

Александр ОСИПОВ, Москва

Ошибки в сегментировании и позиционировании

ПРИ ЗАПУСКЕ ОРИГИНАЛЬНЫХ R_x-ПРЕПАРАТОВ

Практически любая компания, выведившая на российский рынок новые оригинальные препараты, сталкивалась с такой ситуацией: премаркетинговые исследования по препарату выполнены, лонч успешно проведен, мощные ряды медпредставителей брошены в бой, продакт-менеджер чуть не надорвался, бюджет (как правило, весьма немалый) освоен, а продаж нет.

Руководство недоумевает — как так, столько сил, столько средств потрачено, после лонча прошли год, другой, рынок растет, а препарат в минусе, даже расходов не покрыл. Где прибыль? «Где деньги, Зин?» — спрашивает начальство маркетинг-менеджера и получает типовой ответ, что пациенты бедные, врачи отсталые, препарат дорогой, в списки не входит, конкуренты платят врачам, опинион-лидеры продажные и т.д. Возможно, все это и так, но зачастую причина в другом — в допущенных маркетинговых ошибках, в частности, в области сегментирования и позиционирования.

ИГРА МИМО ДЕНЕГ

Типовые ошибки бывают следующие. Фокусирование на группах врачей, не обладающих достаточным потенциалом. Это может касаться как специальности врача, так и его категории. Если препарат монопрофильный, т.е. может использоваться врачами только одной специальности, то проблем, как правило, не возникает. Но большинство препаратов являются полипрофильными, т.е. их применяют врачи разных специальностей. Это антибиотики, обезболивающие, противовоспалительные средства, транквилизаторы, ноотропы и т.д. Здесь важно точно определить, какая область даст наибольшее количество выписанных рецептов. В последние

годы, когда появились компании, готовые предоставлять точную информацию о выписке врачами разных специальностей лекарственных препаратов практически всех классов, делать это стало несложно. Однако если врачей сегментировать по образцу других стран, как часто бывает, то можно и просчитаться, ведь в России — в силу несовершенства системы здравоохранения — приоритеты выписки часто смещаются самым неожиданным образом.

Что касается категории врача, то здесь тоже существует риск нецелевого расходования ресурса медпредставителей. Да, практически все компании сейчас используют категоризацию врачей, в основном систему ABC или ее разновидности, когда учитываются лояльность врача и его потенциал. Последний зависит от количества принимаемых пациентов с профильным заболеванием. Но поскольку категорию врача устанавливает сам медпредставитель, то он может ошибиться сознательно (приятный врач, хорошие личные отношения или наоборот) или несознательно, если врач, например, назовет завышенное число принимаемых им пациентов. А у компаний, к сожалению, до сих пор нет точного и надежного инструмента для определения того, какой врач сколько рецептов выписал. Есть ориентировочные инструменты — закрепление врача за аптекой, сбор рецептов в аптеках, скидочные карты, обзвон пациентов, но они крайне ненадежны.

SUMMARY

The article discusses the possible reasons of failures when launching a new drug. The author gives recommendations to product managers as to how to build their own marketing strategy based on a thorough analysis of the whole market.

Alexander OSIPOV, Moscow. Mistakes in segmentation and positioning of original Rx medicines at launch stage.

Оценка потенциала врача только по количеству профильных пациентов без учета их качества, т.е. платежеспособности.

Вот еще один способ направить медпредставителей не по адресу. Это актуально для фирм, продвигающих дорогостоящие препараты (а таких большинство). Допустим, специальности врачей выбрали правильно, потенциал в количестве пациентов определили точно, а продаж нет. И причина лишь в том, что никто из больных просто не может позволить себе приобрести данный препарат. Система ABC, пришедшая к нам из-за рубежа, не учитывает платежеспособности пациентов, что вполне естественно, т.к. в большинстве стран больной не платит за лекарство из своего кармана, и проблемы просто нет. У нас же приходится качество пациентов учитывать.

Например, некая компания продвигает препарат для лечения аденомы предстательной железы, целевая группа — урологи. Допустим, уролог X. в неделю принимает 25 больных с аденомой, а уролог Y. — 5. Скорее всего, X. попадет в категорию А и его будут холить и лелеять, а уролог Y. попадет

в категорию С или, в лучшем случае, в категорию В₂, и к нему медпредставители даже не будут ходить, коли его потенциал ниже в 5 раз. Но при этом у врача Х. из 25 больных платежеспособный только 1, а у У. — все 5, и его потенциал на самом деле в 5 раз выше, чем у Х.

Фокусирование на сегментах рынка, дающих быстрый результат. Когда это происходит в ущерб работе с «долгосрочными» сегментами, компания рискует упустить время и, как следствие, значительный объем продаж. Например, в госпитальном сегменте (закупки стационаров, ведомств, региональные тендеры и т.д.) результат получают относительно быстро: нашли нужных людей, договорились, получили закупку («корешковые» продажи). В аптечно-поликлиническом сегменте работать сложнее — ресурсов нужно больше, а эффект будет не скоро, тут изводишь, единого рецепта ради, тысячи тонн врачебной руды. Но этот сегмент обеспечивает стабильность, т.к. препарат входит в реальный рынок и начинает жить своей жизнью, в значительной мере сам себя продвигая. В отличие от «корешковых» продаж, которые могут рухнуть в одночасье (кризис, невключение в списки, происки конкурентов и т.д.).

