

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

**ANALIZA TRŽENJSKEGA KOMUNICIRANJA ONKOLOŠKIH
ZDRAVIL V EU IN ZDA**

Ljubljana, november 2020

URŠKA ČOBANOVIĆ

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana Urška Čobanović, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, avtorica predloženega dela z naslovom Analiza trženjskega komuniciranja onkoloških zdravil v EU in ZDA, pripravljene v sodelovanju s svetovalcem izr. prof. dr. Gregorjem Pfajfarjem

IZJAVLJAM

1. da sem predloženo delo pripravila samostojno;
2. da je tiskana oblika predloženega dela istovetna njegovi elektronski obliki;
3. da je besedilo predloženega dela jezikovno korektno in tehnično pripravljeno v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, kar pomeni, da sem poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev oziroma avtoric, ki jih uporabljam oziroma navajam v besedilu, citirana oziroma povzeta v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani;
4. da se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del (v pisni ali grafični obliki) kot mojih lastnih – kaznivo po Kazenskem zakoniku Republike Slovenije;
5. da se zavedam posledic, ki bi jih na osnovi predloženega dela dokazano plagiatorstvo lahko predstavljalo za moj status na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani v skladu z relevantnim pravilnikom;
6. da sem pridobila vsa potrebna dovoljenja za uporabo podatkov in avtorskih del v predloženem delu in jih v njem jasno označila;
7. da sem pri pripravi predloženega dela ravnala v skladu z etičnimi načeli in, kjer je to potrebno, za raziskavo pridobila soglasje etične komisije;
8. da soglašam, da se elektronska oblika predloženega dela uporabi za preverjanje podobnosti vsebine z drugimi deli s programsko opremo za preverjanje podobnosti vsebine, ki je povezana s študijskim informacijskim sistemom članice;
9. da na Univerzo v Ljubljani neodplačno, neizključno, prostorsko in časovno neomejeno prenašam pravico shranitve predloženega dela v elektronski obliki, pravico reproduciranja ter pravico dajanja predloženega dela na voljo javnosti na svetovnem spletu preko Repozitorija Univerze v Ljubljani;
10. da hkrati z objavo predloženega dela dovoljujem objavo svojih osebnih podatkov, ki so navedeni v njem in v tej izjavi.

V Ljubljani, dne 16.11.2020

Podpis študentke: _____

KAZALO

UVOD	1
1 POSEBNOSTI TRŽENJSKEGA KOMUNICIRANJA V FARMACEVTSKI INDUSTRIJI.....	4
1.1 Trženjsko komuniciranje	4
1.2 Značilnosti trženjskega komuniciranja v farmacevtski industriji	5
1.3 Pričakovanja zdravnikov	8
1.4 Prihodnost trženjskega komuniciranja v farmacevtski industriji	9
1.5 Trendi in finančni vidik farmacevtske industrije	10
1.6 Analiza onkološke panoge	13
1.7 Razlogi za visoke cene onkoloških zdravil	14
2 ANALIZA TRŽENJSKEGA KOMUNICIRANJA ONKOLOŠKIH ZDRAVIL V EU	15
2.1 Slovenski zdravstveni sistem.....	16
2.2 Oblikovanje cene zdravil.....	17
2.3 Zakonske omejitve trženjskega komuniciranja zdravil na recept	18
2.3.1 Oglaševanje strokovni javnosti.....	20
2.3.2 Digitalno oglaševanje strokovni javnosti	21
2.3.3 Možnosti oglaševanja širši javnosti.....	22
2.4 Poskusi odprave prepovedi direktnega oglaševanja v EU	22
3 ANALIZA TRŽENJSKEGA KOMUNICIRANJA V ZDA	23
3.1 Zdravstveni sistem v ZDA.....	24
3.2 Oblikovanje cene zdravil.....	26
3.3 Zakonske omejitve trženjskega komuniciranja onkoloških zdravil v ZDA ..	27
3.4 Direktno oglaševanje uporabnikom zdravil na recept	29
4 RAZISKAVA TRŽENJSKEGA KOMUNICIRANJA ONKOLOŠKIH ZDRAVIL Z VIDIKA NOVARTISA.....	32
4.1 Predstavitev Novartisa.....	32
4.2 Metodologija raziskave.....	34
4.3 Analiza intervjuja o trženjskem komuniciranju onkoloških zdravil Novartisa v Sloveniji	36

