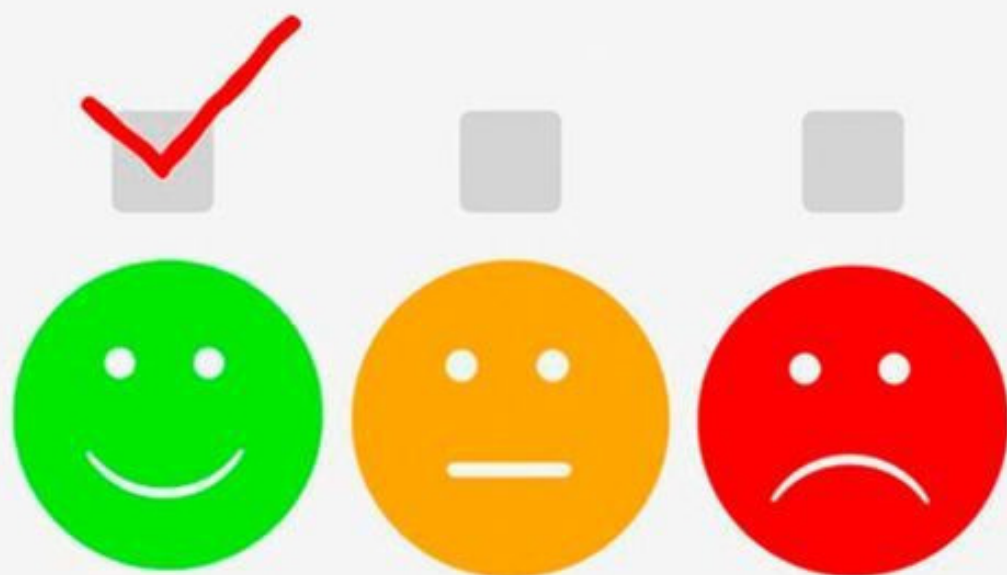


18+

Джамиля Эфендиева  
Андрей Бычков



**СЕМЬ СЕКРЕТОВ  
УПРАВЛЕНИЯ  
ЛОЯЛЬНОСТЬЮ КЛИЕНТА  
НА ВЫСОКОКОНКУРЕНТНЫХ  
РЫНКАХ**

На примере  
фармацевтического бизнеса

Джамиля Эфендиева

**Семь секретов управления  
лояльностью клиента  
на высококонкурентных  
рынках. На примере  
фармацевтического бизнеса**

«Издательские решения»

**Эфендиева Д.**

Семь секретов управления лояльностью клиента  
на высококонкурентных рынках. На примере фармацевтического  
бизнеса / Д. Эфендиева — «Издательские решения»,

ISBN 978-5-44-988876-1

В книге детально раскрываются механизмы формирования лояльности врачей к лекарственным препаратам и предлагаются конкретные практические рекомендации для управления этим процессом. Книга рассчитана на сотрудников отделов продаж и маркетинга фармацевтических компаний, а также может представлять интерес для FMCG-компаний и близких к ним рынков.

ISBN 978-5-44-988876-1

© Эфендиева Д.  
© Издательские решения

## Содержание

Введение. Почему мы написали эту книгу?	6
Глава 1. Как лучше понять клиента через структуру его практики, или «ментальная карта» врача	8
Как формируется приверженность врача?	8
Понятие «ментальной карты» врача	10
Структура «ментальной карты»	11
Пациентские группы, или «Портрет пациента» в «ментальной карте» врача	12
Этапы создания «ментальной карты» врача	13
Вопросы для понимания «ментальной карты» врача	19
Глава 2. Лестница лояльности клиента, или как обеспечить управляемый рост приверженности врача лекарственному препарату	21
Что такое лояльность врача?	22
Этапы развития доверия врачу лекарственному препарату	26
Ступени лояльности врача лекарственному препарату	28
Категоризация лояльности врачей на основе лестницы лояльности препарату	31
Ресурсы медицинского представителя для развития лояльности врача	33
Конец ознакомительного фрагмента.	35

# **Семь секретов управления лояльностью клиента на высококонкурентных рынках На примере фармацевтического бизнеса**

## **Джамиля Эфендиева**

## **Андрей Бычков**

Мария Черноок *Корректор*

© Джамиля Эфендиева, 2020

© Андрей Бычков, 2020

ISBN 978-5-4498-8876-1

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

## **Введение. Почему мы написали эту книгу?**

Мир меняется стремительно – это ни для кого не секрет. Рынок, как часть мира, тоже подвержен не менее быстрым изменениям: появляются новые препараты и методики лечения. Как следствие, рынок становится все более насыщенным, растет конкуренция между фармацевтическими компаниями. Врачам также становится все более сложно ориентироваться в происходящих изменениях вследствие переизбытка информации.

К сожалению, по наблюдениям авторов, подходы к коммуникации с клиентами последние несколько лет существенно не меняются. Или меняются, но не всегда в лучшую сторону. На рынке по-прежнему доминируют модели визита, появившиеся в прошлом десятилетии, или их сокращенные по времени разновидности. Все это, по мнению авторов, может привести к серьезному кризису в отношениях между врачебным сообществом и компаниями – производителями лекарственных препаратов. А основные последствия этого кризиса испытают на себе медицинские представители.

Также, работая с различными фармкомпаниями, авторы обратили внимание на то, что довольно часто имеют место серьезные расхождения во взглядах на продвижение между отделами маркетинга и продаж. Это подтачивает единство компании изнутри и, порой, заметно снижает эффективность работы. Личный опыт авторов показывает, что во многих фармкомпаниях отношения между менеджерами этих двух отделов, мягко говоря, далеки от идеала. Неслучайно маркетинг и сейлз называют иногда «заклятыми друзьями», которые, формально находясь в структуре одной компании и решая одну задачу, постоянно борются между собой за ресурсы и способы решения этой задачи.

Вот почему в этой книге предпринята попытка разобраться в эффективности промоционной активности на рынке с высоким уровнем конкуренции и, в частности, понять механизмы формирования приверженности клиента тому или иному продукту, а также изучить инструменты влияния фармкомпаний на этот процесс. В силу накопленного опыта мы постараемся сделать это на примере довольно сложного и высококонкурентного сегмента бизнеса – рынка лекарственных препаратов, где одним из важнейших «звеньев товаропроводящей цепочки» (если можно так сказать, да простят нас доктора) является врач.

По задумке авторов, наша работа может быть полезна любым категориям сотрудников, вовлеченных в продвижение лекарственных препаратов: от менеджеров старшего руководящего звена до рядовых медицинских представителей, которые занимают активную позицию и стремятся сделать свою работу интересной и полезной.

Но главной целевой аудиторией этой книги должны стать менеджеры отделов маркетинга и продаж. Именно от их взаимодействия и эффективной коммуникации зависят успехи компании в реализации поставленных руководством целей.

Работая над данной книгой, авторы поставили перед собой задачу разобраться в этом великом противостоянии маркетинга и Sales Force, определить и разграничить зоны ответственности и профессиональных компетенций менеджеров разных отделов, для того чтобы направить их большую энергию в конструктивное русло и побудить сделать шаги навстречу друг другу.

Книга может также представлять интерес для близких к фармбизнесу рынков, в частности для FMCG-бизнеса, и для деятельности торговых представителей, борющихся за развитие лояльности своих клиентов.

Надеемся, что это будет полезно для читателей и в конечном счете для нашего общего дела – заботы о здоровье людей.

*С уважением, авторы  
Апрель 2020 года*

## Глава 1. Как лучше понять клиента через структуру его практики, или «ментальная карта» врача

### Как формируется приверженность врача?

Формирование приверженности чему-либо, как правило, сложный и не до конца изученный процесс. Что влияет на выбор того или иного продукта? Как на самом деле клиентом принимается решение о его выборе?

В настоящее время уже опубликовано достаточно теорий, основанных на ряде исследований, и даже возникли новые дисциплины: и др. В настоящее время уже изучен ряд механизмов, которые влияют на принятие решения, когда нам приходится выбирать из нескольких вариантов. При этом не всегда, а вернее, часто мы делаем совсем не лучший выбор, поскольку выбор этот часто основан на иррациональных механизмах. *поведенческая экономика, нейромаркетинг*

Вы можете ознакомиться с этими теориями в книгах известных авторов: Даниеля Канемана, психолога-исследователя, лауреата Нобелевской премии по экономике 2002 г., автора книги «Думай медленно, решай быстро»; Дэна Ариэли, профессора Массачусетского университета, автора книг «Поведенческая экономика», «Предсказуемая иррациональность»; Роберта Чалдини, психолога, специалиста по социальной психологии, автора книги «Психология влияния». Мы также будем опираться на исследования Нила Рэкхема, автора методики SPIN, исследователя психологии продаж и вопросов маркетинга, на его книги «Продажи по методу SPIN» и «ПРОдажи, новое мышление».

Как же формируются привычки врача в назначении тех или иных лекарственных препаратов? Обдумывает ли врач назначения каждый раз и для каждого пациента, особенно в условиях давления времени на амбулаторном приеме, если ему отведено всего 12—15 минут на пациента? Трудно представить себе, что врач каждый раз и для каждого пациента будет снова и снова рассматривать весь спектр препаратов, который показан данному конкретному пациенту с определенным диагнозом, теряя на это драгоценное время и не менее драгоценную умственную энергию. Так как же он выбирает? Какие факторы определяют его выбор?

