоюдной радости не было предела!

Также фармацевт должен учитывать препараты, которые содержат одинаковые терапевтические компоненты, но различаются по виду солей, эфиров или комплексам этих компонентов, так как могут оказывать на организм пациента различное действие¹⁰. Например, метопролола тартрат и метопролола сукцинат, которые врач именно так должен выписать по МНН, а не просто слово «метопролол». С учетом имеющихся данных рандомизированных клинических исследований Управлением по Контролю за Качеством Пищевых продуктов и Лекарственных средств США (FDA) показания к применению метопролола тартрата и сукцината определены следующим образом: метопролола тартрат (форма с немедленным высвобождением) рекомендован для лечения АГ, стенокардии и ИМ как в остром периоде, так и для длительного применения, метопролола сукцинат – для лечения АГ, стенокардии и ХСН. Вместе с тем указывается, что при отсутствии метопролола сукцината или других обстоятельствах, вызывающих необходимость альтернативной терапии у больных АГ и стенокардией, получающих метопролол сукцинат, у стабильных пациентов может быть осуществлен переход на метопролола тартрат в той же суточной дозе, разделенной на два приема¹². Вот задача для фармацевта в аптеке: определить, при какой патологии назначена та или иная соль (так как для одной соли показание – инфаркт, для другой – хроническая сердечная недостаточность. А если стенокардия, то определить, стабилен пациент или нет.

3. Фармацевт должен предложить на выбор несколько МНН. Желательно в данном случае учитывать платежеспособность пациента, и от него требуется согласие. Далее: «Если у пациента нет предпочтений в выборе из нескольких ЛС с одинаковым составом, формой выпуска, дозировкой и незначительными различиями в цене, то приоритет отдается тому ЛС, которое пациент принимал ранее (при хроническом заболевании), либо препарату, который дольше других находится на фармацевтическом рынке и доказавшему свою эффективность и безопасность в повседневной практике»¹⁰.

4. Замена аналогом, а не синонимом. Это вообще другая история, которая решается только врачом после звонка ему фармацевта. Вероятность такого события невелика и стремится к нулю – скорее всего, будет продано нечто аналогичное, и об индивидуализации назначенной терапии можно будет просто забыть.

С продвижением лекарственных средств государство тоже взяло ситуацию под контроль, и в 2011 году был принят Федеральный закон №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Его положения, регулирующие взаимодействие практикующих врачей с фармацевтическими компаниями (Статья 74), вступили в силу 1 января 2012 года. С этого момента руководители медицинских организаций и другие медицинские работники уже не могли принимать от сотрудников фармкомпаний деньги и подарки, участвовать в развлечениях за счет компаний, получать образцы препаратов для передачи пациентам, а также заключать соглашения о рекомендации и назначении любых лекарственных средств.

Возможности продвижения фармацевтических продуктов во время визитов медицинских представителей и сами визиты стали сильно ограничены. Далее – иллюстрации того, что можно, и что нельзя делать при продвижении рецептурного препарата и взаимодействии представителя компании с врачом и аптекой ⁹:

Рецептурные препараты (Rx)	
Нельзя	Можно
Размещать рекламу во всех СМИ, кроме специализированных	Размещать рекламу на медицинских и фармацевтических выставках, семинарах, конференциях и в ходе других профессиональных офлайн-мероприятий
Предоставлять врачам образцы продукции для передачи пациентам	Размещать рекламу в специализированных СМИ
Заранее размещать информацию о препарате на рецептурных бланках	Проводить образовательные и научные мероприятия с целью информировать медицинских работников
	Рассказывать медработникам о препаратах в ходе личных визитов с использованием дополнительных материалов
	Размещать информацию о препаратах на сайтах компаний-производителей

Работа медицинских представителей с врачами и фармацевтами

Нельзя	Можно
Дарить врачам подарки, деньги	Организовывать для врачей и фармацевтов конференции, семинары, лекции и другие информационные и научные мероприятия
Оплачивать развлечения, досуг, отдых врачей	Проводить обучающие мероприятия
Предоставлять образцы продукции для передачи пациентам	Общаться с врачами онлайн и по телефону
Заключать с врачами соглашения о назначении препаратов	Присылать информацию врачам на e-mail
	Проводить исследования, опросы и анкетирования

Правовое регулирование продвижения лекарственных средств выполняет три основные функции, направленные на обеспечение интересов потребителей и охрану их здоровья. Это – гарантия корректности, достоверности и полноты распространяемой информации; регламентация содержания способов продвижения; борьба с недобросовестным стимулированием назначения и применения лекарств.

Ряд организаций, объединяющих производителей фармацевтических препаратов, для соблюдения своими членами требований российского законодательства, внесли в свои внутренние кодексы все те ограничения, которые наложило государство на продвижение рецептурных препаратов и взаимодействие с врачами и фармацевтами. В качестве примера приведу Кодекс надлежащей практики AIPM (Ассоциация международных фармацевтических производителей) в редакции 30.11.2015 года¹¹. В состав Ассоциации на сегодняшний день входит более 60-и производителей.

Сразу в водной части Кодекса объясняется, что это за документы и какова его важность для фармацевтической отрасли: «Примером локального нормотворчества, направленного на формирование оптимальной с точки зрения согласованности частных и публичных интересов модели поведения участников международного фармацевтического рынка является Кодекс надлежащей практики Ассоциации международных фармацевтических производителей (AIPM). Такого рода документ необходим в период форсированной модернизации законодательства, регулирующего медицинскую и фармацевтическую деятельность, когда в полную силу заработал Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации», принят Федеральный закон от 20 июля 2012 г. №125-ФЗ «О донорстве крови и её компонентов», продолжается работа над совершенствованием Федерального закона от 12 апреля 2010 г. №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», идет постоянное наполнение подзаконного уровня регулирования. При этом особенно важно сохранять надлежащий уровень регламентации отношений в сфере охраны здоровья граждан, а Кодекс, предложенный AIPM, безусловно, способен сыграть стабилизирующую роль в регу-

лировании деятельности фармацевтических производителей в России. Положения Кодекса свидетельствуют о приверженности членов Ассоциации принципам социально ответственного бизнеса и добропорядочного поведения на фармацевтическом рынке, ориентированности на безусловное соблюдение норм российского законодательства.»¹¹

Распространяется действие Кодекса на большинство аспектов продвижения производителями продукции на фармацевтическом рынке страны:

- рекламу фармацевтических продуктов, адресованную населению;
- рекламу фармацевтических продуктов, адресованную специалистам здравоохранения;
- деятельность представителей фармацевтических компаний;
- взаимодействие со специалистами здравоохранения;
- взаимодействие с пациентскими организациями;
- пострегистрационные клинические (интервенционные), наблюдательные (неинтервенционные) и эпидемиологические исследования;
- маркетинговые исследования;
- распространение фармацевтическими компаниями или организациями, представляющими их интересы, информации, имеющей отношение к здоровью или заболеваниям человека;
- осуществление пожертвований и предоставление грантов;
- поддержку непрерывного медицинского образования;
- работу с запросами от пациентов и специалистов здравоохранения;
- мероприятия по продвижению фармацевтических продуктов для специалистов здравоохранения;
- спонсирование научных мероприятий, в которых принимают участие специалисты здравоохранения;
- использование сети Интернет и других цифровых каналов связи для продвижения фармацевтических продуктов;
- иные методы продвижения фармацевтических продуктов.

Настоящий Кодекс не распространяется на:

- маркировку фармацевтических продуктов, инструкции по применению и иную информацию, размещаемую на товаре или его упаковке;
- фактические и информационные заявления и ссылки, например, в отношении изменения упаковки, предупреждений о нежелательных реакциях как части общих мер по мониторингу безопасности;
- случаи установления цен и иных коммерческих условий поставки фармацевтических продуктов, включая торговые каталоги и прайс-листы при условии, что в них не содержатся конкретные утверждения рекламного характера о фармацевтическом продукте;
- предрегистрационные и регистрационные клинические исследования;
- взаимоотношения фармацевтических компаний с государственными органами и органами местного самоуправления и государственными и муниципальными служащими¹¹.

Полагаю, что даже представители компаний-производителей, входящих в Ассоциацию, не часто заглядывают в этот документ, который, по сути, является образцом саморегулирования и для любой другой отрасли. Это, безусловно, отличная практика – договориться на берегу о том, что нужно соблюдать правила, законы и принципы; договориться о том, как это будет выглядеть на практике с учетом многообразия форм и методов работы фармпроизводителей; создавать всем участникам рынка равную конкуренцию в продвижении товара. Очень рекомендую ознакомиться с полным текстом кодекса на сайте AIPM (www.aipm.org).

А то – одни работают «комплаентно», другие работают «некомплаентно», третьи – «полуккомплаентно». Сколько раз подобные оправдания собственной некачественной работы я слышал не только от медицинских представителей, но и от линейных менеджеров и маркетологов. Эти разговоры порой превышали «эпидемический порог», когда какой-то препарат не прода-

вался, а причин, по которым он не продавался, не то, что не могли найти, а даже не искали – можно же всегда сказать, что мы же работаем «комплаентно», а вот конкурент, который более успешен по разным объективным причинам, работает «некомплаентно». На просьбу предоставить хоть какие-то доказательства, я всегда получал один и тот же ответ: «Кто же нам их даст, как нам их собрать, и так всем известно, что они работают некомплаентно»! Если это не помогало, то в ход шло дополнительное: «Нас заменяют в аптеках!» Такое «Highly likely» по-русски. Как в «бородатом» анекдоте: *«У нас, у джентльменов, верят на слово. Вот тут мне и попёрло»*.