4.4	Analiza intervjuja o trženjskem komuniciranju onkoloških zdravil Novartisa v ZDA	39
4.5	Analiza intervjuja s predstavnico regulative v Novartisu Slovenija.....	42
4.6	Primerjava obeh trgov in oris najučinkovitejše trženjske komunikacije	43
4.7	Omejitve naloge in priporočila za nadaljnje raziskave.....	48
	SKLEP	49
	LITERATURA IN VIRI.....	53
	PRILOGA	60

KAZALO TABEL

Tabela 1: Trženjsko komuniciranje včasih in danes	7
Tabela 2: Lastnosti intervjujev	36
Tabela 3: 5 ključnih dejavnikov za najbolj učinkovito trženjsko komuniciranje glede na trg	46
Tabela 4: Priporočila deležnikom trženjskega komuniciranja	48

KAZALO SLIK

Slika 1: Število onkoloških kliničnih študij po fazah, 2010 – 2018.....	12
Slika 2: Globalna potrošnja za zdravila v milijon \$, z napovedjo do 2023.....	13
Slika 3: Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu v Sloveniji in EU.....	16
Slika 4: Oblikovanje cen zdravil v Sloveniji.....	18
Slika 5: Stroški zdravstvenega varstva po plačnikih v letu 2019.....	25
Slika 6: Stroški zdravstvenega sistema v % BDP	26
Slika 7: Stroški trženjskega komuniciranja v ZDA v milijardah \$	31
Slika 8: Novartis neto prodaja v milijardah \$	34

KAZALO PRILOG

Priloga 1: Osnovni okvir vprašanj za intervju.....	1
--	---

SEZNAM KRATIC

EU – Evropska unija

EFPIA – Evropska zveza farmacevtske industrije in združenj

JAZMP – Javna agencija za zdravila in medicinske pripomočke

KML – kronični mielogeni limfom

R&R – raziskave in razvoj

ZDA – Združene države Amerike

ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

UVOD

Raziskovalna farmacevtska industrija je zelo kompleksna, celovita in visoko rizična, brez končnega zagotovila, da bo potencialni novi produkt na trgu uspel in bil donosen. Če želi farmacevtsko podjetje doseči uspeh na trgu z novim produktom, mora investirati velike vsote denarja v oglaševanje in promocije. Nič presenetljivega ni, da raziskave in razvoj (v nadaljevanju R&R) ter trženjsko komuniciranje zdravila predstavljajo najpomembnejši del strateških aktivnosti v podjetju. Prav tako predstavljajo največji delež investicij. Največja raziskovalna farmacevtska podjetja na svetu investirajo 16 % svojih prihodkov v R&R in kar 25 % v trženjsko komuniciranje (Bertoncelj & Kesič, 2008).

Ker se tako velike vsote denarja namenjajo za trženjsko komuniciranje, oglaševanje zdravil na recept širši javnosti pa je v Evropski uniji (v nadaljevanju EU) prepovedano, nemalokrat prihaja do polemik o tem, kam točno gre ta denar. Tema je še toliko bolj občutljiva v Sloveniji, saj velik delež denarja za zdravstveno oskrbo prispevajo državljani sami. Največji strošek med zdravili predstavljajo onkološka zdravljenja, število le- teh pa bo v prihodnje še naraščalo. Ker je onkologija eden izmed najpomembnejših in hkrati najdonosnejših segmentov v farmacevtski industriji, se bom v magistrski nalogi osredotočila nanjo. Trženjsko komuniciranje v onkološki panogi bom analizirala na dveh povsem različnih trgih, EU in Združenih državah Amerike (v nadaljevanju ZDA), ter nalogo zaključila z raziskovalnim delom v sodelovanju z mednarodnim farmacevtskim podjetjem Novartis. EU bom analizirala na področjih, kjer velja enotna politika za vse države članice, v primerih, kjer je možno obravnavati državno raven, pa se bom osredotočila na Slovenijo.