Есть три ограничивающих фактора, которые могут существенно повлиять на принятие решения врачом в отношении выбора терапии:

1. ограничение по времени;
2. чересчур большое количество похожих между собой препаратов и схем лечения;
3. экономия умственной энергии.

Именно в этих условиях, согласно исследованиям Д. Канемана, наш мозг выбирает наиболее экономичный с точки зрения затрат энергии путь принятия решений – на основе *сформированных ранее шаблонов или стереотипов*

Кажется, что разнообразие выбора дает возможности, но на самом деле, согласно исследованиям Д. Ариэли, выбор из более чем двух вариантов – существенная нагрузка на нашу психику. Это требует больших затрат энергии и поэтому делается не всегда обоснованно и, как правило, «по привычке».

Именно поэтому человек формирует свои стереотипы при принятии решений. Это способ экономии психической энергии.

Как и все другие люди, стоящие перед сложным выбором, врач формирует свои стереотипы в лечении пациентов. По сути, стереотип – это способ категоризации информации, направленный на прогнозирование будущего опыта. Мозг не может работать с нуля каждый

раз, он должен опираться на то, что ему уже знакомо. Поэтому стереотипы не являются чем-то вредным, напротив, они позволяют двигаться по самому короткому пути в принятии решений.

Как правило, стереотипы врача формируются под влиянием следующих факторов:

1. обучение в университете;
2. повышение квалификации;
3. стандарты/протоколы лечения;
4. приверженность той или иной научной школе – мнение лидеров мнений;
5. мнение коллег / администрации ЛПУ;
6. наличие в списках/формулярах;
7. собственный успешный/неуспешный опыт (эффективность, безопасность, удобство, доступность);
8. сложность назначения (подбор дозировок, совместимость лекарственных средств, противопоказания и ограничения);
9. субъективное восприятие лекарственного препарата;
10. другое...

Рис. 1.1. Основные факторы, влияющие на стереотипы врача



## Понятие «ментальной карты» врача

Изучая приверженность врачей тем или иным препаратам, мы пришли к выводу, что **алгоритм назначений врача определяется сформировавшейся у него на данный момент так называемой «ментальной картой» врача, то есть отражает сформировавшиеся у него привычки назначения лекарственных препаратов / схем лечения.**

По большому счету, «ментальная карта» врача определенной специальности в отношении выбора лекарственных препаратов может в некоторой степени отражать релевантный рынок определенной группы препаратов. Очевидно, что релевантный рынок как раз и складывается из привычек целевой группы врачей, из их приверженности тем или иным препаратам.

Но в чем же заключается радикальная разница между мышлением врача и сотрудников фармкомпаний? У врача препараты одной или схожей терапевтической группы могут иметь, а вернее, часто имеют другую структуру, отличную от общего рынка, который показывает менеджер по продукту на цикловом совещании. Об этом, к сожалению, не всегда думают и помнят представители, продвигающие те или иные лекарственные средства. Представитель фармацевтической компании (медицинский представитель) мыслит упаковками продвигаемого им лекарственного препарата, мышление же врача идет от пациента.

В промоционной активности мы предлагаем следовать за алгоритмом мышления врача, чтобы понять его способ мышления в отношении выбора препаратов для пациента, то есть понимать его «ментальную карту».



**«Ментальная карта» врача – это сложившиеся в его терапевтической практике стереотипы в назначении определенных лекарственных препаратов определенным группам пациентов**

■ Препарат А   ■ Препарат Б   ■ Препарат В   ■ Препарат Г

## Структура «ментальной карты»

Давайте попробуем разобраться в структуре «ментальной карты» врача. Поскольку она представляет собой отражение реальной терапевтической практики врача, то все пациенты в сознании врача, прежде всего, делятся на нозологии, вернее, нозологические единицы – определенные виды заболеваний. Далее нозологии можно поделить на нозологические ниши. У каждого заболевания (нозологие) есть свое специфическое для данной области медицины деление. Кроме того, каждый врач по мере развития медицины в целом и собственного опыта может делить нозологии по-своему, например, первичные обращения / повторные обращения. **Нозологическая ниша – это определенная разновидность заболевания: форма (хроническая/острая, осложненная / не осложненная, компенсированная/декомпенсированная и т. д.), стадия (начальная, поздняя и т. д.).**

Рис. 1.3. Структура терапевтической практики / «ментальной карты» врача

В каждой нозологии и нозологической нише врач может использовать несколько лекарственных препаратов в качестве монотерапии или как комбинацию нескольких классов медикаментов, а также препараты первой и последующих линий лечения.

Как врач выбирает, кому и что назначить из поистине великого многообразия препаратов? Например, на сегодняшний день для лечения артериальной гипертензии используются 6 основных классов препаратов. В каждом классе – от 5 до 15 препаратов, кроме того, существуют комбинированные препараты в различных сочетаниях (комбинации разных классов: 2-, 3- и даже 4-компонентные). Каждый препарат имеет множество МНН-аналогов! Например, препарат амлодипин (оригинальный «Норваск») имеет в России более 30 зарегистрированных дженериков (МНН-копий), а каждая аптека предлагает 6—7 вариантов выбора данного препарата. И так почти по каждой известной молекуле!

Чтобы не потеряться в этом хаосе, врач делит пациентов, составляющих нозологические ниши, на определенные группы, и вот уже к этим пациентским группам он привязывает различные лекарственные препараты.

В медицинском маркетинге пациентские группы часто называются «портрет пациента». Эта технология появилась в известных брендовых компаниях уже более десяти лет назад, но и на сегодняшний день далеко не все компании ее используют, а если и используют, то не всегда правильно. В итоге это не только не помогает представителям в работе, но и создает ненужные сложности. Вот почему нам бы хотелось внести ясность в этот вопрос.



## **Пациентские группы, или «Портрет пациента» в «ментальной карте» врача**

«Портрет пациента» в настоящее время – важнейший элемент эффективного визита. Врачи мыслят образами пациентов. Но это не значит, что им нужен только «визуальный образ».

Портрет пациента состоит из ряда характеристик, таких как:

1. стадия или форма заболевания, особенности течения болезни;
2. наличие сопутствующих заболеваний;
3. характер симптомов/жалоб;
4. данные лабораторных и инструментальных обследований;
5. социальные характеристики: пол, возраст, социальный статус, финансовые возможности, образ жизни;
6. все другое, что важно для того, чтобы подчеркнуть преимуществ препарата компании.

Безусловно, визуальный образ – сильный якорь, поскольку большинство людей – «визуалы». Но более целесообразно работать с «портретами пациентов» исходя из особенностей заболеваний.

Как показывает наш опыт, часто при формировании «портрета» пациентов (например, в процессе подготовки цикловой стратегии) продакт-менеджер в лучшем случае советуется с лидером мнения или с медицинским советником. Иногда представители на тренинге или цикловой конференции делают это коллективно под руководством тренера, и крайне редко «портреты пациентов» формируются на основании опроса практикующих врачей или по результатам работы с фокус-группой врачей. Именно такой подход поможет сформировать реальные «портреты пациентов».

Очевидно, что «ментальная карта» врача зависит и тесно связана с его специальностью и специализацией, но, как мы уже отмечали, у каждого конкретного врача она может быть достаточно индивидуальной. Вот почему для успешного продвижения препарата важно как можно лучше понимать «ментальную карту» как фокусной группы врачей, так и каждого врача, к которому совершает визиты представитель компании. Например, у врача-невролога множество разнообразных заболеваний из разных классов. Предположим, что компания занимается продвижением препарата с основными показаниями – лечение ХИМ (хронической ишемии мозга), последствия ОНМК (острого нарушения мозгового кровообращения), последствия ЧМТ (черепно-мозговой травмы), ДЗГМ (дегенеративные заболевания головного мозга, например болезнь Альцгеймера).

В этом случае «ментальная карта» позволяет графически, то есть максимально наглядно, отразить практику врача-невролога по данным нозологиям и оценить его потенциал (количество пациентов в месяц с данным диагнозом / нозологией).

Завершая рассмотрение методики составления «ментальной карты» врача, сформулируем ее основные этапы.

## Этапы создания «ментальной карты» врача

### **Этап №1. Выделение нозологий и нозологических ниш, оценка потенциала**

Допустим, мы решили продвигать препарат в нише ОНМК, потому как у нас есть серьезные доказательства преимуществ нашего препарата именно в этой нозологии (см. рис. 1.4 и 1.5).

В этом случае стоит разобраться, на какие нозологические ниши делит врач своих пациентов. Деление на нозологические ниши у врача может быть в соответствии с современной классификацией, а может быть и совершенно произвольно. Например, лежачие/ходячие, платежеспособные/неплатежеспособные, работающие/пенсионеры, молодые / среднего возраста / пожилые, с сопутствующими заболеваниями СЗ (сопутствующие заболевания) / без сопутствующих заболеваний. На рисунке 1.6 схематично представлен вариант деления пациентов с нозологией ОНМК.

Рис. 1.6. Деление нозологии ОНМК на нозологические ниши (пример)

На рисунке мы видим, что в данном случае врач делит пациентов на большие группы (нозологические ниши) в соответствии с классификацией заболевания. Достаточно ли этого деления для завоевания «головой доктор»? Как показывает практика, это слишком большие части, чтобы привязывать к ним продвигаемый препарат. При позиционировании в такие большие сегменты у врача как раз и возникает ощущение дискомфорта, создается впечатление, что компания «посягает» на всю его практику, пытается «обнулить» весь его с таким трудом нажитый опыт!