Компании, входящие в Ассоциацию, придерживаются правил, описанных в Кодексе, обучают своих сотрудников и тщательно следят за выполнением всего того, под чем они подписались. Важная деталь: в Ассоциации существует некое подобие «третейского» суда, когда одна компания, отметившая какие-либо нарушения со стороны другой компании, обращается не в ФАС и не в суд, а в АИРМ. Работающие там комиссии по разделам деятельности фармкомпаний совместно с юристами Ассоциации решают проблему на внутреннем уровне. Почти всегда этого хватает, чтобы разрешить разногласия и не доводить дело до суда. На моей памяти таких случаев бывало немало, лично я не сталкивался ни разу с тем, чтобы после решения Ассоциации кто-то дальше продолжал добиваться справедливости в суде. Коллективно выработанных и предоставленных аргументов хватало. Хотя, конечно, обо всех случаях мне неизвестно.

Одно могу отметить точно – наличие Кодекса является абсолютно правильным направлением развития культуры продвижения препаратов на территории нашей страны. Соблюдение пунктов этого документа гарантирует производителям равные условия конкуренции на рынке.

§3. Особенности выбора покупателем лекарств

В своей книге «Как создать стратегию работы с аптекой. Практические советы» я довольно подробно останавливался на том, что является основополагающим для покупателя при выборе того или иного продукта (для препаратов рецептурного отпуска это тоже имеет значение, так как если предположить, что продукты выписываются по МНН, то...). Повторю лишь некоторые положения:

- лекарства кажутся дорогими по сравнению с другими товарами хоть для состоятельных граждан, хоть для менее состоятельных. По данным DSM, продемонстрированным в докладе на заседании РАФМ 30.11.2017, за 10 месяцев 2017 года 2/3 рынка в упаковках приходилось на препараты с ценой до 150 рублей, а доля лекарств стоимостью более 500 рублей занимала на рынке упаковок около 8%;

- внешний вид лекарства может иногда быть важнее удобства приема и эффективности препарата;

- отношение к цене препарата противоречиво – с одной стороны, высокая цена является признаком качества продукта и причиной выбора; а с другой стороны, существует низкий уровень восприятия максимальной цены на лекарства. Сказывается привычка с советских времен видеть в аптеках недорогие продукты. Нет привычки к тому, что лекарства стоят достаточно дорого по сравнению, например, с продуктами питания. Хотя цены каждый год только растут, особенно на импортные таблетки;

- «западность» происхождения производителя лекарственных средств автоматически является сигналом качества.

Как себя ведет производитель лекарств при продвижении своего товара? Сегодня в России его внимание сосредоточено, в основном, на продвижении функциональных характеристик продуктов: эффективности, относительной безопасности и удобства применения. Коротко о каждой из них.

Эффективность: хорошие ли показатели эффективности лекарственного препарата в своей клинко-терапевтической группе, есть ли какие-либо преимущества для больного при применении этого лекарственного препарата.

Безопасность: достаточно ли безопасен лекарственный препарат, имеются ли какие-либо серьезные побочные эффекты при применении препарата, их частота, соотношение польза/риск при применении данного препарата по сравнению с препаратами-аналогами.

Удобство применения: удобен ли режим дозирования препарата, удобен ли препарат при применении. Сюда же относятся: достаточное ли информационное сопровождение по правильному применению препарата; отмечается ли возникновение неприятных ощущений при применении препарата (неприятный вкус, болезненность при внутривенном введении, неудобная форма таблеток, затрудняющая глотание и др.).

Сравнительно часто, к сожалению, многие фармацевтические компании не переходят к другим ступенкам «лестницы бренда», охватывающим «выразительные и центральные ценности», которые должны быть представлены потребителям и профессионалам здравоохранения. Про индивидуальную работу с врачами при таком подходе тоже говорить не приходится.

§4. Иные особенности фармацевтического рынка

Ещё одной особенностью фармацевтического рынка России является отсутствие стандарта профессии – медицинский представитель. Так, за четверть века развития индустрии не нашлось ни времени, ни желания эту профессию узаконить и придать ей хоть какие-то стандарты.

Все это мне напоминает неловко составленное объявление о том, что «Нам нужен игрок в мяч на очень достойных условиях». И на это объявление откликаются профессионалы и любители – футболисты, баскетболисты, ватерполисты, гольфисты, гандболисты, пляжные волейболисты, теннисисты и даже мотоболлисты. Все, кто имеет отношение к играм в мяч. А кто нам нужен на самом деле? Неоднократно сталкивался с рекомендациями отдела кадров – берите опытных медицинских представителей. Точка зрения кадровиков вполне понятна – не надо будет тратить деньги и время на объяснение каких-то базовых принципов профессии, особенно при иллюзии того, что в крупных или известных компаниях готовят как-то грамотно, прививая высокие стандарты культуры и профессии. Приглашали на собеседование, смотрели. При отсутствии стандартов в индустрии по профессии «медицинский представитель» мы сразу же наталкивались на то, что умения у этих людей были разные (не могу считать умением пройденный тренинг по продажам или освоенная на госпитальном поприще технология СПИН). А по сути – и нагрузки разные, и функционал непонятно какой, и правила работы порой противоположные от того, что нам бы хотелось делать. Короче, некий хаос вокруг одной профессии.

Последние разговоры на тему стандартизации как-то тихо сошли на «нет» в 2016 году, и рынок как жил, так и живет в парадигме неопределенности статуса медицинского представителя.

Подробно отличия фармкомпаний друг от друга описаны мною в первой книге – «Как создать стратегию работы с аптекой. Практические советы». Считаю, что кое-что из сказанного необходимо повторить, но в более краткой форме.

– **Структура компании.** Можно работать медицинским представителем бизнес-юнита (тогда даже внутри одной компании у медицинских представителей будут разные задачи), специализированной линии внутри одного отдела продаж и т. д. Требования к таким сотрудникам будут разными. Структура менеджмента – тоже.

– **Различное название должностей с очень близким функционалом.** Это касается медицинских представителей, торговых представителей, представителей по продвижению, госпитальных представителей и КАМов. Ну, а если повезло работать с врачами, то должность может называться и специалистом по продукции, и медицинским советником, и liaisonом (так вообще по-русски нельзя называть людей, равно как и провизоров/ фармацевтов «первостольниками»).

– **Одинаковое название должностей с различным функционалом.** В одних компаниях территориальный менеджер – это величина приличного масштаба (от группы регионов до нескольких стран), в других – это менеджер первой линии, который руководит непосредственно представителями на небольшой территории в виде одной или нескольких географических областей. Аналогично – региональный менеджер, который может быть то под территориальным, то над территориальным. Есть ещё и такое понятие, как «дистрикт-менеджер», но тут, как правило, полное совпадение с территориальным менеджерами в случае, если он руководит только медицинскими представителями. Эриа-менеджер: некая экзотика, так как не очень понятно, что такое «Эриа». Где-то это всего-навсего пара регионов, объединенных под одним началом, где-то – половина Европы. Если же разбирать функционал, то тут вообще что называется – «попробуй, угадай». Территориальный менеджер, который просто руководит

медицинскими представителями на ограниченной территории, может заниматься только этим 70% своего времени, занимаясь контролем, коучингом и двойными визитами (тогда он, скорее всего, вовсе не менеджер, а супервайзер). А может 40% времени ходить на двойные визиты, но при этом работать с филиалами дистрибьюторов, руководителями аптечных сетей, ключевыми лидерами мнения, организовывать конференции и т. д. Универсальный солдат, настоящий менеджер своей территории, но опять – «территориальный». И тот, и этот. И пойди пойми, кого на работу брать по резюме.

– **Требования к уровню образования.** Некоторые крупные компании с западными штаб-квартирами по-прежнему нанимают только выпускников медицинских институтов. Во многих случаях эта политика сегодня просто не имеет никакого смысла, особенно при найме на работу представителей, которые преимущественно работают с аптеками. Дело здесь, как мне кажется, в непонимании нанимающими компетенций и деталей работы представителя. Имею отличный опыт найма людей без медицинского и фармацевтического образования, число таких доходило до 30% крупного отдела продаж. Даже кардиологи – на что привередливые люди – никогда отрицательно не реагировали на таких представителей. Научная дискуссия – это не область визита представителя, такие вещи надо переносить на встречи с медицинскими советниками (если таковые имеются), или на ключевых лидеров мнения. При отличной подготовке понятных и внятных материалов для специалистов любой медицинской профессии образование медицинского представителя на визите не играет ключевой роли. Главная роль принадлежит умению коммуницировать, и пользоваться материалами отдела маркетинга. Правда, с одной принципиальной оговоркой – материалы должны быть понятны всем участникам коммуникации.