Trženje inovativnih onkoloških zdravil v Sloveniji in izbranih državah EU v svoji magistrski nalogi opisuje Matko Štamfelj (2010). V veliki meri predstavlja problem dostopnosti onkoloških zdravil v izbranih državah, ne pogloblja pa se v trženjsko komuniciranje. Na širši okvir trženja v farmacevtski industriji se sklicuje tudi Guček Zakošek (2005), ki obravnava problem trženja zdravil na recept v celotni farmacevtski industriji. Le- ta pa se dotakne tudi trženjskega komuniciranja zdravil na recept.

ZDA in Nova Zelandija sta edini državi na svetu, ki imata dovoljeno direktno oglaševanje zdravil na recept, povsod drugod je le- to prepovedano. Seveda obstaja veliko različnih mnenj o tem, ali ima tovrstno oglaševanje več pozitivnih ali negativnih posledic. Po številnih raziskavah so mnenja še vedno deljena. Mintzes (2012) pravi, da so glavne skrbi o škodi, povzročeni s strani direktnega oglaševanja, negativen vpliv na zaupljiv odnos med zdravnikom in pacienti. Nadalje stimulira nepotrebno in nepravilno uporabo zdravil, pripelje do več nezaželenih učinkov, ter posledično poveča stroške zdravil in zdravljenja. Prav tako pravi, da zagovorniki direktnega oglaševanja trdijo ravno nasprotno. Direktno oglaševanje naj bi koristilo javnemu zdravstvu, saj nudi zelo potrebne informacije o zdravilih, stimulira diskusije med zdravnikom in pacienti, ter spodbuja paciente, da poiščejo pomoč v zgodnji fazi bolezni.

V EU se že precej časa pojavljajo nestrinjanja glede obširnosti prepovedi direktnega oglaševanja. Dejstvo je, da trenutne zakonske omejitve v nekaterih državah članicah prepovedujejo podjetjem, da javnosti podajajo osnovne in zakonsko odobrene informacije o njihovih zdravilih. Evropska zveza farmacevtske industrije in združenj (v nadaljevanju EFPIA) prav tako poudarja, da modela direktnega oglaševanja ne smatra primerne za Evropo. Želijo zgolj, da ima farmacevtska industrija pravico oskrbe z nepromocijskimi, visoko kvalitetnimi informacijami o bolezni. Narobe je sklepati, da so vse informacije, ki prihajajo s strani podjetja promocijske narave. Podjetja želijo izboljšati varnost in učinkovitost uporabe njihovih zdravil v korist pacientu. Če je to doseženo, je njihova korist posredna (EFPIA, 2007).

Namen magistrske naloge je analizirati trženjsko komuniciranje onkoloških zdravil v EU in ZDA, ter ga primerjati in na podlagi analize poskušati opredeliti idealno trženjsko komunikacijo onkoloških zdravil. Proučevana problematika je aktualna za raziskovanje, saj pomen onkologije neprestano narašča, zato je pomembno, da se razišče možnosti trženjskega komuniciranja onkoloških zdravil s pravnega vidika in kateri izmed dveh popolnoma različnih načinov komuniciranja je za farmacevtsko podjetje in hkrati za širšo javnost boljši, saj je vsem farmacevtskim podjetjem dobrobit pacientov najpomembnejša.

Osnovni **cilj** magistrske naloge je preko teoretične podlage in empirične raziskave analizirati trženjsko komuniciranje onkoloških zdravil v EU in ZDA. Preučiti pravne okvirje trženja onkoloških zdravil na dveh različnih trgih, analizirati pluse in minuse obeh načinov komunikacije, ter na podlagi raziskave v sodelovanju s trženjskimi strokovnjaki iz Novartisa ugotoviti, kakšno trženjsko komuniciranje bi bilo najbolj učinkovito.

Skozi magistrsko nalogo bom poskušala odgovoriti na glavno raziskovalno vprašanje kakšna oblika trženjskega komuniciranja onkoloških zdravil bi bila za farmacevtsko podjetje najboljša. Na poti do tega odgovora bom preverila, na katerem izmed preučevanih trgov je trženjsko komuniciranje onkoloških zdravil bolj učinkovito, kaj bi bilo potrebno spremeniti, ter ali pacienti s trenutnim načinom trženjske komunikacije pridobijo dovolj informacij o možnostih zdravljenja onkoloških bolezni. Preučila bom dva povsem različna trga in tržni komunikaciji, ter poskusila ugotoviti, koliko manevrskega prostora pravzaprav podjetja imajo ob strogo predpisanih zakonih. Nato bom izvedla intervjuja s strokovnjakoma za trženje onkoloških zdravil v Novartisovi podružnici v Sloveniji in ZDA, ter preverila kakšno je njuno mnenje o učinkovitosti trženja in kaj za njih pomeni idealno trženjsko komuniciranje onkoloških zdravil. Za širšo sliko in boljše razumevanje raziskovalnega vprašanja bom intervju naredila tudi s predstavnico regulative v Novartis Sloveniji, ki bo pojasnila zakaj so potrebne omejitve pri trženjskem komuniciranju.