Поэтому «ментальная карта» врача служит барьером для продвижения нового для него лекарственного препарата. Особенно это выражено при так называемом «широком позиционировании», когда препарат продвигается сразу во все нозологии и против всех конкурентов! Кстати, это нередко еще встречается в компаниях при выстраивании маркетинговой стратегии, что часто служит причиной неудач и почвой для конфликта между командой сейлз и маркетинга.

Именно поэтому мы продолжаем сегментировать практику врача внутри нозологических ниш.

### **Этап №2. Выделение групп пациентов**

Задачей представителя на этапе создания стратегии и маркетинга является выделение групп пациентов, на которые врач может условно делить своих пациентов в рамках определенной нозологической ниши.

Рис. 1.7. Деление практики врача на пациентские группы в рамках нозологии ОНМК (пример)

Это и представляет наибольшую трудность для понимания, потому как каждый врач в этом случае использует еще более произвольный подход, чем в делении на нозологические ниши. При этом могут учитываться не только социальные характеристики (молодые/пожилые, мужчины/женщины и т. д.), но и особенности поведения пациентов (вменяемые/скандальные), а также любые другие.

И, безусловно, эта сложность заставляет представителя упускать детали практики врача, а с ними и возможности хорошо понять своего клиента – врача для последующего качественного позиционирования своего продукта/препарата.

Но без понимания, как это устроено, представитель теряет много возможностей найти точку приложения своего продукта, действует от визита к визиту хаотично, часто путает врача и сам вызывает у него ненужное сопротивление. Но это еще не все, важно понять, какой препарат использует врач в лечении данной пациентской группы.

### **Этап №3. Формирование связки «пациентская группа — назначаемый препарат»**

А теперь – самое главное! К каждой группе пациентов в «ментальной карте» врача привязан определенный препарат, комбинация препаратов и/или определенный подход или схема лечения. Вот это-то нам и нужно понять!

На рисунке 1.8 представлена диаграмма – отражение «ментальной карты» врача-невролога в нозологии ОНМК.

Рис. 1.8. Деление практики врача на пациентские группы в связке с назначаемыми препаратами

Маркетинг может нам сказать, что, в принципе, мы так и делаем! И будут правы! Сильный системный маркетинг как раз руководствуется именно таким подходом! Проблема состоит лишь в том, что сегментирование практики врача, как правило, не является инструментом маркетинга. Маркетинг сегментирует рынок.

Мы видели в маркетинговой аналитике, подготовленной для представителей, «пироги» (круговые диаграммы) или другие визуализации релевантного рынка, но мы не встречали в стратегиях маркетинга визуализации практики врача/врачей целевой аудитории или хотя бы более-менее системного разбора этого инструмента.

Таким образом, отвечая на вопрос, является ли «ментальная карта» инструментом маркетинга или отдела продаж, следует отметить следующее:

1. Данным инструментом пользуются или могут пользоваться как продакт-менеджеры, так и сотрудники отдела продаж, но для каждого из двух отделов в трактовке данного инструмента имеются существенные отличия.

2. Для отдела маркетинга «ментальная карта» отражает самую общую ситуацию на национальном или региональном рынке, в которой определенные препараты (согласно занимаемым ими долям этого рынка) привязаны к типовым нозологиям или даже нозологическим нишам (если есть результаты соответствующих маркетинговых исследований). Несомненно, в этой общей (усредненной) картинке не очень четко просматриваются пациентские группы именно в силу большого числа факторов, влияющих на их возникновение.

3. Для отдела продаж «ментальная карта» врача гораздо более детализирована и максимально конкретна, так как она связана не только с типовыми практиками целевой группы врачей, но и, прежде всего, с индивидуальными особенностями практики отдельных врачей.

Вот почему «ментальная карта» врача как инструмент для продвижения и позиционирования с учетом специфики его понимания и использования разными отделами должна сближать отделы между собой и способствовать лучшему пониманию потребностей друг друга.

Чем полезна «ментальная карта» врача в представленном нами виде? Такая визуализация позволяет медицинскому представителю:

1. понимать, к каким группам пациентов в практике конкретного врача привязаны те или иные конкуренты;
2. понимать потенциал каждой ниши и группы пациентов;
3. понимать, в какой последовательности занимать сегменты практики врача;
4. понимать и принимать маркетинговую стратегию;
5. более грамотно, понятно, комфортно/безопасно для врача представлять преимущества своего препарата.

Почему это более понятно для врача – возникает образ конкретного пациента. Почему это более комфортно и безопасно для него – у врача меньше сопротивления, потому что мы не посягаем на всю его практику и не предлагаем ему заменить весь препарат, который врач может использовать в разных сегментах практики, на препарат нашей компании.

Почему «ментальная карта» может являться полезным инструментом для продакт-менеджера отдела маркетинга? Она позволяет:

1. лучше понимать, что медицинским представителям при широком позиционировании нашего препарата приходится преодолевать сильное сопротивление врачей и их стереотипов, снижающих позитивное восприятие нашего препарата;

2. более точно представлять себе и формулировать для Sales Force задачи по завоеванию доли рынка для продвигаемого препарата, видеть как стратегические (конечные) цели, например, увеличение доли нашего препарата в определенных нозологических нишах, так и последовательность выполнения этой задачи для постепенного завоевания практики врача в определенных группах пациентов;

3. готовить в интересах отдела продаж более качественные и более детальные промоционные материалы, позволяющие медицинским представителям реализовывать единую маркетинговую стратегию, действуя при этом инвариантно в условиях различных «ментальных карт» врачей;

4. более эффективно осуществлять коммуникацию с отделом продаж как на этапе проведения цикловых конференций, так и в ходе реализации маркетинговой стратегии при работе «в поле».

Теперь давайте обратимся к формированию приверженности врача тому или иному препарату, схеме / способу лечения. Как формируется структура практики врача во времени, показано на рисунке 1.9. *процессу*

Рис. 1.9. Процесс формирования «ментальной карты»

Чтобы стать уверенным пользователем препарата, врач должен убедиться в первую очередь в его эффективности, а также в том, насколько препарат безопасен. Кроме того, его интересует удобство не только для пациента, но и для себя (не нужно долго объяснять сложную схему, выяснять анамнез по сопутствующим заболеваниям), доступность в аптеках и доступность по цене. Понятно, что чтобы все это проверить и доверять препарату, врачу нужно определенное время. Процесс и конкретные шаги для формирования лояльности врача будут более подробно описаны в главе 2.

А в данном разделе нам важно донести до читателей, что «ментальная карта» при использовании на уровне представителя компании может и должна стать важным инструментом понимания мышления врача и, следовательно, способом, улучшающим коммуникацию с ним. Она является абсолютно необходимым условием для целенаправленного/системного (в отличие от спонтанного/бессистемного) развития лояльности врача продвигаемому препарату.

Если в коммуникации с врачом не звучит «портрет пациента» / пациентская группа, то доктору сложно в хаосе предоставляемой множеством компаний похожей информации найти новому препарату достойное место в своей практике. Кроме того, как мы уже говорили, у врача возникает опасение, что ему нужно заменить один препарат другим у всех пациентов с данной нозологией или стадией болезни. Это вызывает осознанное или неосознанное сопротивление врача (см. рис. 1.10 и 1.11).

Позиционирование препарата для конкретной группы / портрета пациента, связанного с определенным препаратом-конкурентом, снижает сопротивление доктора и увеличивает вероятность использования врачом нового препарата.

### **Медицинская проблема для врача**

В связке «портрет пациента – конкурент» есть еще один важный элемент позиционирования препарата – это наличие т. н. «медицинской проблемы». Что такое Например, 3-кратный прием препарата снижает приверженность пациентов к нему на 25—30%. Пациенты или пропускают прием, или не доводят курс лечения до конца, что ведет к снижению эффективности, повторным визитам, жалобам пациентов, что, в свою очередь, отнимает у врача время, энергию и даже может снижать показатели его работы. Как медицинскому представителю правильно определять, формулировать и коммуницировать медицинскую проблему для врача, мы поговорим в главе 3. А сейчас опять вернемся к «ментальной» карте врача. **«медицинская**

**проблема» – это определенная сложность в лечении определенной группы пациентов для врача.**

У представителей, работающих с врачами, этот инструмент вызывает огромный интерес, но одновременно – опасения и тревогу. «Как нам понять „ментальную карту“ врача, если на визит врач дает 5—7 минут, а еще не любит, когда ему задают много вопросов?» – спрашивают у нас участники тренингов. И их опасения абсолютно оправданы! Ведь любое хорошее дело можно довести до абсурда!

Вот почему мы хотим сформулировать для понимания медицинским представителем «ментальной карты» врача. **несколько правил**

1. Определить емкость одной нозологии в целом / емкость одной нозологической ниши и поток пациентов / определенной группы / портрета пациентов.

2. Лучше начинать с одной нозологической ниши/сегмента, куда вы планируете позиционировать препарат.

3. Делить изучение ментальной карты врача между визитами, фиксировать результат.

4. Готовить специальные вопросы для сегментирования практики конкретного врача для конкретного визита.

5. Формировать и дополнять по мере развития лояльности врача графическое изображение его «ментальной карты».