– **Различная оплата труда.** Уровень оплаты труда за одну и ту же работу медицинского представителя (если за работу считать выполнение им норматива по выполненным за период времени визитам, приведенным к общей средней цифре) разнится в разы. Законодателями мод являются иностранные компании, изначально сильно задравшие планку оплаты труда ещё в кризисные 90-е годы. Тогда это было оправдано – разница между зарплатой врача и представителя порой доходила до десяти раз, и именно из врачебной и фармацевтической среды можно было быстро набрать умных, порядочных, отлично подготовленных, профессиональных с точки зрения медицины людей. Подавляющее большинство из них сделало себе неплохую карьеру в фармбизнесе и не вернулось больше в медицину. Сейчас в отрасли работает большое количество российских компаний, оплата труда в которых ощутимо ниже, чем в западных. И до сих пор работа в западной компании считается более престижной вещью, чем работа в российской. Полагаю, что дело, в основном, в уровне заработной платы и прочих льготах.

– **Нормативное количество визитов в день.** Видел и 8, видел и 16. Кто во что горазд. Иногда хочется авторов максимального норматива попросить самих сделать такое количество визитов. Ведь работа представителя очень непростая как по моральным, так и по физическим параметрам. Откуда тогда 14 – 16 визитов? Кто может качественно сделать такую работу? Зачем людей подталкивать к тому, что они начнут фальсифицировать отчетность и прибавлять себе пару-тройку посещений, или все-таки делать этот адский норматив, но с крайне низким КПД. Как пошутила одна моя слушательница на семинаре: «Пришел-поздоровался-ушел».

– **Формы и виды отчетности.** Тут тоже – полная самостоятельность. CRM – система в каждой компании своя, поэтому любой опытный представитель, освоивший систему отчетности, принятую в одной компании, должен быть переучен на работу в другой CRM в другой компании.

– **Методы контроля.** Иногда вполне нормальным считается неожиданное появление линейного менеджера на визите представителя без всякого предупреждения. Где-то вокруг этого годами идут дебаты – унижает личное достоинство подчиненного, визит должен быть согласован с сотрудником. Где-то начинать можно и в 10 с хвостиком, а где-то в 9—00 уже надо

заходить в кабинет к врачу. Где-то процедуры и правила только пишутся, где-то замаешься с ними знакомиться, так все занормировано и запротоколировано. У кого-то есть комплайенс, запрещающий всё на свете, у кого-то сам этот термин ещё пока вызывает вопросы.

– **Система оценки труда каждого сотрудника.** Даже внутри одной компании порой нет принятых сквозных ключевых показателей эффективности, что уж говорить о разных производителях. Кто-то измеряет только норматив по визитам, кто-то – загрузки в аптеку. Кто-то – долю рынка и данные IMS Health (в настоящее время IQVIA™ (www.iqvia.com), DSM Group (www.dsm.ru) или Like Pharma (www.like-pharma.com) по динамике продукта или конкурентной группы... Многообразие, которое делает честь индустрии. Хорошо это или плохо? Не знаю, но это данность. И это при том, что представители и менеджеры среднего звена, чья работа чаще всего измеряется вышеописанными показателями, работают по 2—3 года в компании, а потом почему-то меняют работу. Нет ли вклада измерения результатов работы сотрудников в это явление? Неприятно чувствовать себя отстающим не из-за работы, а из-за качества измерения результатов этой работы. Как в афоризме времен Сталина: « Не важно, как голодают, важно, как считают». Работающий не всегда может догнать считающего, вот через пару лет марафона и возникает желание поработать в другом месте.

– **Работа с врачами – то, о чем мы будем говорить в этой книге более подробно.** Здесь тоже очень много разного. Есть специализированные линии или юниты, которые работают только с врачами. Такое разделение более-менее понятно, так как проще и в постановке задач сотрудникам, и в подготовке представителей, и в выполнении ими своей работы. Остаются ещё актуальными модели, в которых представитель работает и с аптекой, и с врачом. При этом часть дня ему надо демонстрировать одни навыки, вторую часть – другие. Плюс переключаться между задачами. Довольно трудное занятие. Рано или поздно при анализе визитной активности таких представителей обнаруживается «сваливание» их в более удобную плоскость – то на врачей, то на аптеки.

В середине 90-х годов, да и в начале 2000-х во многих компаниях были абсолютно универсальные сотрудники. Представитель сам себе был, что называется, и швец, и жнец, и на дуде игрец. Потом из этих представителей получились менеджеры, которых ничем уже нельзя было испугать – они сами умели все делать: и переговоры вести, и в аптеки ходить, и врачей посещать, и конференции организовывать, и лидеров мнения отбирать, и ещё много чего. Это были реально универсальные представители. Честнее их тогда было называть КАМ от английского « Key Account Manager» – менеджер по работе с ключевыми клиентами. Но чем дальше развивался бизнес, тем больше он специализировался.

На мой взгляд, крайне узкая специализация отделов внутри компании не оправдана: такое разделение функций напоминает мне известную интермедию Аркадия Райкина « Кто сшил костюм?»: «...Я прихожу к директору, я говорю: – Кто сшил костюм? Кто это сделал? Я ничего не буду делать, не буду кричать, я только хочу в глаза ему посмотреть. Выходит сто человек. Я говорю: – Ребята, кто сшил костюм? Они говорят: – Мы! Я говорю: – Кто это «мы»? Они говорят: – У нас узкая специализация. Один пришивает карман, один – проймочку, я лично пришиваю пуговицы. К пуговицам претензии есть?..»

Такого рода узкая специализация требует крайне высокой степени организации управления, кто-то должен постоянно получать информацию от всех отделов, консолидировать её, вносить коррективы, давать новые задания. Постоянно нужно направлять всех в единое русло, находить компромиссы между интересами разных отделов. Это трудно выполнить на практике: сильно мешает местечковая философия руководителей отделов – подразделений – групп и иных субподразделений.

Но специализация медицинских представителей необходима, особенно в условиях дробления функций между отделами. Те представители, которые работают с врачами, должны работать только с врачами. Тогда можно и найм нужных по профилю людей обеспечить, и подго-

товку организовать, и задачи поставить, и результат измерить. Первую специализацию «Врачи-аптеки» я провел в 2002 году и за все последующие годы ни разу не разуверился в правильности направления такого развития. Безусловно, в маленьких компаниях или в небольших городах будут оставаться представители, которые посещают и врачей, и аптеки. Это – неизбежность, с этим придется смириться. Но если появляется возможность иметь даже в небольшом городе 2 представителя разных линий – это нужно делать.

Если что-то забыл – дополните сами. Как бы утомительно не выглядело это мое описание «пестроты» рынка, оно, на мой взгляд, было необходимо. Ведь разные подходы к организации работы, к стандартам профессии и к оценке результатов ведут и дальше – к разным подходам к работе с клиентами. Как с аптеками, о которых я писал в своей предыдущей книге, так и с врачами.

Вот, собственно и всё, что я планировал рассказать о рынке, на котором нам с вами предстоит разрабатывать стратегию работы с врачами. Думаю, что информации привел много, если что-то было лишним – можно просто пролистнуть. Остальные 200 страниц обязуюсь посвятить разработке стратегии.

Но без знания особенностей фармы трудно будет создать адекватную и работающую систему взаимодействия с профессионалами здравоохранения. Особенно, если мы хотим её индивидуализировать.

ГЛАВА 2. СТРАТЕГИЯ РАБОТЫ С ВРАЧАМИ

С чего должна начинаться разработка стратегии работы с врачами?

Сама стратегия должна начинаться с описания порядка и набора действий при работе с врачом, и предположительно включает в себя следующие пункты:

§1. Определение потенциала территории, на которой компания собирается работать. Выбор приоритетных территорий.

§1.1. Кластерная модель.

§1.2. Модель «Привлекательность и результативность».

§1.3. Оценка потенциала по лечебно-профилактическим учреждениям, заболеваемости в территории и прочим параметрам.

§1.4. Покрытие территории в зависимости от региональной структуры компании

§1.5. Маркетинговые инструменты для понимания потенциала территории: «Пять сил конкуренции» Портера, цифровой SWOT – анализ, Декартов квадрат.

§2. Актуальный портрет врача. Психотипы по Марстону. Диффузия инноваций. Основные заблуждения в работе с врачами.

§2.1. Психотипы по Марстону.

§2.2. Диффузия инноваций Роджерса.

§2.3. Основные заблуждения в работе с врачами.

§3. Выбор врачей нужных специальностей для продвижения того или иного препарата, или как не ходить ко всем подряд с одним продуктом?

§4. Определение потенциала врача. Цели и задачи при работе с врачами разных категорий. Взаимодействие представителей врачебной и аптечной линий.

§4.1. Определение потенциала врача.

§4.2. Цели и задачи при работе с врачами разных категорий.

§4.3. Взаимодействие представителей врачебной и аптечной линий.

§5. 360 градусов в работе с врачом. Детальное описание каждого инструмента, входящего в эту стратегию.

§5.1. Роль отдела маркетинга в системе 360 градусов работы с врачом.

§5.2. Работа с ключевыми лидерами мнения (KOL – Key Opinion Leader).

§5.3. Конференции и круглые столы.

§5.4. Визит медицинского представителя.

§5.4.1. Визит к врачу – до /во время/ после.

§5.4.2. Детейлинг

§5.4.2.1. Некоторые методики проведения визита.

§5.4.2.2. Ошибки врачебного детейлинга.