Metodološko lahko magistrsko delo razdelim na dva dela in sicer na prvi del, ki je teoretični in zajema obširen pregled znanstvenih virov, ter na drugi del, ki je raziskovalni in temelji na primarnih virih, pridobljenih v treh polstrukturiranih intervjujih s strokovnjakoma za trženje onkoloških zdravil v Novartis Slovenija in Novartis ZDA, ter predstavnico regulative v

Sloveniji. Kot kvalitativno metodo zbiranja podatkov sem izbrala polstrukturirani intervju, saj nam le- ta omogoča boljše izkoriščanje pridobljenega znanja med intervjujem (Brinkmann, 2013).

Za rešitev raziskovalnega problema potrebujem informacije od vodij oddelka za trženje tako v slovenski kot ameriški podružnici Novartisa, saj mi bosta podala najbolj celostne, ažurne in zanesljive informacije. Intervjuvanje ostalih akterjev pri trženjskem komuniciranju Novartisa ne smatram smiselnim, saj bi se odgovori zaradi enotne politike podjetja podvajali. Intervjuvanca mi bosta v polstrukturiranem intervjuju pojasnila, kako so se v Novartisu prilagodili na pravne okvirje trženjske komunikacije na obeh trgih, ali se jima zdi le- to učinkovito in kaj bi po njunem mnenju bilo potrebno spremeniti. Nato bom na podlagi pridobljenih informacij skupaj z intervjuvancema poskušala odgovoriti na raziskovalno vprašanje, kakšna trženjska komunikacija onkoloških zdravil bi bila najbolj učinkovita. Za boljše razumevanje bom opravila intervju še s predstavnico regulative, z namenom pridobitve informacij s strani osebe, ki se ukvarja z regulatornimi zadevami, saj slednje posredno predstavljajo omejitve trženjskemu komuniciranju.

Magistrsko delo je sestavljeno iz štirih poglavij. V prvem poglavju sem predstavila posebnosti trženjskega komuniciranja v farmacevtski industriji, trende v farmacevtski industriji in analizo onkološke panoge. Po predstavitvi teoretične podlage, z namenom lažjega razumevanje magistrskega dela sledi osrednji del, to sta drugo in tretje poglavje, v katerih sta analizirana trga onkoloških zdravil v EU in ZDA. Za vsak trg je najprej predstavljen zdravstveni sistem, saj le- ta igra pomembno vlogo v porabi onkoloških zdravil na recept in njihovo trženjsko komuniciranje. Nato sledi oris zakonskih okvirjev pri oglaševanju zdravil na recept, kjer pokažem bistvene razlike pri omejitvi oglaševanja zdravil na recept širši javnosti. Sledi podroben opis možnosti trženjske komunikacije na obeh trgih, direktno oglaševanje širši javnosti v ZDA, ter oglaševanje strokovni javnosti v EU.

V četrtem poglavju je predstavljen raziskovalni del, ki temelji na analizi trženjskega komuniciranja v Novartisovi podružnici v Sloveniji in ZDA. V polstrukturiranem intervjuju s strokovnjakoma za trženje v slovenski in ameriški podružnici sem raziskala kako učinkovit se jim zdi njihov način trženjske komunikacije, kaj menijo o situaciji na nasprotnem trgu in kakšna bi po njihovem mnenju bila popolna trženjska komunikacija onkoloških zdravil. Preverila sem tudi, ali se jim zdijo trenutni zakonski predpisi učinkoviti, oz. kaj bi bilo po njihovem mnenju potrebno spremeniti. O možnostih le- tega bo spregovorila tretja intervjuvanka s področja regulative. Svoje magistrsko delo sem zaključila s priporočili za ključne deležnike pri trženjskemu komuniciranju v farmacevtski industriji.