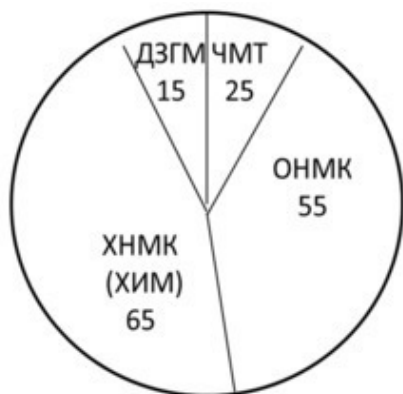


Рис. 1.4. Деление на нозологии

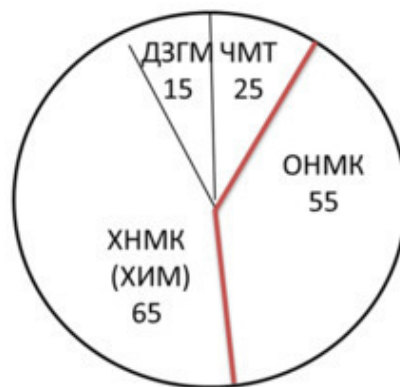
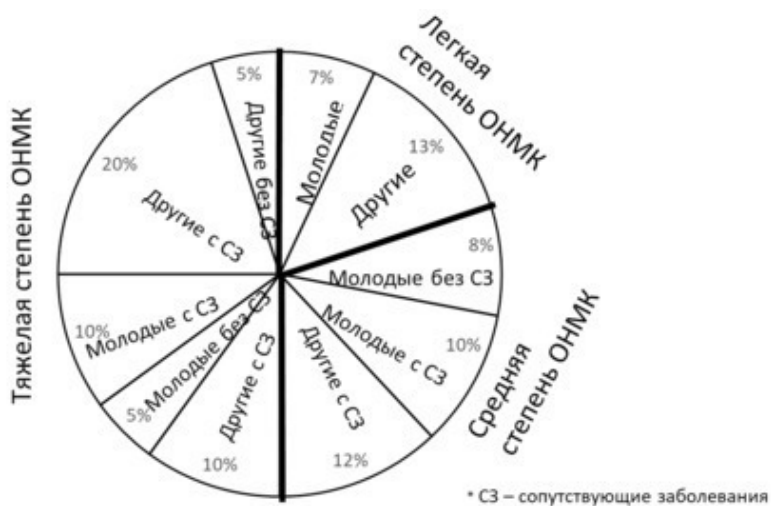
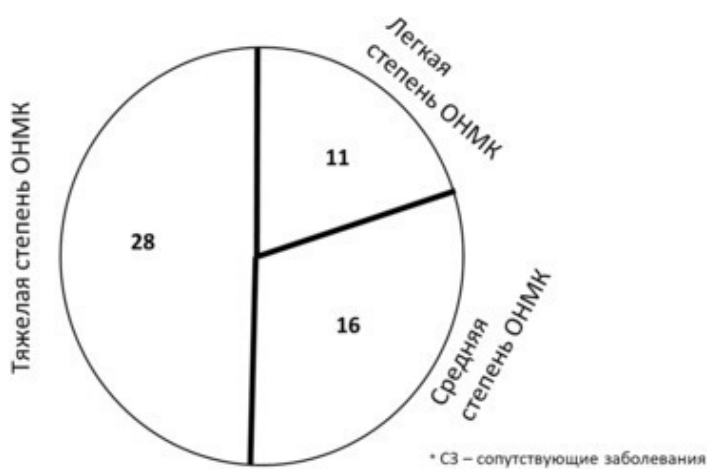


Рис. 1.5. Выделение приоритетного сегмента



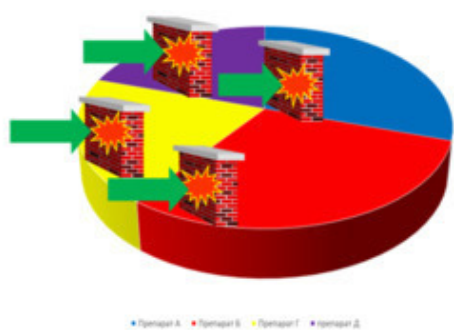
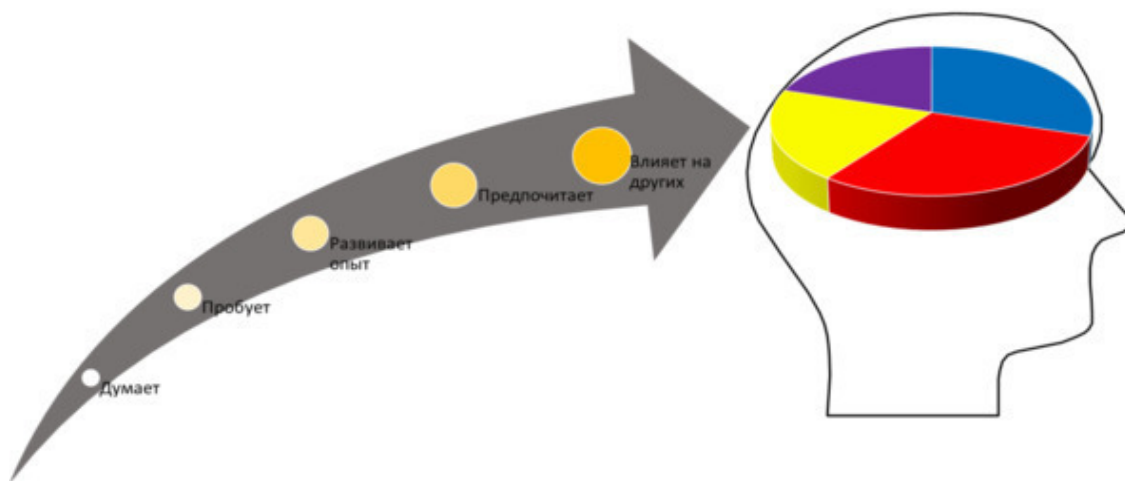
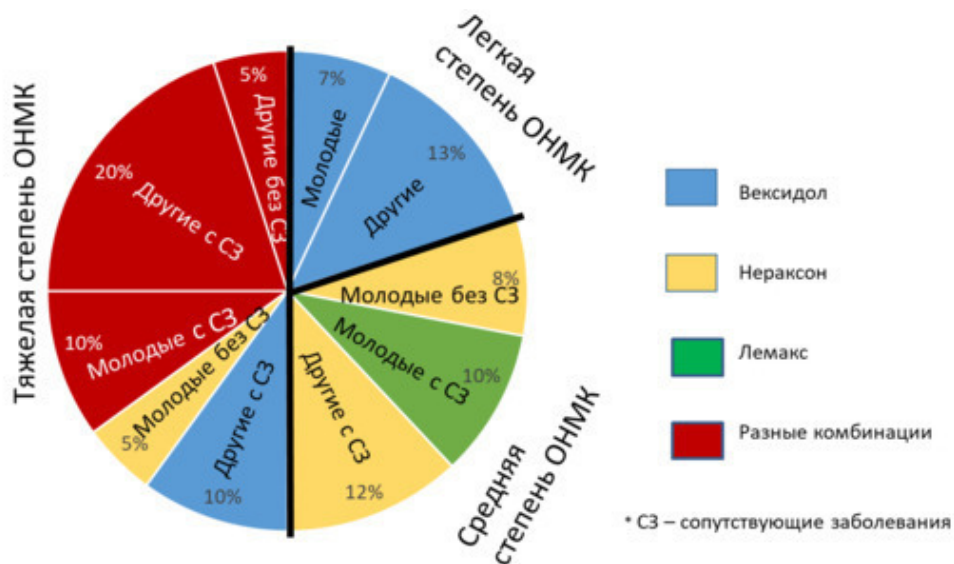


Рис. 1.10. «Ментальная карта» врача – барьер для продвижения нового ЛС

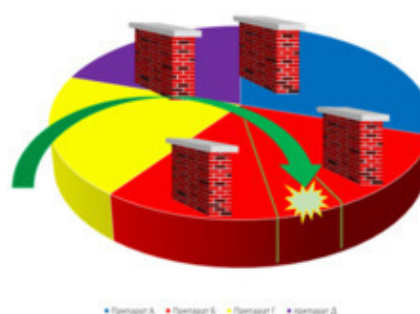


Рис. 1.11. Позиционирование в ЛС в сегмент «группа пациентов» + конкретный конкурент

## Вопросы для понимания «ментальной карты» врача

Для составления и понимания «ментальной карты» врача медицинскому представителю помогут определенные вопросы, которые мы подготовили на основе практического опыта нашей тренерской работы. Мы надеемся, что они вам помогут, но хотим предостеречь от злоупотребления этими вопросами. Список, который мы здесь приводим, не значит, что нужно задавать все эти вопросы подряд, да еще в рамках одного визита – ни в коем случае! Это вариант вопросов, которые помогут в выяснении «ментальной карты» у клиентов на протяжении определенного (может быть, даже длительного) времени на разных стадиях развития его лояльности.