§5.4.2.3. Персональные ошибки представителя при проведении детейлинга.

§5.4.2.4. Аргументация и работа с возражениями.

§5.4.2.5. Алгоритм проведения визита – шпаргалка.

§5.5. Интернет и дистанционное взаимодействие с врачом.

И следующие главы:

ГЛАВА 3. Создание Цикловой книги

ГЛАВА 4. Особенности продвижения безрецептурных препаратов у врачей.

ГЛАВА 5. Создание персональной стратегии работы с врачом.

ГЛАВА 6. KPIs медицинского представителя, работающего с врачом.

§1. Определение потенциала территории, на которой компания собирается работать. Выбор приоритетных территорий

Начнем «от печки». Как корректно выбрать территорию, на которой имеет смысл работать с врачами и набирать для этой работы сотрудников отдела продаж? Подробно свой взгляд на определение потенциала территории я описал в своей предыдущей книге «Как создать стратегию работы с аптекой. Практические советы». Кое-какие общие вещи повторю.

Для начала советую приобрести карту Российской Федерации. Когда в 2002 году я был назначен на должность Руководителя отдела продаж и стал отвечать за всю страну, подробная карта стала первым очень нужным приобретением. Можно, безусловно, её заменить любым электронным продуктом на компьютере, но главное одно: только с помощью карты можно узнать, что далеко не все города страны связаны между собой дорогами, особенно железными. Что при создании маршрута медицинского представителя важно знать, какова величина расстояния между ЛПУ его базы, разбросанными по региону. И понимать, что командировка, в которую он рвется, иногда не имеет смысла с точки зрения бизнеса, так как в городке на 20 тысяч населения нет врачей нужной нам специальности. Или есть одно ЛПУ, но врачи из этого ЛПУ часто бывают на различных конференциях в соседнем областном центре, где с ними вполне можно встретиться. География в таком деле, как выбор потенциальной территории для работы, имеет очень большое прикладное значение, особенно в России. При наличии небольшого отдела продаж медицинские представители должны быть сосредоточены в крупных городах (или агломерациях) и не тратить своё время на посещение городов с населением менее 300 тыс. человек. А вот если отдел продаж большой, то знание географии очень поможет правильно присоединять небольшие города к более крупным для увеличения охвата. Полезной может оказаться даже эта небольшая табличка, сделанная по данным на 01 января 2016 года ¹³:

	Крупнейшие (более 1 млн)	Крупные (500 тыс - 1 млн)	Крупные (250 тыс-500 тыс)	Большие (100 тыс - 250 тыс)	Средние (50 тыс - 100 тыс)	Малые (до 50 тыс)	Итого
Городов	15	21	43	90	155	788	1 112
Население, тыс	32 997	12 931	15 100	13 752	10 810	16 060	101 651
Население, %	32,46%	12,72%	14,86%	13,53%	10,63%	15,80%	100%

Становится понятным, что при наличии, например, 50 медицинских представителей, которые работают только с врачами, охватить можно будет 15 крупнейших городов, это при том, что в Москве имеется деление на округа, и необходимо присутствовать в каждом округе. А если эти представители будут ещё и аптеки посещать, то задача серьезно усложнится, и пятидесяти сотрудников может оказаться недостаточно.

Всего о любой территории, на которой собирается работать компания, нужно знать три группы сведений: географические и административно-популяционные, экономические и специфические – для конкретного бизнеса.



К **географическим** характеристикам относятся: месторасположение региона, климат, виды существующего транспортного сообщения в регионе.

К **административным**: число населенных пунктов, структура населенных пунктов по числу жителей, система администрирования региона.

Популяционные характеристики включают в себя: количество населения, городское и сельское население, его половой состав, возрастной состав, структуру трудоспособного населения, этнический состав населения.

Экономические характеристики выглядят следующим образом: наличие крупной промышленности, наличие градообразующих предприятий, бюджет региона (в т.ч. социальный), розничный товарооборот в регионе. Кроме того: оптовый и розничный оборот в конкретном виде бизнеса, доходы населения (на душу), покупательская способность населения, потребление товаров и услуг на душу населения, стоимость так называемой «потребительской» корзины, наличие бюджетных программ, доступность рекламы, наличие и активность конкурентов, различные косвенные экономические показатели – например, совокупный остаток доходов населения (особенно важный для ОТх).

Что касается **специфических** характеристик (в нашем случае – для фармацевтического рынка Rx и ОТх препаратов), то они выглядят следующим образом:

- заболеваемость населения по нозологиям
- бюджеты регионов на приобретение препаратов на нужды льготных программ; наличие таких программ
- объем рынка рецептурных лекарств и лекарств ОТх
- данные о потреблении лекарств на душу населения
- количество амбулаторных ЛПУ всех типов и подразделений внутри их
- количество стационаров, механизмы приобретения лекарств в них
- количество врачей по целевым специальностям
- наличие профильных ВУЗов и ФУВов (факультетов усовершенствования специалистов)
- факультетов пост-дипломного образования (ПДО)
- наличие ведущих лидеров мнения разных уровней
- наличие неформальных ассоциаций пациентов (например, ассоциация больных сахарным диабетом)
- количество дистрибьютеров – филиалов национальных и наличие вторичных
- структура сбытовых подразделений конкурентов

Какие-то данные из собранных могут и не понадобиться, но в любом случае большое количество информации даст возможность проводить многоплановые анализы и выбирать те факторы, которые действительно нужны для локального бизнеса конкретной компании. Практически все данные имеются либо в свободном доступе, либо официально приобретаются у компаний, работающих на фармацевтическом рынке с огромными базами данных, таких как IMS Health, DSM Group, Like Pharma, AlphaRM (www.alpharm.ru) и других. Безусловно, полевые силы тоже должны внимательно наблюдать за изменениями на рынке и вовремя информировать своё руководство и сотрудников отдела маркетинга.

Желательно полученные данные свести в общие таблицы или создать отдельную информационную панель. Это значительно упрощает работу по анализу потенциала тех или иных территорий при сравнении их друг с другом или с заведомо принятой за 1 по всем параметрам территорией, например, Москвой.

Ниже в таблице я привожу подобный пример для рынка безрецептурных препаратов, где все параметры Москвы приняты за 1, а параметры некоторых областей Центральной России – за долю от Москвы (данные IMS Health). Как видно из таблицы, рынок Московской области более, чем в 2 раза, меньше рынка Москвы, но является явно доминирующим в сравнении с остальными рынками приведенных областей. Так, например, костромской рынок меньше рынка Московской области почти в 25 раз. И стоимость средней упаковки на препарат тоже значительно ниже – покупают какие-то более дешевые вещи. Естественно, такую таблицу можно сделать как по рынку Rx, так и по госпитальному рынку, по отдельным классам АТС (анатомо-терапевтической классификации). Здесь важен принцип: Москва – 1, а все остальное измеряется от нее, так как практически нет производителей, которые не стремились бы работать в Москве при наличии мало-мальски приличного по объёму бизнеса. Этот же принцип можно использовать и для локальных (региональных) мелких производителей, только за «1» принимать самый важный локальный рынок. А остальные территории для регионального расширения считать от него.

	Рынок ОТС	Затраты на человека в год	Годовой оборот на 1 аптеку	Средняя цена 1 упаковки ОТС
Москва	1,00	1,00	1,00	1,00
Московская область	0,49	0,82	0,72	0,85
Белгородская	0,08	0,65	0,51	0,55
Брянская	0,06	0,65	0,46	0,48
Владимирская	0,05	0,41	0,27	0,54
Ивановская	0,03	0,37	0,30	0,59
Костромская	0,02	0,40	0,29	0,54

Можно выбирать любые сопоставимые критерии и по территориям, особенно, если информация будет собрана в одном месте. Прикладное значение всех этих упражнений одно – становится возможным очень точно распределить усилия отдела маркетинга и полевых сил. Так, если у Вас в компании небольшой отдел продаж, до Костромы может быть и не нужно доезжать, а вполне правильным станет сосредоточение усилий в крупных субъектах типа Москвы, Московской области и, например, Белгородской (если смотреть на приведенную в качестве примера таблицу). Что важно для менеджмента – появляется адекватный инструмент для рас-

пределения усилий и прекращения «размазывания» по стране инвестиций. Фокусировка – то, о чем постоянно говорят, но на практике не всегда делают. Важно и то, что при сравнении многие субъекты смотрятся иначе, чем при простом умозаключении, например, разнице в популяции. Так, например, по популяции Брянская область больше Ивановской только на 20%, а по рынку – в 2 раза.

Безусловно, можно просто ориентироваться на динамику конкурентной группы на рынке и доли своего продукта за определенный период времени и бросать в бой все новые и новые батальоны в тех местах, где рынок растет, а доля продукта падает. Методика очень простая, но, на мой взгляд, довольно опасная, напоминающая не системную работу, а пожаротушение.

Очень интересная книга по ошибкам менеджмента вышла из-под пера Сидни Финкельштейн « Ошибки топ-менеджеров ведущих корпораций». Один из описанных случаев использования доли рынка как основного критерия эффективности своей работы описан так ¹⁴: « *Западня непоказательного показателя, или неправильный выбор единиц для измерения успеха* . Когда руководители придают излишне большое значение второстепенным аспектам делового процесса, они рискуют причинить подвластной им организации серьезный ущерб. Наиболее типичным примером непоказательного показателя может служить доля рынка. Безусловно, во многих случаях рыночная доля является важным индикатором успеха той или иной компании. Однако её размеры ничего не говорят ни о том, какую стоимость создает организация, ни о том, какую стоимость она получает.