1 POSEBNOSTI TRŽENJSKEGA KOMUNICIRANJA V FARMACEVTSKI INDUSTRIJI

Ker se akterji trženjskega komuniciranja v farmacevtski industriji srečujejo s precej več omejitvami glede na ostale industrije, sledi kratek pregled osnovnih pojmov trženjskega komuniciranja, nato pa uvrstitev le- teh v farmacevtsko industrijo oz. natančneje v onkološko panogo.

1.1 Trženjsko komuniciranje

Govoni (2004) v slovarju trženjskega komuniciranja le- to opredeli kot kombinacijo elementov, aktivnosti in tehnik, ki jih organizacija implementira, da bi se povezala s ciljnim trgom in ga prepričala v določena dejanja ali odzive, kot so nakup izdelka, koriščenje storitve ali sprejetje ideje. Ključna orodja trženjskega komuniciranja vključujejo oglaševanje, odnose z javnostjo, neposredno trženje, osebno prodajo, ter pospeševanje prodaje. Oglaševanje imenujemo vse, kar predstavlja uporabo plačanega medija s strani znanega sponzorja, za komuniciranje informacij o proizvodih (vključujoč izdelke, storitve, ideje, razloge in organizacije), z namenom vplivanja na mišljenje in obnašanje ljudi.

Pospeševanje prodaje zajema promocijske marketinške aktivnosti in programe, ki vključujejo širok spekter časovno omejenih spodbud, katerih namen je stimulirati relativno hitro dejanje potrošnikov, podpirati prodajno ekipo in povečati učinkovitost. Prav tako je cilj dodati vrednost ponudbi podjetja, kar strmi k takojšnjim ali kratkoročnim rezultatom. Naslednji element trženjskega komuniciranja so odnosi z javnostjo, ki predstavljajo odnos med organizacijo in množico s katero so povezani, vključujoč stranke, veletrgovce, dobavitelje, investitorje, vlado, skupnost in druge. So vse aktivnosti, ki so sprejete z namenom razumevanja odnosa in mnenja različnih publik. Vključujejo sistematično planiranje in distribucijo informacij, da se ustvari in vzdržuje pozitivna slika o celotni organizaciji, z drugimi besedami, poskus upravljanja in kontroliranja ugleda podjetja. Med ukrepe za vplivanje na različne publike in promocijo, ter varovanje kredibilnosti in ugleda podjetja, spadajo publikacije, javni govori, dogodki in oglaševanje, pri čemer upoštevamo tako plačane kot tudi neplačane oblike komunikacije (Govoni, 2004).

Osebna prodaja predstavlja prodajo ena na ena s strani prodajalca do perspektivne stranke. S tem razumemo osebno prepričevanje ali svetovanje ciljni publiko, da naredi določeno dejanje, ki ima komercialni pomen za prodajalca. Komunikacija vključuje direkten, osebni kontakt med predstavnikom podjetja in stranko. Zadnji element predstavlja neposredno trženje, ki zajema komuniciranje direktno s ciljno publiko, z namenom vzdrževanja določenega odziva, za razliko od uporabe posrednikov, kot so prodajalci na drobno in debelo. Gre za interaktivni marketinški pristop k ciljni publiko z uporabo enega ali več marketinških medijev za doseganje merljivih odzivov. Poteka lahko preko različnih medijev, kot so direktna elektronska pošta, televizija, radio, revije, časopisi, ali osebni računalniki. Po

navadi tovrstni marketinški pristop stremi k takojšnjemu odgovoru preko elektronske pošte, telefona, ali osebnega računalnika (Govoni, 2004).

1.2 Značilnosti trženjskega komuniciranja v farmacevtski industriji

Integrirano trženjsko komuniciranje je poslovni proces ali strategija, ki se uporablja za načrtovanje, razvoj in izvajanje trženjskega komuniciranja za določeno blagovno znamko. Gradnja močnega trženjskega komuniciranja v farmacevtski industriji je zapletena naloga, ki identificira ciljno publiko, določa cilje komuniciranja, oblikuje sporočilo, izbira načine dostave in zbira povratne informacije. Farmacevtsko trženjsko komuniciranje je razdeljeno v dve fazi in sicer v fazo med kliničnimi študijami in v fazo po zaključku le- teh, ko je zdravilo že razvrščeno. Farmacevtska industrija se sooča s številnimi izzivi, kot so regulatorne ovire in nepripravljenost zdravnikov na predpisovanje zdravil. S podajanjem ustreznih informacij zdravniku o kakovosti izdelka in prednostih pred konkurenco in obenem spoštovanjem vseh predpisov, pa lahko izzive premagajo (Panigrahi, Aware & Patil, 2018).