### 1. Вопросы для определения емкости нозологии

- Какое количество пациентов с вы принимаете в течение недели/месяца/дня? *Нозологией 1*
- Какая из самая многочисленная у вас на приеме/участке? *Нозологий 1 или 2*
- Как правило, число пациентов с меньше, чем с , у вас тоже? *Нозологией 1 Нозологией 2*
- Обычно ваши коллеги говорят, что у них на приеме ежедневно бывает от 4 до 7 пациентов с в день. У вас так же? *Нозологией 2*
- Вы говорили, что у вас обычно до 20 пациентов с в неделю. Ситуация не поменялась? *Нозологией 2*

### 2. Вопросы для определения нозологических ниш и групп пациентов

- Как вы для себя делите пациентов в , по степени тяжести или по-другому? *Нозологии 1*
- Какое примерно соотношение пациентов по степени тяжести в ? *Нозологии 1*
- Какие стадии чаще встречаете в вашей практике? *Нозологии 2*
- Какие группы пациентов вы выделяете для себя в ? *Нозологии 2*
- Какой возрастной состав группа пациентов с ? *Нозологией 2*
- С кем из пациентов вы испытываете сложности? Почему?
- Сколько в данной группе работающих/лежачих пациентов?
- С какой группой пациентов в : средние или тяжелые – вы испытываете наибольшую нагрузку? *Нозологии 1*
- С какими пациентами вам приходится проявлять особую осторожность?
- Сколько среди них коморбидных ? (*Нозология 2 + СД, ХИМ + АГ*)
- Сколько пациентов с первичных / впервые обратившихся? *Нозологией 2*
- Сколько встречается молодых пациентов до 40 лет?
- Я правильно понимаю, что в этой группе в основном пожилые пациенты (от 70 лет)?
- Какие пациенты с представляют для вас наибольшую озабоченность (сложность)?  
С чем это связано? *Нозологией 2*

### 3. Вопросы для понимания подходов к лечению и конкурентов в связке с группой пациентов

- Что из препаратов группы... вы предпочитаете назначать первичным пациентам?
- Вы сказали, что чаще всего рекомендуете препараты... Как вы решаете, кому какой назначить?
- Когда вы подбираете терапию для пациентов данной группы, как вы решаете, кому какой препарат больше подходит?
- Чем вы руководствуетесь при выборе препарата для пациентов с высоким риском ...?
- По каким критериям вы выбрали для пациентов с и... именно этот препарат? *Нозологией 2*

• Спасибо, что вы широко используете препарат ЗДРАВМЕД для своих пациентов! А каким пациентам с диагнозом вы пока не назначаете препарат ЗДРАВМЕД? Почему? *Нозология 1*

- Какую схему лечения вы предпочитаете у коморбидных пациентов с ? *Нозологией 2*
- Когда / как часто используете ту или другую схему?
- Как вы определяете, кому что назначить?
- Кому еще, помимо того, что мы обсудили, вы назначаете данную группу препаратов?

Мы достаточно часто анализируем визиты медицинских представителей в учебных программах, а также ходим на совместные визиты с представителями. При этом мы видим постоянные проблемы с недостаточно четким определением портрета пациента. Почему-то представитель считает, что однократное упоминание портрета, еще и в форме только нозологической ниши, является достаточным основанием для выделения этого сегмента пациентов в практике врача, чтобы начать пробовать продвигаемый препарат. Но если нет четкой связки с конкурентом, врачу невозможно мысленно зацепиться за сегмент своей практики, сложно создать «якорь» в своей «ментальной карте» и вспомнить об этом после такого краткосрочного общения с представителем! Поэтому связка «портрет пациента» + конкурент и связанная с ним медицинская проблема, которую «подсвечивает» представитель в коммуникации, – основа успешного продвижения препарата на высококонкурентном рынке.

Основной вывод из данной главы может быть следующим: для эффективной работы на высококонкурентном рынке важно изучить «ментальную карту» врача и понять, как связаны пациентские группы с препаратами-конкурентами, чтобы сформировать «угол атаки» в определенный сегмент его практики через медицинскую проблему.

В последующих главах мы более подробно разберем, как маркетинг компании может учесть и использовать это при формировании своих маркетинговых стратегий и цикловых заданий, и как эффективно интегрировать эту технологию в коммуникацию представителя компании со своим клиентом.

**Лайфхак №1. Составь «ментальную карту» врача**

## **Глава 2. Лестница лояльности клиента, или как обеспечить управляемый рост приверженности врача лекарственному препарату**

В условиях современного высококонкурентного рынка, на котором каждый год появляются десятки новых лекарственных средств, важнейшим вопросом для фармкомпаний является завоевание ЛОЯЛЬНОСТИ врачей продвигаемым препаратам.

Этот вопрос требует детального анализа сути лояльности или, другими словами, того, как формируется приверженность врачей выписке/рекомендациям того или иного препарата и как выглядит в деталях механизм формирования лояльности.

## Что такое лояльность врача?

Давайте начнем с определения понятия лояльности врача тому или иному препарату. Мы будем говорить о лояльности, которая формируется у врача в результате определенных действий компании.

*Лояльность врача отражает результаты работы фармкомпании по продвижению своего препарата за определенный период времени. Этот показатель представляет собой реализуемую в конкретных назначениях (выписываемых рецептах) степень информированности и доверия врачей лекарственному препарату компании. Таким образом, лояльность – это не то, как врач относится к препарату компании (и к медицинскому представителю этой компании), а то, как врач работает с данным препаратом, а именно – сколько и как регулярно он назначает препарат своим пациентам за определенный период времени (например, в неделю или месяц).*

Лояльность врачей принято измерять в проценте назначений продвигаемого препарата (например, 10%, 30%, 50%) от общего количества профильных пациентов (равняется 100%), которым данный препарат может быть назначен по его показаниям. В фармкомпаниях лояльность обычно обозначается цифрами 1, 2, 3, каждая из которых обозначает определенный уровень лояльности врача продвигаемому препарату компании: 1 – низкий (например, менее 10%), 2 – средний (например, от 10 до 30%), 3 – высокий (например, более 30%). Конкретное значение каждого из уровней лояльности врача продвигаемому препарату, как правило, определяет отдел маркетинга.

Во многих фармкомпаниях менеджеры по маркетингу и продажам обычно относятся к уровню лояльности сугубо прагматически, ассоциируя его с количеством выписываемых/рекомендуемых врачом упаковок своего препарата за единицу времени: в неделю/месяц. Например, ожидается, что врач с высоким потенциалом (до 300 профильных больных месяц) при низкой лояльности должен обеспечивать компании до 30 рекомендаций по продвигаемому препарату в месяц ( $\approx 10\%$  от своего потенциала); со средней лояльностью – до 60 (= 20% от потенциала), а с высокой лояльностью – до 100 рекомендаций (до 33% от своего потенциала).

Причину появления данной логики понять достаточно легко. Дело в том, что привязка категории врача к количеству ожидаемых от него рекомендаций – это основа всех проводимых в компании формальных расчетов планирования продаж, на которых в дальнейшем строятся все бюджеты на продвижение. Насколько эти расчеты будут оправданы, сказать сложно, ведь врач, даже если он дает медицинским представителям какие-либо обязательства по выписке того или иного препарата, совсем не обязан их выполнять, если не имеет к препарату определенного уровня доверия.

Наглядным примером сказанного может стать приведенный ниже диалог, отражающий завершение визита медицинского представителя к врачу, когда представитель стремится взять с врача обязательство по необходимой ЕМУ выписке препарата.

*Итак, доктор, давайте подведем итог нашей беседе. Вы назначили препарат ЗДРАВМЕД первым трем пациентам и получили положительные результаты. МП:*

*Да. Врач:*

*Вы сказали, что еженедельно вам приходится принимать до 10—15 пациентов с болью в спине. Это значит, что в месяц через вас проходит до 50 (пятидесяти) таких пациентов. Давайте договоримся, что в течение ближайшего месяца, до следующей нашей встречи, вы выпишите/порекомендуете своим пациентам с хроническими болями в спине, скажем, 20 упаковок препарата ЗДРАВМЕД. Я могу на это рассчитывать? МП:*

*Ну... Я попробую. Врач:*

*Отлично, доктор! Буду вам за это благодарен. До встречи через месяц! МП:*

Вы, наверное, согласитесь, что диалог носит достаточно типовой характер. Мы намеренно не включили в него некоторые детали, связанные с методикой SMART-договоренности, чтобы обратить внимание на главное – количественную сторону договоренности между врачом и медицинским представителем по предстоящей выписке препарата. Как она происходит? И как обычно относится врач к просьбам сотрудников фармкомпаний о выписке того или иного количества упаковок, что вкладывает в свои обещания?

В приведенной выше ситуации врач, по словам медицинского представителя, уже сделал первые рекомендации нового для себя лекарственного препарата и получил первые якобы **ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ** результаты их лечения. Допустим... Оправданным ли в этой ситуации является количество упаковок (20), о котором попросил врача медицинский представитель? Попросить-то он, конечно, может, но выполнит ли врач данное обязательство? Вряд ли, и вот почему:

- во-первых, полученный на трех пациентах, пусть даже положительный, опыт лечения в ситуации, когда таких пациентов у врача в месяц бывает более 50 человек, как правило, не может носить достоверного характера для любого врача (и новатора, и тем более консерватора);

- во-вторых, сила привычки врача в назначении традиционных для него препаратов или схем лечения служит мощным сдерживающим фактором против использования новых лекарственных препаратов;

- в-третьих, врач обычно не ведет подсчет назначенных им препаратов. Для этого у него просто нет ни времени, ни желания. Исключение – участие в т. н. постмаркетинговых исследованиях, что бывает не так уж часто. Следовательно, обещанное количество не будет для него мотивацией для достижения договоренности. Это будет, скорее всего, чистая формальность (чтобы быстрее избавиться от представителя) или дань вежливости (он же старался...).

Таким образом, просьба медицинского представителя о 20 упаковках является логичной с точки зрения его личных ожиданий и коммерческих планов, но явно завышена с точки зрения готовности врача. Вот почему обещание врача о назначении препарата можно считать **ФОРМАЛЬНЫМ**, о чем свидетельствуют два индикатора: а) междометие «НУ», говорящее о неловкости врача при озвучивании им ложного обещания; б) глагол «ПОПРОБУЮ» (), демонстрирующего маловероятный характер своего обязательства перед медицинским представителем. *но не «уверен» – примечание авторов*

Налицо явный разрыв между желанием медицинского представителя и готовностью врача следовать за ним. И виноват в этом разрыве медицинский представитель, который явно перепрыгивает через какие-то промежуточные точки доверия врача новому препарату (см. рис. 2.1).