Когда Sony приобрела Columbia Pictures, главным критерием для оценки деятельности киностудии была избрана доля рынка, что отодвинуло на второй план все остальные аспекты кинопроизводства, в том числе и уровень расходов, необходимый для достижения вожденного результата. В итоге Columbia выпустила на экран ряд фильмов, которые собирали гигантские аудитории, но при этом оставались глубоко убыточными из-за своей небывалой дороговизны...».

Поучительная история. И в моей практике я встречался с тем, что компании пытались ставить планы своим сотрудникам, работающим в городах России, по достижению доли рынка в конкурентной группе в конкретном городе. Естественно, такой параметр измеряют организации, например, IMS Health и DSM Group, сведения которых о продажах компании в территории точные и исчерпывающие, но не всегда идеальные. Вопрос – в экстраполированных данных, которые вынужденно используются всеми компаниями, измеряющими продажи на розничном рынке, и которые будут отличаться от собранных абсолютных данных из каждой аптеки (что нереально сделать в условиях такой огромной страны, как Россия!). Любой измеритель имеет погрешность, ещё в институте меня научили тому, что ошибка даже у обычных весов составляет половину цены деления, т.е. если шкала весов имеет цену в 10 грамм, то 5 грамм – цена ошибки, которую эти весы будут допускать при измерении.

Но в моём примере план аналитиками компании представителям выставлялся в абсолютных величинах (деньгах или упаковках), которые и составляли далее предполагаемый рост доли рынка. То есть, если, например, в текущем году я на территории области N продал 1 000 упаковок какого-то продукта, то это по данным IMS Health или DSM Group соответствовало, например, моим 20% доли в конкурентной группе, так как вся группа продавалась в количестве 5 000 упаковок. Отлично. Теперь надо планировать следующий год. По логике, ставится задача достичь 25% доли на рынке – то ли эту территорию подтянуть к среднероссийской, то ли просто агрессивно завоевать своё место на рынке. Если группа не будет расти и останется такой же – 5 000, то мне надо продать 1 250 упаковок, на 250 упаковок больше. А если будет падать, то мне может и 1 000 хватить. А если сильно расти И начинается бессмысленное гадание на кофейной гуще, так как я либо план в упаковках выполняю, но не достигну доли рынка, либо с долей всё будет ок, но план в упаковках не выполнится.

Довелось как-то недолго поработать в такой парадигме: из 60 субъектов страны только у нескольких тенденция выполнения плана и достижения доли рынка по одному из брендов двигались синхронно в одну сторону: к минусу или плюсу. У всех остальных стабильно выполнялся только один из параметров. Это примерно так же, как решать вечную проблему с рабочим днём представителя, которого хотят «измерить» по двум параметрам: 12 визитов в день или работа с 9 до 18.

Никто, включая кофейную гущу, не знает, что будет делать сегмент рынка, на котором могут появиться новые игроки, или старые игроки вдруг кинутся инвестировать в эту группу препаратов и разгонят рынок; что-то случится с производством у одного из игроков и рынок просядет. Кроме того, такая методика вызывает у полевых сил отторжение ввиду своей «5D» – составляющей. Поверьте – нет ничего хуже, чем постановка размытых задач исполнителям и непонятных критериев измерения их результата.

В случае ориентации только на долю рынка можно попасть в следующую ситуацию. Например, Ваша компания работает на рынке только в двух классах по АТС, например, «респираторные заболевания» – 6,7% от рынка РФ (по данным DSM Group, приведённым ранее), и «препараты для лечения заболеваний кожи» – 8,8% соответственно. Таким образом, компания работает только на 15,5% рынка. Если считать долю рынка компании от всего рынка, цифра будет не очень большая; а вот если указывать только те рынки, на которых компания работает, то доля может стать и ничего: можно иметь 5% в респираторных и 20% в дерматологии, что даст неплохой результат для демонстрации. А теперь представьте, что Ваша компания вывела на рынок новый препарат в группу «пищеварительный тракт и обмен веществ», занимающий 8,1% рынка. Вроде как теперь компания работает на 23,6% рынка, только доля Вашего нового продукта в новой для компании группе АТС – 0,1%. То есть для демонстрации успехов рынок для работы вырос, а суммарная доля компании на нём – упала.

Дополнительно можно анализировать следующие параметры, например: место региона в общем обороте компании; динамику роста товарооборота в целом в сравнении с РФ; динамику роста доли рынка региона в сравнении с РФ (с теми предосторожностями, которые я описал выше); динамику роста в отдельных АТС-классах; SOV («доля голоса») в сравнении с другими регионами, РФ и конкурентами в мероприятиях по продвижению своего продукта; ROI; количество посещений целевых групп и динамику охвата целевых групп индивидуальными визитами или массовыми мероприятиями.

Главное при оценке различных параметров и сопоставлении данных избегать нескольких крупных ошибок:

- стараться измерить абсолютно всё, даже то, что в принципе измерить невозможно инструментами, применяемыми на фармрынке;

- перестать постоянно использовать множество самодельных инструментов, часть из которых не имеет необходимой информативности – например, считать загруженный в аптеку товар проданным через месяц, хотя нет никакой гарантии, что это верно;

- делать из правильных цифр неверные выводы – всегда поражала меня бурная деятельность некоторых сотрудников отдела маркетинга, поднимавших бурю в стакане воды после получения цифр продаж за месяц (!) по данным IMS Health. «Лёлик, усё пропало!», бег на месте с отчаянным посыпанием пеплом голов, как правило, медицинских представителей, которые не так продвигали товар среди врачей. Месяц все жили как на вулкане, потом наступал очередной период предоставления отчетности IMS Health за другой месяц. Там цифры как-то сами собой нормализовывались, пепел заканчивался, бег прекращался, сразу возникали комплименты и дифирамбы в адрес полевых сил. Через месяц: опять плохо, опять хорошо, опять...

- «paralysis by analysis». Пока данные до пятого знака не сойдутся, анализ не прекращается. При этом инструменты, используемые в измерениях, имеют значительные погрешности или вообще довольно грубо экстраполированы, так как призваны отражать только стратегию,

а не точные абсолютные величины. Если по данным мониторинга выписки ревматологами препарата X установлено, что в 15-и городах РФ, где проводится этот мониторинг на 50-и врачах, один врач выписывает в месяц 12 упаковок, можно ли с уверенностью сказать, что 2 000 врачей данной специальности в стране точно выпишут каждый по 12 упаковок? И использовать данные цифры как абсолютные величины со 100% точностью? И премировать за это людей?

§1.1. Кластерная модель

Довольно интересным и полезным инструментом как для маркетологов, так и для полевых сил, может оказаться объединение определенных территорий, показывающих одинаковые результаты реализации продукта на рынке в сравнении с конкурентами, в единые кластеры. Для рецептурных препаратов это особенно актуально, и наглядно.

Идея витала в воздухе давно, так как уж слишком трудно разбираться в премудростях огромной страны, состоящей из 85 субъектов. Деление на регионы помогает с точки зрения организации управления и логистики перемещений сотрудников, но, к сожалению, не более того. В каждом регионе есть своя условная «Кострома» (здесь и далее – только в качестве примера маленького города, но в мою бытность работы руководителем отделов продаж, всегда показывающего отличные результаты за счет энтузиазма сотрудников). К таким городам нужен свой, особый подход, с ориентацией на небольшое число населения, невысокие доходы, монополию сетевого бизнеса, отсутствию развитой коммерческой медицины и т. д. Очень часто компании, решившиеся работать в таких небольших городах, имеют там в штате одного сотрудника. Если портфель подразумевает и аптечную, и врачебную поддержку, такой представитель становится универсалом: утром – врачи, вечером – аптеки. Можно и наоборот. Или ещё более изобретательно – врачи и аптеки вперемешку с лидерами мнений, администраторами ЛПУ. Делать в Костроме то же самое, что в Санкт-Петербурге, по меньшей мере, неверно.

Проведенный несколько лет назад тщательный анализ жизни в конкурентных группах, в которых на рынке присутствует компания, показал, что многие города с точки зрения врачебных привычек выписывать определенные бренды ведут себя одинаково, будучи географически расположенные в различных регионах страны. Так, например, дорогостоящие антигистаминные препараты (они хоть и ОТС в большинстве своём, но очень широко выписываются врачами) отлично продаются в 2-х столицах и в городах с населением менее 400 тысяч – в сравнении с поведением своей конкурентной группы. При этом дешевые аналоги продаются неплохо в городах с населением от 500 тысяч до миллиона и в миллионных агломерациях. Возникает вопрос – надо ли одинаково продолжать работать в городах с разной ситуацией в реализации дорогих антигистаминных препаратов? Думаю, что нет. Кроме того, если в 2-х столицах есть все представители конкурирующих компаний, то в городах с населением менее 400 тысяч – только фармгигантов, и вполне может быть, что другие антигистаминные, кроме дорогих, продвигаемые силами вашего представителя, уже нашли достойное место в арсенале врачей.