Trženjsko komuniciranje v fazi kliničnih študij vključuje pomoč z informacijami, razne zloženke in brošure, vzorce zdravil, darila in direktna sporočila, medtem ko v fazi po končanih kliničnih študijah trženjsko komuniciranje predstavljajo seminarji, simpoziji, okrogle mize, sponzorstva, oglasi, odnosi z javnostjo, zdravstvena izobraževanja, korporativno trženje, programi za izboljšanje bolnišnic (donacije) in neposredna promocija preko elektronske pošte.

Farmacevtska industrija je visoko regulirana. Vlada vpliva na oblikovanje cen na mnogo načinov. Ponudba in povpraševanje vplivata na ceno, vendar imata tako uporabnik kot ponudnik zelo majhno vlogo pri oblikovanju cene, ko se zgodi nakup. Pravzaprav v večini primerov uporabnik ni tisti, ki direktno plača za zdravilo, saj je plačilo krito s strani zdravstvenega zavarovanja. Stroški zdravila so lahko ocenjeni na podlagi stroška bolezni, analize vpliva na proračun in skozi farmakoeconomične ocene, ter so odvisni od veliko faktorjev (Dixon, Denny, Nermeen, Federico & Hong, 2019).

Bertoncelj in Kesič (2008) menita, da kvalitetno in odgovorno trženje zdravil omogočata pravočasno informiranje zdravnikov in lekarnarjev o vseh učinkih določenega zdravila, kar eventuelno prispeva k boljšemu in bolj učinkovitemu zdravljenju z manj stranskih učinkov. Na ta način ima trženje v farmacevtski industriji veliko družbeno vlogo, saj vpliva na boljše pogoje zdravljenja, zaradi česar se na dolgi rok zmanjšujejo skupni stroški zdravstvenih ustanov.

Ves čas poteka veliko diskusij in kritik, kako naj bi se farmacevtski tržniki vedli v situacijah, v katerih se regulacija in nadzor njihovih dejanj neprestano povečujeta. Hkrati se pričakujejo večje profitne marže od nenehno padajočih proračunov za trženje in dokazovanje odgovornosti pri izvajanju posebnih promocijskih naložb, vse z namenom izboljšanja učinkovitosti promocijskih dejavnosti in povečanja donosnosti naložb.

Najpomembnejše vprašanje je, kako natančno oceniti vpliv vseh glavnih promocijskih kanalov, v katerih se porabi denar, tako da se lahko izboljša donosnost naložbe in da podjetja lahko zaupajo v strateške odločitve o tem, kako dodeliti prave vire pravim blagovnim znamkam ob pravem času. Na tej točki je potrebno izpostaviti dejstvo, da le 2 ali 3 tržena zdravila od 10-ih ponavadi ustvarjajo prihodke, ki presegajo njihove povprečne stroške raziskav in razvoja.

Močno trženjsko komuniciranje prodajnih in marketinških ekip lahko rezultira v lokalni ciljni skupini, profiliranem in prilagojenem trženjskem spletu za vsakega posameznega predpisovalca zdravil. Prepričanje, da je prodajna sila še vedno najboljši medij za grajenje dragocenih in zaupanja vrednih odnosov s ciljnim zdravniki, je pripeljalo do primerne segmentacijskega pristopa, ki kategorizira in cilja na zdravnike, ne na podlagi obsega receptov, ki jih pišejo, temveč na podlagi individualnega predpisovalnega vedenja, demografijo in psihografijo. Ravno informacije o demografiji in odnosih jim omogočajo, da se usmerijo na najbolj dragocene segmente strank z ustrežnejšimi kanali in z ustrežnejšimi informacijami (Dixon, Denny, Nermeen, Federico & Hong, 2019).