Рис. 2.1. Разрыв между ожиданием медицинского представителя и готовностью врача

Другими словами, истинная лояльность врача препарату и оценка этой лояльности со стороны представителя/фармкомпаний – не одно и то же, и зачастую они расходятся на порядок. Часто на тренингах мы проводим бизнес-симуляцию «Машина времени» (нередко – с реальными врачами), где представители и клиент, каждый со своей стороны, подсчитывают количество назначений за цикл продаж (3—6 месяцев), не озвучивая цифры до конца игры. И каждый раз, за редким исключением, мы получаем такой печальный результат – расхождение не в два, не в четыре раза, а почти на порядок, особенно если это касается препаратов для лечения хронических заболеваний с длительным курсом приема.

К чему ведет эта двойная бухгалтерия? Прежде всего, к искажению реальной ситуации на фармрынке, неправильной оценке результатов работы медицинских представителей, необъективным оценкам и прогнозам, неэффективному расходованию промоционных ресурсов и так далее. Одним словом, цена ошибки очень велика!

С другой стороны, смещение акцентов с реального доверия врачей препарату на количество выписываемых/рекомендуемых ими упаковок приводит к ухудшению и формализации отношений между медицинскими представителями и врачами. Ведь работа медицинских представителей все больше начинает напоминать охоту за количеством рекомендаций врача. Для этого применяется весь арсенал сомнительных с точки зрения профессиональной этики сил и средств медицинского представителя: личные отношения (отвезти-привезти врача на корпоративном автомобиле); уговоры на основе прогрессивной шкалы роста рекомендаций (если на прошлом визите была договоренность в 10 упаковок, на нынешнем визите их должно быть уже 20), упор на жалость («если вы не выпишете 50 упаковок в месяц, меня уволят / лишат бонуса») и т. д.

Со своей стороны врачи либо борются за свои интересы: возражают, спорят, не соглашаются, что часто заканчивается конфликтом и/или присвоением такому врачу категории, – либо дают формальные согласия, после чего счастливый медицинский представитель покидает их кабинет с чувством выполненного долга. Многих менеджеров на двойных визитах такой подход вполне устраивает, и с их молчаливого согласия и поддержки порочный круг формализма в работе с лояльностью врача замыкается. С

Учитывая все указанные выше негативные последствия неправильной оценки лояльности врача, предлагаем разобраться не столько в цифрах зависимости сделанных врачом рекомендаций от присвоенного ему уровня лояльности, сколько в самом МЕХАНИЗМЕ развития лояльности. Другими словами, как возникает и за счет чего возрастает приверженность врача лекарственному препарату.

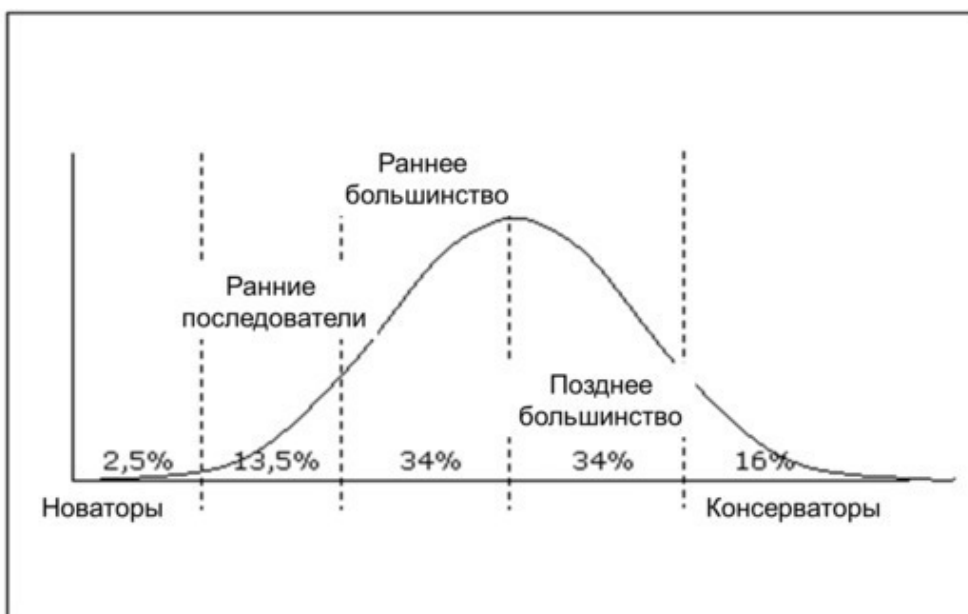
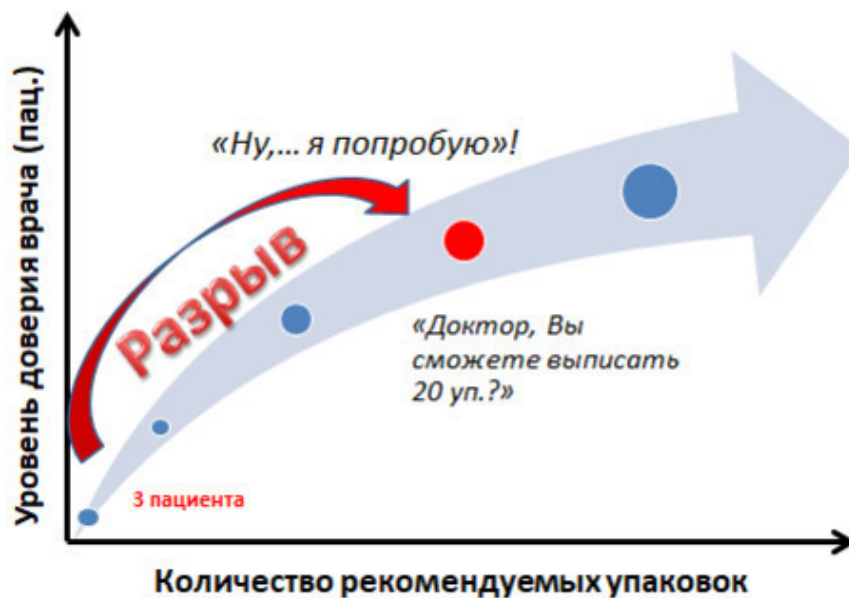
Представляется, что отправной точкой приверженности тому или иному препарату является УРОВЕНЬ ДОВЕРИЯ врача лекарственному препарату. Давайте попробуем более обстоятельно разобраться, как формируется это доверие. Очевидно, что его появление и развитие происходит в рамках определенного интервала времени, когда врач получает и развивает свой личный опыт работы с лекарственным препаратом. Значит, ДОВЕРИЕ врача препарату неразрывно связано с его ОПЫТОМ в использовании этого препарата.

Конечно, врачи – это прежде всего люди, а люди, как известно, все разные. Поэтому врачи тоже поступают по-разному в своем отношении к новым лекарственным препаратам и методикам: одни более консервативны, другие больше расположены к новым препаратам и способам лечения, т. н. «новаторы». Ниже приводится рисунок 2.2, на котором вы можете познакомиться с категоризацией врачей по степени их новаторства и консервативности.

Рис. 2.2. Категоризация врачей по отношению к новым препаратам

Как мы видим, новаторов и ранних последователей, то есть врачей, наиболее склонных к быстрому использованию новых для себя препаратов, не более 15%, в то время как их «оппонентов» из позднего большинства и консерваторов – 50%.

Таким образом, как минимум 50% и более врачей проходят через несколько основных обязательных этапов в развитии своего доверия новому для себя лекарственному препарату.



## Этапы развития доверия врачу лекарственному препарату

Уяснение медицинскими представителями основных этапов доверия врача является важным условием, чтобы овладеть механизмом управления лояльностью врача, поэтому и начнем мы именно со знакомства с этими этапами. Графически мы изобразили их на рисунке 2.3.

Рис. 2.3. Основные этапы развития доверия врача новому ЛС

– начинается с первого появления продвигаемого препарата в фокусе внимания врача. Его особенностью является сильная приверженность врача какому-либо другому или другим (конкурентным) лекарственным препаратам, лояльность которым формировалась у него, возможно, в течение длительного периода времени до знакомства с вашим препаратом. **Этап №1: ПРОБУЕТ**

Суть этапа ПРОБУЕТ состоит в необходимости обоснования врачу причины включения вашего препарата в его практику, в преодолении возможных возражений врача и в создании контрольной группы пациентов для получения врачом первого личного опыта в применении нового для него препарата. Таким образом, данный этап может быть для медицинского представителя самым сложным. Ведь для того, чтобы сдвинуть с места тяжелый камень и придать ему хотя бы минимальную динамику движения вперед, требуется преодолеть большую тяжесть (= высокое сопротивление), вызванную инерцией предыдущего опыта, стереотипами и привычками в лечении, дополнительными временными затратами на обучение, дискомфортом и возможными рисками в получаемых результатах. Важнейшим элементом содержания этапа ПРОБУЕТ является актуализация медицинским представителем потенциальных проблем и рисков для врача в случае дальнейшего применения им ранее использованных препаратов и методик. Более подробно инструменты актуализации проблем и рисков будут рассмотрены в других главах нашей книги.