Как оказалось, наиболее четкими критериями для кластеризации страны (в примере приведены 6 кластеров, количество их зависит от фантазии исполнителей, но, по моему опыту, 8 – уже много) вполне может служить популяционно-экономическая составляющая населения наших 85 субъектов. Точнее, количество населения и доходы на душу этого населения как два самых доступных и простых фактора. К этому можно добавить ещё и такой параметр, как продажи на 1 аптеку. И это как-то легко сочетается с долей препаратов на рынке в своих конкурентных группах, например, по данным IMS Health.

Кластер	Территориальные критерии		Описание характеристики кластера								
	Размеры городов в кластере, млн	Доля на душу населения в сравнении с населением кластера 1, принятого за единицу	Городская доля населения, млн	Число врачей заданной специальности в кластере	% покрытия сотрудниками компании	Доля АТС в регионе, %	Динамика доли АТС по МАТ, %	Доля конкурента № 1 в АТС, %	Динамика доли конкурента № 1 в АТС по МАТ, %	Доля препарата компании в АТС, %	Динамика доли препарата в АТС по МАТ, %
1	15	1	15	700	90	12,3	2,3	21,3	0,1	17,6	3,2
2	5	0,63	5	500	90	11,8	1,5	18,7	2,1	22,2	1,5
3	1,8-2,7	0,53	22	300	80	15,6	5,2	20,2	3,1	15,5	2,2
4	0,9-1,5	0,52	15	250	70	13,2	4,4	27,2	0,4	17,8	8,8
5	0,5-0,8	0,46	10	250	60	11,5	2,2	18,9	1,1	18,3	5,3
6	0,2-0,4	0,44	9	200	50	12,3	7,1	19,7	7,7	12,4	0,2

АТС (АТХ): латинское название – Anatomical Therapeutic Chemical (АТС). Исходя из этой системы, все лекарства делятся на группы согласно их основному терапевтическому применению. Например, АТХ С – препараты для лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы, а С04- это периферические вазодилататоры.

В приведенной таблице все города РФ сведены в 6 кластеров. Данные, которые находятся в таблице, взяты исключительно для того, чтобы рассмотреть общую картину как пример. Кластер 1 – это может быть Москва и Московская область, кластер 2 – Санкт-Петербург и Ленинградская область, кластер 3 – истинные миллионники, кластер 4 – миллионные агломерации: крупные города и небольшие городки-спутники вокруг них, кластер 5 – от 500 до 800 тысяч жителей, кластер 6 – менее 500. Что такая кластеризация страны дает отделу маркетинга? Возможность разработки стратегии для городов с разным уровнем конкуренции и разной динамикой продаж своих продуктов в конкурентных группах, но не для 85 типов, а только для шести.

Если отбросить первые 2 кластера – Москва и Санкт-Петербург, для которых необходимо разрабатывать отдельные стратегии, при любом региональном делении в каждом регионе будут представители всех оставшихся 4-х кластеров. Почему для Москвы и Санкт-Петербурга надо разрабатывать отдельные подходы в продвижении товара? По декабрьским данным DSM Group¹⁰, за год среднестатистический житель Москвы покупает 46 упаковок лекарств. В целом по России этот показатель находится на уровне 28 упаковок. Москва – лидер не только по среднедушевому потреблению лекарств в упаковках, но и по потреблению в рублях. В среднем житель Москвы тратит в год на лекарства 11 703 рубля. Например, в Санкт-Петербурге этот показатель намного ниже – 5 802 рубля и 28 упаковок, хотя и превышает таковой во многих регионах страны. Кроме того, в Северной столице практически отсутствует несетевая розница, что требует разработки отдельной стратегии взаимодействия с аптечными сетями, что обязательно сыграет свою роль при построении дистрибуции любого препарата, в том числе и рецептурного.

Вернемся к России. Активация маркетинговых инструментов может быть проведена по-разному для разных кластеров, в конце концов, и продвижение разных продуктов или разных SKU одних и тех же брендов может рассматриваться в контексте кластеров. Для полевых сил это означает появление адекватного планирования, связанного не с амбициями, а с реалиями, и, как следствие, понимание этого плана и стремление его выполнить. Для маркетинга – возможность создания не одинаковых стратегий продвижения продуктов для всей страны, а разумно разных, но, в то же время, не отдельных для каждого субъекта страны, а всего нескольких – по числу кластеров.

Согласитесь, что не всегда стоит «убиваться» в небольших городах, пытаясь там завоевать среднероссийскую долю рынка в определенном АТС-классе, если у Вас продукт стоит несколько тысяч рублей. Вполне, особенно при большом портфеле, можно продвигать такие продукты на ограниченных территориях, имеющих достаточный финансовый потенциал. При этом сосредоточиться на более массовых препаратах в территориях с небогатым населением. И ещё: кластерный анализ показывает поведение конкурентов в «однотипных» городах разных

регионов, а бенч-маркинг на рынке никто не отменял – зачастую конкуренты понимают бизнес ничуть не хуже Вашей компании!

§1.2. Модель «Привлекательность и результативность»

Одним из прикладных методов оценки потенциала территории и, заодно, результативности персонала, может стать нижеследующая методика.

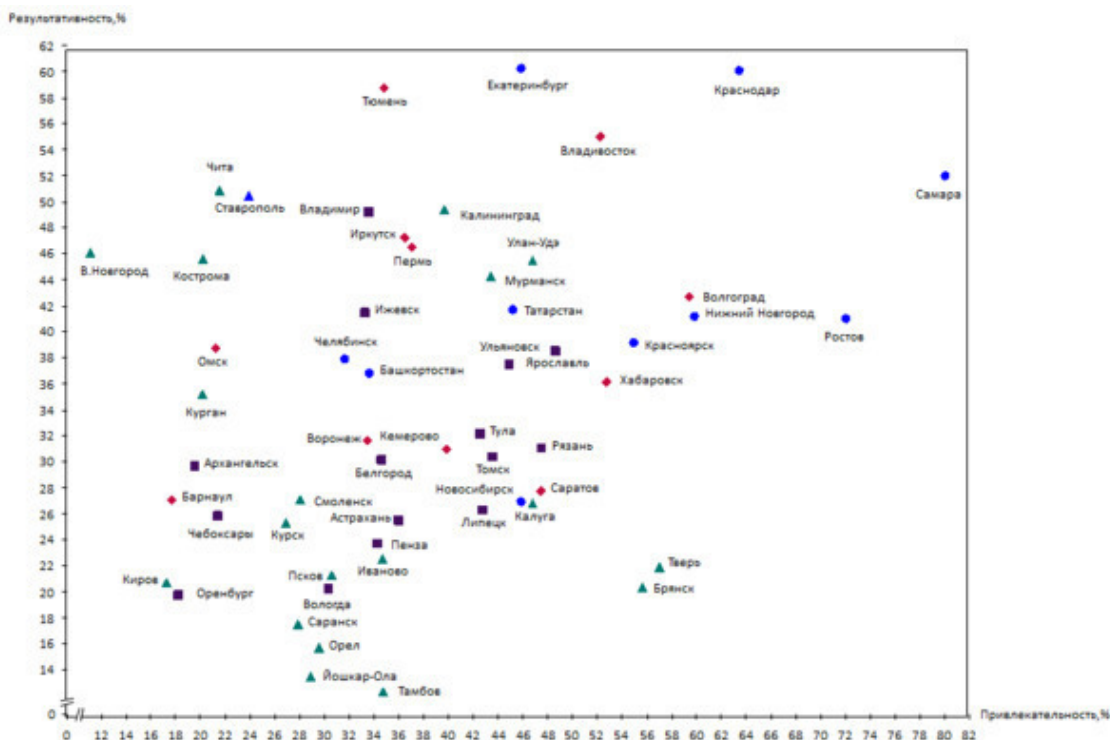
Территория оценивается по 2-м критериям – привлекательности для бизнеса и результативности персонала на этой территории. При этом можно пользоваться таким алгоритмом для отдельных рецептурных препаратов на розничном рынке, что более показательно. Выбираются, например, по 4 фактора для каждого критерия и определяются их веса (может быть выбрано сколько угодно и каких угодно факторов в зависимости от потребности и на ваш вкус, необходимо только определить вес каждого отдельного фактора для вашего бизнеса). Важен сам принцип и сам подход. Цифры, указанные в табличке ниже, взяты мною исключительно как образец, чтобы не оставлять пустыми ячейки, поэтому и веса критериев одинаковые. Аналогичный принцип может быть использован и для оценки привлекательности и результативности госпитальных продаж, то есть для любого вида реализации продукции, связанного с визитными усилиями медицинских представителей.