Отсутствие позиционирования, дифференцирующего препарат. Казалось бы, азы маркетинга известны: «дифференцируйся или умирай», как писал Трауг. Но если посмотреть промоционные материалы многих компаний — листовки, буклеты, наглядные пособия, то окажется, что позиционирование препаратов делается как под копирку. Зачастую все ключевые сообщения могут полностью относиться и к ближайшему конкуренту (стоит лишь поменять название!), поскольку у него есть те же преимущества. Не говоря уже об извечных «препаратах выбора» и «золотых стандартах» — любимых штампах продакт-менеджеров. Действительно, на рынке много конкурирующих препаратов, близких друг другу по действию и обладающих одинаковыми преимуществами, но задача продакта — найти хоть что-то, свойствен-

ное *только* данному препарату, а если этого нет на поверхности, то раскопать, выудить, извлечь из недр и четко сформулировать.

Борьба с второстепенными конкурентами. Иногда компании ввязываются в длительную борьбу с конкурентом, который на практике таковым не является, или является в незначительной степени. Здесь возможны два варианта. Первый: фирма пытается занять долю рынка, потеснив препарат-лидер, не проведя тщательного медицинского, экономического и социального анализа, который мог бы показать, что конкурировать с этим препаратом вовсе не нужно. Второй вариант: появляется новый конкурент, с видимыми преимуществами, и фирма, желая сработать на опережение, бросает силы на борьбу с ним, чтобы убить в зародыше. Но при этом реальную опасность данный конкурент, возможно, будет представлять лишь через несколько лет, и это также нужно просчитывать. В итоге, пока фирма вязнет в ненужной борьбе, реальные конкуренты наращивают свою долю.

КОРЕНЬ ЗЛА

В чем же причины вышеперечисленных ошибок? Можно назвать следующие.

Калькирование успешных методик, используемых компанией в других странах. Как известно, российский рынок значительно отличается от всех остальных — другая психология врача и больного, другие способы получения назначенного препарата и т.д. В результате часто оказывается, что приоритеты в сегментах рынка, врачебных специальностях и мотивирующих факторах совершенно иные. Один из наглядных примеров — фирма Merck Sharp & Dohme, которая в течение нескольких лет добивалась, чтобы ее препараты, элитные по своей сути, стали в России массовыми, как во многих странах. Компания признала ошибку лишь в 1996 г. и после этого изменила стратегию.

Желание получить быстрый результат и, как следствие, фокусирование на соответствующих сегментах рынка, о чем было упомянуто выше. Как изве-

стно, век продакт-менеджера недолог — в среднем, на одном месте он работает 1,5–2 года. Естественно, ему нужно поскорее показать результат, отчитаться, получить бонус, а там хоть трава не расти. Как ни странно, руководство компаний само способствует частой ротации продактов, хотя намного выгоднее, чтобы продакт-менеджер работал дольше и проявлял больше ответственности.

Работа с непрофильными лидерами мнения в силу личных причин. Иногда опинион-лидеров выбирают на основе давних личных связей, общих интересов и т.д., хотя они не являются специалистами именно в той области, где применяется или должен применяться продвигаемый препарат. Вполне понятно, к чему это может привести. Известна история, когда в компании, где директор по маркетингу был кардиологом, почти все опинион-лидеры были кардиологи, при этом у компании практически не было препаратов соответствующего профиля.

Чрезмерное доверие лидерам мнения. Допустим, выбрали их правильно, действительно ведущих специалистов в нужной области. Но стоит ли им всецело доверять? Дело даже не в том, что они работают и с конкурентами. Задачи опинион-лидеров и компаний в принципе не всегда совпадают. Цель специалистов — во-первых, заработок, а во-вторых (и зачастую это для них даже важнее) — удовлетворение собственного научного любопытства. И это вполне естественно, ведь задача ученого — исследовать, а не продвигать. Вот характерное заявление опинион-лидера: «Доверьтесь мне. Я знаю, что нужно делать. Давайте работать вместе». И далее идет перечень клинических исследований, которые надо провести, конференций, в которых надо участвовать, книг и журналов, куда надо дать рекламу, и т.д. Но нужно ли все это фирме?

ИЗ ЖИЗНИ БРЭНДОВ

А теперь несколько наглядных примеров. Препаратом, на который пришли все перечисленные выше ошиб-

кроме того...