Результатом данного этапа является признание врачом заявленных медицинским представителем преимуществ в использовании данного препарата на контрольной группе пациентов. Численность контрольной группы пациентов для разных врачей может быть различной. Как правило, она может формироваться с учетом общей численности пациентов у врача. Чем больше общее количество пациентов, тем больше может быть и контрольная группа пациентов. Обычно ее численность может составлять от 5 до 10 человек. Продолжительность первого этапа в зависимости от его индивидуальных психологических особенностей (новатор/консерватор) может составлять от одного до нескольких месяцев. На длительность, безусловно, будет влиять и класс препаратов, схема его применения, то есть то, как быстро врач сможет оценить эффект. Наиболее быстро это может произойти в случае препаратов ургентных (антибиотиков, спазмолитиков, анальгетиков и др.) и гораздо медленнее у препаратов для лечения хронических заболеваний (например, метаболических препаратов).

– заключается в постепенном расширении врачом назначений вашего препарата для того, чтобы окончательно убедиться в его преимуществах и получаемых от его применения выгодах для его терапевтической практики в сравнении с ранее назначаемыми препаратами конкурентов. Для данного этапа важна динамика роста назначений и фиксирование медицинским представителем как положительного опыта, так и возможных сомнений и даже «негативных» моментов, связанных с использованием нашего препарата, которые должны быстро рассматриваться и преодолеваться. Результатом второго объективного этапа роста доверия врачу препарату должна стать высокая уверенность в его клиническом применении и отсутствие значимых недостатков в эффективности, безопасности и приверженности использования пациентами. Продолжительность второго этапа в зависимости от индивидуальных психологических особенностей врача (новатор/консерватор) может составлять от двух месяцев до полугода. **Этап №2: ИЗУЧАЕТ**

– высшая точка развития доверия врача продвигаемому препарату. Она достигается при условии признания врачом высоких клинических результатов в применении нашего препарата по сравнению с другими альтернативными лекарственными средствами или методиками лечения, а также осознания врачом положительного влияния на профессиональные и/или личные потребности вследствие использования им нашего препарата. Достижение врачом этапа предпочтения в условиях высокой конкуренции между фармкомпаниями и их препаратами не является обязательным, но точно является крайне желательной точкой развития доверия врача продвигаемому препарату. Это связано с резким возрастанием назначений врачей нашего препарата и, как следствие, ростом его продаж на рынке. Принимая во внимание сложность достижения этапа ПРЕДПОЧТЕНИЯ в назначении лекарственного препарата, время его достижения с момента начала использования может составлять от одного года и более, продолжительность этапа зависит от качества работы медицинского представителя с врачом и от эффективности работы его конкурентов. **Этап №3: ПРЕДПОЧИТАЕТ**

Разговор о механизме управления лояльностью врача был бы абстрактным и непрофессиональным без учета еще одного важного вопроса – привязки назначений врача (а значит, и его лояльности!) к определенным пациентским группам. Этот вопрос мы уже подробно рассматривали с вами в первой главе нашей книги и пришли к выводу, что в рамках определенной нозологии у врача в процессе его практики складываются определенные, отличающиеся друг от друга пациентские группы. Вот почему невозможно вести речь о лояльности врача и управлении ее ростом без связи с пациентской группой. А это значит, что рассмотренные нами выше этапы развития доверия врача (ПРОБУЕТ – ИЗУЧАЕТ – ПРЕДПОЧИТАЕТ) распространяются на каждую пациентскую группу.

Таким образом, если представить себе, что развитие лояльности врача происходит через последовательный перевод на наш препарат разных групп пациентов, то развитие доверия врача нашему препарату в каждой из этих пациентских групп будет происходить через выделенные нами три этапа.



## Ступени лояльности врача лекарственному препарату

В результате рост лояльности врача нашему препарату будет происходить на основе целого ряда ступенек, которые представлены на рисунке 2.4.

Дискуссионным в связи с данным механизмом остается вопрос о возможности перескакивания врача через какие-то отдельные ступени лояльности в росте своего доверия определенному препарату. Наше мнение по данному вопросу состоит в том, что некоторое ускорение развития доверия возможно:

Рис. 2.4. Ступени лояльности врача ЛС

- у врачей-новаторов, которые хотят и любят включать в свою практику новые, оригинальные препараты и при этом действуют быстро;
- на более продвинутых уровнях развития лояльности, например, между ступенью №3 и №5 (минуя ступень №4). Данная ситуация возникает, например, в ситуации, когда у врача первая группа пациентов является очень большой. Получив в ней очень хороший результат от использования нашего препарата на большом числе пациентов, доктор экстраполирует данный результат на другую группу пациентов, предоставляя тем самым кредит своего доверия медицинскому представителю в новой пациентской группе;
- при общей лояльности компании. Если врач уже является уверенным пользователем одного или нескольких препаратов компании, то скорость приобретения лояльности новому препарату может быть выше. Катализатором будет выступать доверие компании. Также ускорить процесс может доверие конкретному представителю, с которым сложились длительные партнерские отношения. Но в любом случае эволюция лояльности должна будет пройти те же описанные выше этапы. Не стоит ожидать, что врач даже при этих вводных сразу перескочит на другую ступень приверженности.

Вывод следующий: приведенные возможности, на наш взгляд, являются скорее исключением из правила, чем основной закономерностью. Вот почему мы настоятельно рекомендуем медицинским представителям не торопиться шагать по ступеням лестницы лояльности врача и тем более не перешагивать через них. Как известно, торопливость приводит к ошибкам и конфузам, и, не оправдав доверие врача на более высокой ступени лояльности, медицинский представитель может легко оказаться на ее нижних ступенях, откуда путь к вершине уже не будет таким легким, как казалось вначале.

Помните, что одно дело – упросить врача в какой-то момент выписать больше рецептов на тот или иной препарат (что, конечно, возможно), и совсем другое дело – поднять его на истинный уровень приверженности данному препарату соответственно желаемому количеству регулярной выписки. В этой связи вспоминается очень образное высказывание одного из героев популярного ранее художественного фильма, который сказал: «Даже если собрать вместе девять беременных женщин, они все равно не родят через месяц. Плод – должен созреть!» Вот и лояльность врача должна созревать с течением времени и по мере развития его опыта по работе с нашим препаратом. И на созревание лояльности представитель может и должен влиять, но с учетом этапов ее развития.

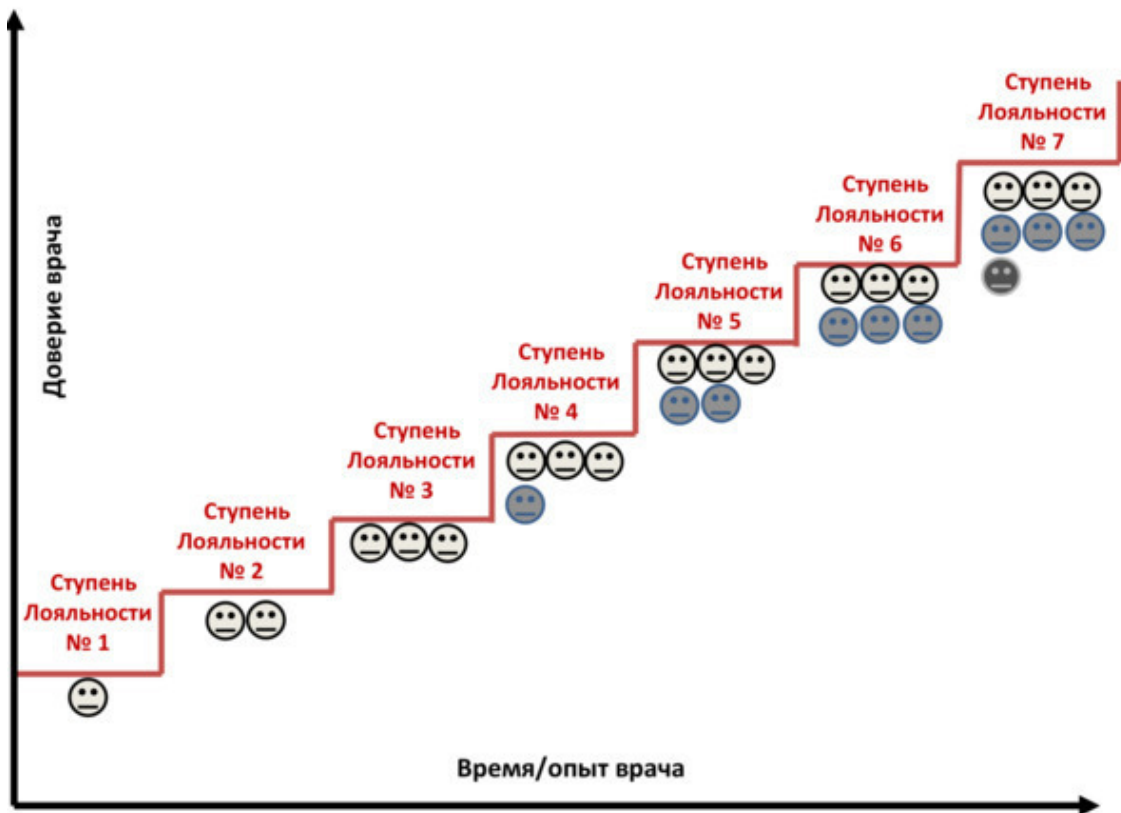
В интересах еще большей визуализации схемы ступеней лояльности врачей на основе привязанных к ней пациентских групп мы приводим на рисунке 2.5 обозначение разных пациентских групп разноцветными смайликами.