Привлекательность	Критерий	Вес, %
	Объем конкурентного окружения, абсолют, деньги. Внутри АТС, без препарата компании	25
	Динамика роста конкурентного окружения,%. Внутри АТС, без препарата компании. Используется объем в деньгах.	25
	Доля конкурентной группы в рынке территории,%. Только для ЛС.Используется объем в деньгах.	25
	Продажи продукта за период на 1 врача в территории, абсолют, упаковки. Для госпитальных продаж - на одну профильную койку. Если получающаяся величина < 1, вводится поправочный коэффициент. Если препарата ещё нет на рынке, в качестве модели можно использовать конкурента - лидера группы	25

Результативность	Критерий	Вес, %
	Факт продаж продукта на территории, абсолют, деньги.	25
	Динамика доли в АТС проданного за период продукта на коммерческом (госпитальном) рынке, %.Используется объем в деньгах.	25
	Факт продажи продукта на 1 визит, упаковки.Если получающаяся величина < 1, вводится поправочный коэффициент	25
	Факт продаж продукта на 1 сотрудника на территории, упаковки или деньги.Если получающаяся величина для упаковок < 1, вводится поправочный коэффициент	25

В результате работы компьютера, в который загружаются полученные данные, создаётся диаграмма. На этой диаграмме города РФ, в которых присутствуют медицинские представители, распределены по параметрам привлекательности для продаж определенного продукта

и результативности работающего там персонала. Мною приведена теоретическая диаграмма распределения городов, без Москвы и Санкт-Петербурга, для городов 3—6 кластеров.



Как трактовать полученные данные? Все, что находится в правом верхнем квадранте, однозначно представляет интерес и с точки привлекательности для бизнеса, и с точки зрения оценки результативности работающего там персонала. То, что находится в левом нижнем квадранте – малопривлекательно или малорезультативно в исполнении персонала, который там находится. Соответственно, территории могут быть высокопривлекательными, но с малой результативностью (условные Тверь, Брянск на данной диаграмме), либо высокорезультативными на малопривлекательном рынке (условные Великий Новгород и Кострома как пример такого рода городов). Следовательно, на рынках Твери и Брянска – в этом теоретическом примере – надо очень внимательно посмотреть, что и как делают сотрудники, достаточно ли тех усилий или качества тех усилий, которые приложены для получения результата. На рынках Великого Новгорода и Костромы – видно, что, несмотря на маленький рынок, сотрудники собирают в полях максимально возможный урожай по своему продукту в конкурентной группе.

В принципе, инструмент довольно удобен для того, чтобы определить, привлекательна ли территория и стоит ли на ней разворачивать отдел продаж (часть – «Привлекательность»). И оценить, насколько хорошо работает уже расположенный персонал (часть «Результативность»). Так как модель работает для отдельных брендов, менеджер по продукту может понять, насколько правильно разработана его стратегия, как она внедряется в практику на отдельных территориях и какова результативность продвижения продукта теми усилиями, которые используются для этого.

Кроме того, в модели заложены маркетинговые факторы, такие как: объем реализации конкурентной группы по АТС, динамика роста конкурентной группы, доля этой группы в общем рынке территории. Даже если использовать только эти параметры, то привлекательность территории вполне можно оценить.

Например, Ваша компания только начинает работу на территории и хочет понять, стоит ли идти с конкретным брендом туда. Для модели можно смело использовать вышепере-

численные маркетинговые факторы (объем реализации конкурентной группы по АТС, динамика роста конкурентной группы, доля этой группы в общем рынке территории) и добавить в качестве бенч-маркинга конкурентный препарат, лидирующий в группе. Сочетание всех факторов с определенными весами даст понимание того, насколько привлекательна для бизнеса территория в сравнении с эталонной (например, Москвой, привлекательность которой не подвергается сомнению большинством производителей) или с той, где Ваша компания уже начала работать.

§1.3. Оценка потенциала по лечебно-профилактическим учреждениям, заболеваемости в территории и прочим параметрам

Получить многие необходимые для работы сведения можно просто-напросто из открытых источников. Последнее время Росстат сильно прибавил в скорости, например, в апреле этого года я имел данные из открытого для скачивания ресурса за полный 2016, а часть – за 2017 год. Разная полезная информация на 511 страницах в формате pdf. Для тех, кому вовсе лень искать: www.gks.ru. На сайте Минздрава РФ есть различная полезная информация, в открытом доступе – сборник за 2016 год: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2016-god>. Отдельно по Здравоохранению: выпущен сборник «Здравоохранение в России -2017», http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/zdrav17.pdf.

На сайте органов здравоохранения в субъектах России тоже есть своя информация. Такого рода информация также находится в статусе «открытая», поэтому ею можно воспользоваться.

Что касается готовых баз данных по ЛПУ и специалистам здравоохранения: на российском рынке имеется достаточное количество провайдеров подобной информации, которые готовы снабдить фармкомпанию необходимыми данными. История здесь такая же, как и с базами данных аптек: можно купить (не очень дешево), можно собирать самостоятельно (дешевле, но хлопотнее). Самый передовой подход – покупка CRM – системы вместе с базами данных, которые провайдер сам будет верифицировать и постоянно содержать в актуальном состоянии. Например, знаменитая база данных по специалистам OneKey®.

Также в открытом доступе есть информация медицинского свойства, в крайнем случае, её всегда можно получить в местных органах здравоохранения. Если же компания решится сама собирать данные о ЛПУ и врачах, которые там работают (опираясь на официальные статистические данные о здравоохранении и заболеваемости в том или ином субъекте РФ), начинать надо с перечня лечебно-профилактических учреждений, которые есть на территории, например, амбулаторно-поликлинические учреждения, диспансеры, стационары и санатории (профилактории, курорты) и другие.

Какой набор сведений о том или ином ЛПУ может интересовать компанию? Примерные данные (как образец) уместаются в таблицу ниже:

Количество отделений / Количество коек			Какие группы препаратов из ассортимента компании применяют		
Аритмология			Антибиотики		
Гастроэнтерология	1	40	Блокаторы кальциевых каналов		
Гинекология			Бета-блокаторы		
Инфекционное			Декстраны		
Кардиологическое	1	60	Диуретики		
Кардиохирургия			Гепатопротекторы		
Микрохирургия			Желатины		
Нейрореанимация			Ингибиторы АПФ		
Неврология	1	40	Компоненты крови		
Нефрология	1	20	Крахмалы		
Операционный блок	3		Лечебное питание		
Офтальмология			НПВС		
Проктология	1	20	Нитраты и нитриты		
Реанимация	1	10	Ноотропы		
Родильное			Растворы аминокислот		
Терапевтическое	2	80	Сахароснижающие препараты		
Травматологическое			Энзимы		
Урологическое	1	20	Ферментные препараты		
Хирургическое	2	120			
Эндокринологическое	1	20			
Всего:			15	430	
Поставщики	Кратность закупок		<div>Контактные лица</div> <div>Финансирование</div>		
	1раз/м				
	2раз/м				
	1раз/кв				
	1раз/пол				
	Субвенции				
	Конец года		Федеральное		%
			Местное (различные виды)		
			Внебюджетное		

При работе с крупными стационарами имеет смысл заполнять паспорт ЛПУ (данные находятся, как правило, в открытом доступе; если чего-то нет – не страшно, главное – понять коечную мощность, обрачиваемость койки и профиль отделений):

	Среднемесячное число коек	Работа койки	Оборот койки	Среднее пребывание на койке
ОЖОГОВЫЙ ЦЕНТР				
палаты для взрослых				
палаты для детей				
ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР				
Колопроктологическое отделение				
Отделение гнойной хирургии				
Хирургическое отделение				
палаты для взрослых				
палаты для детей				
Сосудистой хирургии отделение				
Микрохирургическое отделение				
Гинекологическое отделение				
ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР				
Пульмонология				
палаты пульмонологические				
палаты терапевтические				
палаты аллергологические				
Ревматологическое отделение				
палаты ревматологические				
палаты кардиологические				
Гастроэнтерология				
палаты гастроэнтерологические				
палаты токсикологические				
Эндокринологическое отделение				
УРОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР				
Урологическое отделение №1				
Урологическое отделение №2				
Нефрологическое отделение				
Отделение диализа				

§1.4. Покрывание территории в зависимости от региональной структуры компании

На выбор и дальнейшее покрытие территории будет влиять и принятая в компании региональная структура. Как правило, компании пользуются одним из 5-и принципов региональной организации своих сил: по «принципу примыкающих территорий»; сегментная организация; мультифункциональная организация; организация по терапевтическому классу; по географическому принципу. Коротко остановлюсь на всех применяющихся на практике принципах.

– **По «принципу примыкающих территорий».** Примыкающие территории – территории, которые граничат друг с другом. Организация персонала проводится таким образом, чтобы территории представителей граничили друг с другом. Подобная форма организации позволяет ликвидировать «зазоры» и избежать «пустые» участки между зонами ответственности представителей. По моему личному опыту, здесь важно обратить внимание на следующие две вещи. Первое – географические параметры границ должны быть проверены. В противном случае, деление с помощью карты без проверки в „полях“ может привести к тому, что часть территории окажется отрезанной железной дорогой, объезд которой на машине приведет к дополнительным временным потерям. Второе – своевременное информирование представителей о том, что является границей и где она проходит. В практике был абсолютно курьезный случай, когда в центре Москвы не „покрывалась“ представителями серьёзная ведомственная поликлиника, так как она находилась ровно на границе двух территорий, при этом каждый из представителей считал, что её посещает его сосед. На беду и менеджеры были разные. Так что случайно обнаруженная поликлиника вошла в базу только через пару кварталов. В таких случаях помогает волейбольный принцип взаимодействия двух игроков, между которыми падает мяч: «отбиваю, если он у меня справа».