В ГЕРМАНИИ ПРОИСХОДИТ ЭВОЛЮЦИЯ ПЛАТЕЖНЫХ ФАРМСДЕЛОК

В попытках снизить стоимость здравоохранения, Германия за последнее десятилетие провела ряд мероприятий, включающих автоматическую замену врачами-фармацевтами брэндов на дженерики, негативные списки лекарств (стоимость которых пациенту не возмещается), справочную оценку сначала индивидуальных лекарств, а затем и их больших групп. В то время, как ищущие уступок немецкие страховщики пробуют новые тактики по возмещению стоимости лекарств, инновационные фармкомпании отвечают им оригинальными эластичными схемами в поддержку своих брэндов. Такие схемы включают возврат фармкомпанией денег пациенту, если лекарство не работает, различные соглашения о ежегодных расходах и др. Эволюция платежных фармацевтических сделок в Германии должна стать примером стратегий по возмещению стоимости повсюду, включая США, где начинают проявляться похожие тенденции. В этом плане особенно выделяется компания Novartis, испытывающая целый ряд вариантов подобных сделок, создающая для пациентов контракты, варьирующие различные ситуации с препаратом - включая возврат части цены препаратов «me-too» или лекарств с истекающим сроком патентной защиты. «Me-too»-препараты также имеют оригинальную запатентованную молекулу, однако она близка по структуре к молекуле лекарственнородоначальника класса. Такие препараты часто превосходят «первый в классе» по эффективности или безопасности, но отличия бывают и достаточно условными, сугубо маркетинговыми. В долгосрочной перспективе, Германия будет наблюдать еще больше схем «интегрированного здравоохранения», как например та, которую Pfizer сейчас создает вокруг своего лекарства от слабоумия Agiserpt, спланированная, чтобы оценить рентабельность и действие не только препарата, но и других элементов здравоохранения вокруг него.

ки, можно назвать Паксил фирмы SmithKline Beecham, в частности его продвижение в 1996—1998 гг., т.е. сразу после лонча. Рекламный слоган, пропечатанный во всех промоционных материалах, изданных на дорогой бумаге большим тиражом, гласил: «Паксил: устраняет депрессию и связанных с ней симптомов тревоги». Эту же фразу повторяли слово в слово медпредставители на визитах как ключевое сообщение. Но дело даже не в грамматической ошибке по типу «всякий еврей любит родительного падежа», а в том, что было неясно, чем же Паксил отличается от ближайших конкурентов своего класса (СИОЗС¹). Ту же самую фразу можно было сказать и про них. А где дифференцирование?

Следующий момент: против кого боролись? Главным конкурентом были назначены трициклические антидепрессанты (ТЦА) — дешевые, морально устаревшие препараты, занимавшие, однако, три четверти рынка. С одной стороны, вполне логично. Во всем мире Паксил тоже боролся против них, и весьма успешно. Но в России, как выяснилось, ТЦА получают малоимущие слои населения, и перевести их на Паксил оказалось нереально. А все мало-мальски обеспеченные пациенты уже получали СИОЗС, и в этом сегменте вполне можно было работать, вытесняя Прозак, Золофт, Феварин, а затем Ципрамил.

Целевой группой для продвижения Паксила были выбраны психиатры (как в других странах). Неврологи и наркологи не учитывались, хотя они давали почти половину выписки СИОЗС. Потенциал психиатров тоже не учитывался, работали со всеми подряд, и лишь позже были выделены «продвинутые врачи, пользующиеся богатыми пациентами», которых оказалось лишь 10% от всех психиатров.

Основным сегментом бизнеса был госпитальный (вот он — пресловутый быстрый результат!), в аптечно-поликлиническом сегменте работали значительно меньше. В итоге за 2 года

продвижения Паксил практически вышел на рынок, и когда после дефолта 1998 г. стационары перестали закупать препарат, его продажи оказались близкими к нулю. Впоследствии компания пересмотрела стратегию, и вскоре Паксил стал весьма успешным препаратом, каковым остается и по сей день.

Другой пример — Нейронтин компании Pfizer, препарат для лечения нейропатической боли. Долго и упорно компания «окучивала» эндокринологов, но все безрезультатно — больные сахарным диабетом как социальная категория не были готовы покупать Нейронтин по 1500 руб. за упаковку. А вот неврологи, онкологи и хирурги, которые имеют дело с нейропатической болью не реже эндокринологов, обеспечили стабильное потребление препарата.

Наконец, Депакин фирмы Sanofi, противосудорожный препарат. В активном продвижении — с 1993 г., целевая группа — психиатры, среди опинион-лидеров — ни одного специалиста по эпилепсии. В итоге, в течение 3-х лет продажи находились на уровне 500—600 тыс. долл. в год, не выше. После 1996 г. в компании, наконец, приняли к сведению, что эпилепсия — это неврологическое заболевание, и лечат его неврологи (психические нарушения при эпилепсии отмечают только в 15% случаев, которые и попадают к психиатру), что начинается эпилепсия чаще всего в детстве, и от того, какое лечение подберут ребенку, зависит, что он будет получать в дальнейшем. Исходя из этого, были пересмотрены целевые группы, в результате продажи препарата в 1997 г. составили 1 млн. 300 тыс. долл. При этом распределение выписки Депакина выглядело так: детские неврологи — 60%, неврологи — 25%, детские психиатры — 10%, психиатры — 5%.

Тщательный медицинский, экономический и социальный анализ всех сегментов рынка и построение своей стратегии на его основе — вот задача продакт-менеджера, а не калькирование уже известного и создание красивых промо-материалов. И бросьте этих глупостей.

¹ СИОЗС — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина.