Рис. 2.5. Ступени лояльности врача ЛС

Таким образом, чтобы предотвратить расхождение в оценках реального уровня лояльности врача (на основе уровня его доверия препарату для назначения разным группам пациентов) и количества выписываемых им упаковок (расхождение между чисто количественным методом оценки лояльности и ее качественной составляющей), было бы целесообразно сопоставить тра-

диционную для фармкомпаний трехуровневую шкалу оценки лояльности врача и нашу схему ступеней развития лояльности врачей.





## **Категоризация лояльности врачей на основе лестницы лояльности препарату**

Мы попытались сделать это на рисунке 2.6.

Рис. 2.6. Категоризация врачей по уровню их лояльности ЛС

Дополнение традиционной шкалы категоризации лояльности врачей ее привязкой к реальной клинической практике врача (его «ментальной картой» и связанными с ней пациентскими группами) позволяет предположить, что (мало выписывает) целесообразно связать со ступенями лояльности врача №№1—2, на которых врач ПРОВЕРЯЕТ и ИССЛЕДУЕТ новый для себя препарат и делает это, как правило, на вполне определенной группе пациентов (одной пациентской группе!). **первый уровень лояльности**

Увеличение выписки/рекомендации им препарата на уровне (средняя выписка) связано либо с выходом врача на ступень лояльности №3, когда он может предпочитать продвигаемый нами препарат, либо с началом использования нашего препарата во второй группе пациентов. **лояльности №2**

Наконец, присваивание врачу уровня должно быть связано с уверенным назначением (как минимум ступень лояльности №5) нашего препарата в двух различных пациентских группах. **лояльности №3**

Из предложенной вам новой системы оценки уровня лояльности врача вытекают следующие важные выводы для работы медицинского представителя:

1. учет только лишь количественной стороны (упаковки) в назначении/выписке врачом продвигаемого компанией препарата противоречит менталитету врача, не дает реальной картины его доверия ЛС и ограничивает понимание стратегии его дальнейшего развития;

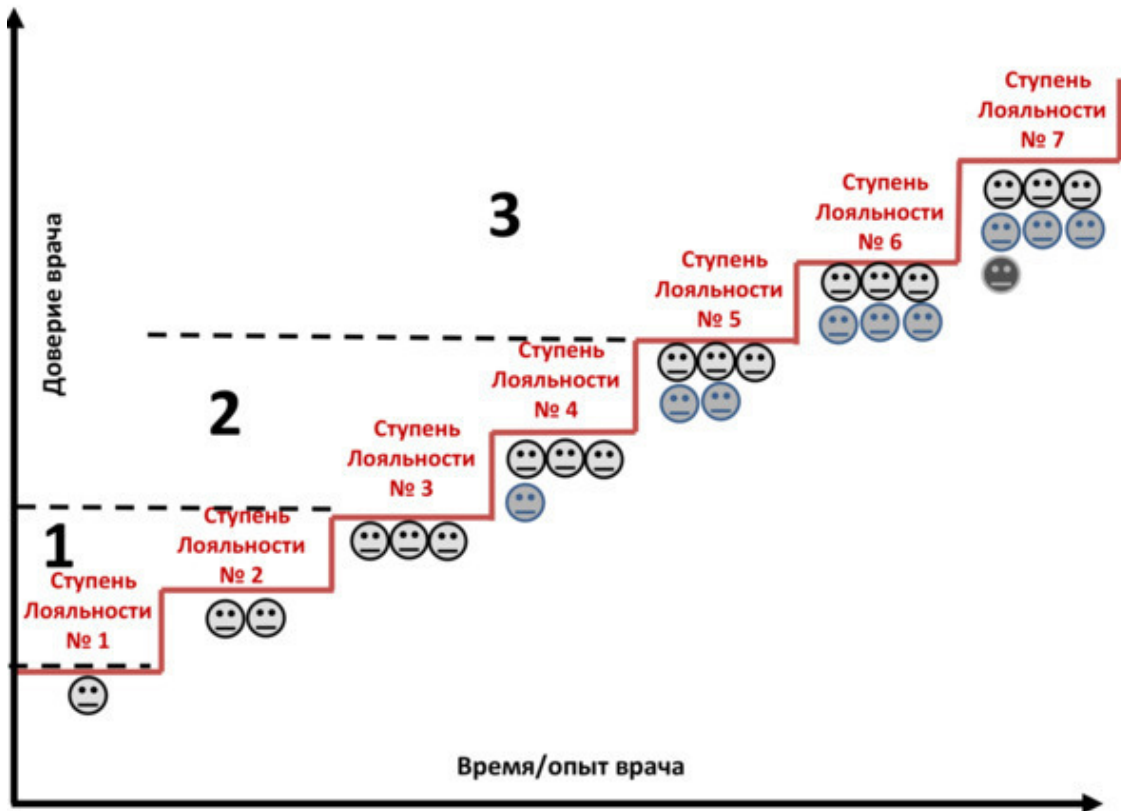
2. реальный механизм «качественного» развития лояльности врача связан с этапами роста уровня доверия врача нашему препарату и должен быть привязан к пациентским группам («ментальной карте») в практике врача;

3. новый механизм развития лояльности указывает медицинскому представителю и компании в целом четкий вектор (стратегию) на развитие лояльности как отдельного врача, так и всей доли рынка. Этот вектор связан с расширением назначений в различных пациентских группах и показаниях продвигаемого препарата;

4. рост лояльности отдельного врача продвигаемому компанией препарату, а также увеличение его доли рынка, не происходит за счет простых количественных изменений, а строится через последовательное заполнение имеющихся у него пациентских групп, что обеспечивает реальную (а не формальную цифровую по итогам визита) приверженность врача нашему препарату, ее долгосрочный характер, что не позволит конкурентам быстро снизить доверие врача и подорвать сложившийся у него уровень доверия;

5. предложенный механизм ориентирует медицинского представителя на фокусирование своего внимания в ходе визитов на удовлетворенность врача от использования продвигаемого препарата в различных пациентских группах, чтобы быть уверенными в его настоящей лояльности.

Вывод из вышесказанного может быть таким: более точным ориентиром для определения лояльности врача является пациентская группа и численность пациентов в ней, которым врач назначает препарат компании, а не количество этих упаковок.



## Ресурсы медицинского представителя для развития лояльности врача

Цель данной главы состоит в раскрытии того, как представитель может осознанно и планомерно управлять уровнем лояльности врача. Частично она решается через изучение **механизма изменения лояльности**

Вторая половина ответа на поставленный вопрос заключается в сопоставлении уже представленной вам лестницы развития лояльности с имеющимися у медицинского представителя по управлению лояльностью врача для выполнения поставленного перед ним плана продаж. **ресурсами**

Этот вопрос правильно рассматривать в двух аспектах:

1) стратегическом (как выполнить план продаж на основе имеющейся базы данных врачей);

2) тактическом (как обеспечить развитие лояльности в рамках промоционного цикла). **одного врача**

Для понимания стратегического характера развития потенциала территории следует опереться на методику расчета целевой группы врачей, которая ранее была описана нами в книге «Хозяин бизнеса на территории» и повторно приводится нами ниже.

### Методика расчета целевой группы клиентов

Под целевой, или таргетной (от англ. target – цель), группой врачей следует понимать часть клиентской базы данных врачей, работа с которой (с определенной величиной охвата и кратностью посещения врачей) позволит сотруднику компании выполнить поставленный план продаж.

Важнейшим условием и для расчета целевой группы клиентов является заранее проведенная правильная врачей. Главным параметром правильной категоризации клиентов в фармкомпаниях является оценка и врача. **ПЕРВЫМ ШАГОМ категоризация клиентской базы потенциала лояльности**

врача определяет степень его важности для компании. Он измеряется количеством пациентов в месяц, посещающих врача для лечения определенной нозологии (например, артериальной гипертензии или доброкачественной гиперплазии простаты). Потенциал врача, как правило, носит устойчивый характер, определяется специальностью врача, территориальными особенностями, профилем клиники и др. и мало зависит от промоционной активности компании. Для измерения величины потенциала используются латинские буквы **Потенциал А, В, С.**

Буквой **А** обозначается высокий потенциал врача, что предполагает большое количество пациентов определенной нозологии в месяц, посещающих врача. Эта цифра сильно варьируется в зависимости от нозологии и специальности врача и может составлять, например, в некоторых случаях от 200 и более пациентов в месяц. **А**

Буква **В** обозначает средний потенциал врача (например, от 100 до 200 профильных пациентов в месяц), а буква **С**, соответственно, низкий потенциал (например, менее 100 профильных пациентов в месяц). Конкретное значение величины каждого из уровней потенциала врача (**А, В, С**) разрабатывают в интересах отдела продаж специалисты отдела маркетинга фармкомпаний – продакт-менеджеры. **В С А, В, С**

врача отражает результаты работы фармкомпания по продвижению своих лекарственных препаратов. Этот показатель представляет собой реализуемую в назначении (выписываемых рецептах) степень информированности и доверия врачей лекарственным препаратам компании. Лояльность врачей измеряется в проценте назначений нашего препарата от потенциала врача (например, 10% или 30%) и обозначается цифрами каждая из которых обозначает опре-

деленный уровень лояльности врача продвигаемому препарату компании: – низкий (например, менее 10%), – средний (например, от 10 до 30%), – высокий (например, более 30%). Конкретное значение каждого из уровней лояльности врача продвигаемому препарату также определяет отдел маркетинга. *Лояльность*

## **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.