– **Сегментная организация** – предусматривает фокусирование «полевого» персонала на отдельные сегменты потребителей, например на врачей общей практики, больницы, ведомственные ЛПУ и т. д. Представители представляют полный ассортимент компании каждому отдельному сегменту. В результате такой организации «полевые» сотрудники становятся экспертами по клиентам, представляющим каждый отдельный сегмент. Благодаря лучшему пониманию клиентов и гибкости, компания становится в состоянии разрабатывать программы работы с каждым клиентом, что прибавляет дополнительную стоимость к своим лекарственным препаратам.

– **Многофункциональная организация** – создаются подразделения, которые могут использовать широкий спектр корпоративных ресурсов для обслуживания ключевых клиентов (КАМы). В таком варианте ключевые клиенты контактируют только с этим одним представителем компании, который имеет возможность использовать все необходимые ресурсы для удовлетворения потребностей ключевого клиента. Это позволяет фармацевтической компании и её ключевому клиенту создавать совместные программы и устанавливать приоритетные задачи. Результатом является повышенное взаимное удовлетворение сотрудничеством и создание крепких связей между ключевым клиентом и производителем.

– **Организация по терапевтическому классу лекарственных препаратов, реализуемых компанией** – структура, похожая на многофункциональную. Как руководитель отдела продаж, так и руководитель отдела маркетинга подчиняются одному менеджеру, отвечающему за определенный класс или разновидность лекарственных препаратов. Например, дивизионы, отвечающие за продвижение госпитальной продукции и ритейла; Rx или OTC; диабета и радиологии и т. д.

– **Организация по географическому признаку** – модель представляет собой деление по принципам географии (город или его часть; города с сателлитами; области; объединения областей; регионы, группы регионов или округа) представителей и их менеджеров с делегированием широких полномочий и, по возможности, большей децентрализации при принятии решений на территории, обслуживаемой такой группой сотрудников.

Кроме всего вышеописанного, надо будет ответить себе на несколько важных вопросов, таких как: какое количество персонала необходимо иметь на территории; какое количество клиентов нужно охватить и с помощью каких инструментов; кто они – клиенты? На первый вопрос ответов может быть несколько, так как важно чётко понимать, какой подход принят в компании к количеству персонала: *распределение с точки зрения рабочей нагрузки, потенциала сбыта или оценки результатов экспертной оценки.*

Что можно сказать о *рабочей нагрузке*? Методика определения довольно проста.

Например, планируется «покрыть» на определенной территории 500 терапевтов силами какого-то количества представителей. Эти терапевты были отобраны отделом маркетинга по принципу желаемой доли «покрытия», которая по стране составляет, например, 20% для этой целевой аудитории (терапевтов много, поэтому всех их посетить не удастся). Речь идет не о таргетированной базе врачей с определенными потенциалами, а о том, сколько представителей нам необходимо нанять в данной территории для эффективного покрытия 500 врачей.

Максимальное возможное количество рабочих дней медицинского представителя при пятидневной неделе в 2018 году: 247. Это без отпуска представителя и врача. А если компания работает с психиатрами, у которых дополнительный к основному отпуск составляет 35 дней по приказу №482 от 06.06.2013? Да и представитель в отпуск ходит, следовательно, из рабочих надо вычесть ещё 20 его дней при 28-и дневном календарном отпуске. Есть компании, где дают ещё 5 рабочих дней в качестве дополнительного отпуска сотрудникам за разъездной характер работы. Итого получается уже не 247, а только 227, а то и меньше. А если по психиатрам равняться, то и того меньше.

227 рабочих дней – это максимум того, что может дать компании представитель в год. Но мы ещё не учли, что он чинит машину, болеет, ездит на склад за промоционными материалами, участвует в тренингах и цикловых митингах. В конце концов, сдает авансовые отчеты, которые тоже когда-то надо делать. Итого – машина и авансовые отчеты – 1 день в месяц, или 12 дней в год; болезнь – 1,5 дня в месяц, 18 дней в год; склад – 0,5 дня раз в 2 месяца, итого – 6 дней; ну и цикловые – 11 дней в год для ровного счёта. Получается: $227 - 12 - 18 - 6 - 11 = 180$ дней. Вот ведь незадача – думали, что он работает весь год, а он трудится в 2 раза меньше! В день представитель делает (по нормативам компании), например, 12 визитов в день. Речь идет о так называемых «face-to-face» (персональные визиты к врачу, «лицом к лицу»).

Уберем конференции и круглые столы – допустим, их делает кто-то другой. Если проводит представитель, то из полевых дней придется убрать и это время. Например, круглый стол на 3—4 человека – 25% рабочего дня, на 10-15- 50% дня; конференция – полный день. Следовательно, число дней для «face-to-face» ещё уменьшится.

В нашем примере мы эти дни убирать не будем, поэтому 180 дней по 12 визитов в день даст нам всего 2 160 персональных визитов. Итак, мы определили визитную емкость одного медицинского представителя.

Теперь надо понять, сколько таких представителей необходимо для покрытия 500 врачей в год нашей визитной активностью. Предположим, что мы имеем дело с врачами с равным потенциалом, и компания приняла решение посещать каждого врача не реже 10 раз в год (эта кратность соответствует частоте посещения врача 1 раз в месяц с учетом его отпуска, несопадения его отпуска с отпуском представителя, отпуском психиатра, в конце концов!). Следовательно, на территории с 500 врачами можно выполнить в год 5 000 визитов.

Если один представитель в год дает нам всего 2 160 визитов, то при посещении баз с 500 врачей с частотой 10 визитов в год нам надо: $5\,000 \text{ визитов} / 2\,160 \text{ визитов} = 2,3$ ставки. Если же, например, врачи откатегоризированы, и распределены как 50/50 по категориям, требующим разное количество визитов (о категориях – далее и более подробно, пока так: категория А – 2 визита в месяц, категория В – 1 визит в месяц), то надо считать по-другому.

Тогда наши подсчёты будут выглядеть так: 250 врачей должны быть посещены 10 раз в год, т.е. это даст нам 2 500 визитов. 250 их коллег – 20 раз в год, что составит 5 000 визитов. Итого, сделать необходимо уже не 5 000 визитов, а 7 500. Представитель по-прежнему делает только 2 160 визитов. Следовательно, таких представителей для выполнения такого рода задач должно быть: $7\,500 / 2\,160 = 3,5$ ставки.

В компаниях есть более точные данные о средних «потерях» в виде больничных листов, цикловых митингах, тренингах, времени, которое проводится на складе при получении промоматериалов. Всё это требует налаженного учёта, так как работа медицинского представителя – дорогое удовольствие для компании. Более двух миллионов рублей в год со всеми расходами и налогами. Если его ещё отправлять встречать ключевых лидеров мнения, отвозить акты выполненных работ провайдером услуг по организации конференции, заставлять его сидеть на конференции и слушать выступающего лектора и т.д., то количество дней в «поле» будет драматически уменьшаться. Не спорю – если в компании приняты такие «отвлечения» – не вопрос, только они должны быть убраны из «полевых» дней, так как визиты не выполняются, а выполняется другая работа, за которую производится безусловная оплата как за визитный день. Что делать, если у представителя стоит план продаж в упаковках, который рассчитан как предполагаемые визиты в течение 20 рабочих дней в месяц, а на деле остаётся только 10, так как остальные 10 потрачены на любую другую работу – не спорю, тоже нужную и полезную?

Ниже – пример таблицы по распределению нагрузки на представителей для всей страны, для любой территории можно сделать аналогичное упражнение:

20xx год						
Врачебная специальность	Всего врачей в стране	Всего в базах данных компании	Целевое покрытие	% покрытия от страны	Средняя чистота визитов в год	Число визитов в год к данной специальности
Терапевты и врачи общей практики	40 000	31 000	15 000	37,5	10	150 000
Кардиологи	9 700	9 700	8 000	82,5	20	160 000
Гастроэнтерологи	3 000	2 700	1 500	50,0	20	30 000
Неврологи	8 800	8 000	4 000	45,5	10	40 000
Эндокринологи	4 500	4 500	2 700	60,0	20	54 000
Гинекологи	15 000	14 000	11 000	73,3	10	110 000
Педиатры	30 000	13 000	6 000	20,0	10	60 000
Урологи	3 400	3 320	1 000	29,4	15	15 000
Ревматологи	3 000	3 000	2 000	66,7	20	40 000
Травматологи	6 000	4 200	2 100	35,0	10	21 000
Итого:	123 400	93 420	53 300			680 000

Полевых дней в году у 1 представителя:

180

Визитов в год на 1 представителя: $180 \times 12 = 2\,160$

Число визитов в день:

12

Число представителей: $680\,000 / 2\,160 = 314$

В год 1 представитель делает визитов:

2 160

В базе на 1 представителя врачей: $53\,300 / 314 = 170$

Всего представителей для заданного покрытия:

314

В базе на 1 представителя врачей:

170

Несколько слов об *оценке потенциала сбыта*. Его легко определить по предложенной мною выше методике, сведя воедино данные по выбранным факторам. Как я уже говорил, можно добавить свои факторы, можно использовать свои веса для оценки потенциала территории. Важно, чтобы это было сделано. Просто так идти осваивать территорию уже не полу-

чится – за более чем 25 лет работы производителей на фармрынке России даже в самом непри-
метном городке можно застать следы производственной жизнедеятельности конкурента.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.