Strateški podatkovni pristop preko novih pristopov k segmentaciji in ciljanju je možen, ko podjetje vidi vsakega kupca kot cilj, vendar se zaveda, da je vsaka stranka v različnih fazah sprejemanja. Opredelitev ključnih značilnosti v bazah strank in njihovo razvrščanje v strateške skupine, ki jim sledi uporaba posebne promocijske strategije za te identificirane skupine, vodi k boljšemu doseganju zelenega tržnega učinka. Razumevanje dinamike skupin in omrežja vpliva je ključnega pomena. Zato je dostop do podatkov in njihovo razumevanje tako pomembno. V Evropi je virov teh podatkov kar nekaj, so različni in vključujejo: podatke o prodaji, podatke o razvrstitvi zdravil, seznam zdravnikov, analizo trga, ipd.. Strateška uporaba podatkov kot osnova za pristop k upravljanju odnosov s strankami, ki je sposobna izpolniti pričakovanja kupcev in vplivati na vedenje pri predpisovanju, je prav tako ključna praksa v industriji.

Zadnje raziskave so pokazale, da kar 90 % zdravnikov meni, da je visoka farmacevtska zastopanost v zadnjih letih negativno vplivala na odnose med zdravniki in farmacevtskimi predstavniki. 60 % jih pravi, da predstavniki dogajanju ne sledijo več, 90 % pa jih meni, da pretirano trženje povečuje stroške zdravil. Zdravniki si trenutno želijo ustrezne nepromocijske programe, fokusirane na bolezensko stanje, ter materiale, ki pomagajo pri upravljanju zdravljenja in negi pacientov. Tako so se načini trženjskega komuniciranja že precej spremenili, v spodnji tabeli 1 lahko vidimo, kako je le- to izgledalo včasih in kako izgleda danes (Dixon, Denny, Nermeen, Federico & Hong, 2019).

Tabela 1: Trženjsko komuniciranje včasih in danes

Trženjsko komuniciranje	
Včasih	Danes
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Velike prodajne ekipe ➤ Eden ali nekaj kanalov z informacijami o zdravilu ali bolezni ➤ Ena oblika ustreza vsem ➤ Individualen fokus na zdravnika ➤ Direktno oglaševanje enako za vse 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manjše prodajne ekipe po geografskih področjih ➤ Več enako pomembnih ciljnih skupin pacientov ➤ Več informacijskih kanalov za zdravilo ali bolezen ➤ Osredotočenost na upravljanje bolezni ➤ Demografsko prilagojeno direktno oglaševanje ➤ Na voljo zdravnikom na zahtevo

Vir: Panigrahi, Aware & Patil (2018).

Če vse zgoraj našete posebnosti trženjskega komuniciranja v farmacevtski industriji strnemo, lahko predstavimo 5 korakov za razvijanje učinkovitega trženjskega komuniciranja (Panigrahi, Aware & Patil, 2018):

- prepoznavanje ciljne skupine: Komunikator mora imeti v mislih jasen cilj. Na začetku je potrebno preveriti, ali se informacije podajajo splošnemu zdravniku ali specialistu. Na podlagi ciljnega zdravnika, splošnega ali specialista, se odloča o globini informacij.
- določitev komunikacijskih ciljev: Ko je ciljna skupina določena, mora komunikator vedeti, kakšno reakcijo išče. Najpogostejša zadnja reakcija je v številnih primerih nakup, medtem ko je v primeru zdravil na recept predpis zdravila. Da se predpis zdravila doseže, mora komunikator v zdravniku, ki ima le osnovno znanje o zdravilu, s praviimi informacijami vzbuditi naklonjenost izdelku.
- oblikovanje sporočila: Po identifikaciji ciljne skupine in njenih potreb se komunikatorji premaknejo naprej k oblikovanju sporočila. To sporočilo je zasnovano na modelu AIDA, ki predstavlja pozornost, zanimanje, željo in dejanje.
- izbira medija: Komunikator mora izbrati ustrezne kanale za komuniciranje ali obveščanje o izdelku. Odloči se lahko za neposredno komunikacijo, komunikacijo od ust do ust ali pa za posredno komunikacijo (mediji, seminarji).
- izbira vira sporočila: Bolj kot je vir informacije vreden zaupanja, večji vpliv na odločitev imajo posredovane informacije.

- zbiranje povratnih informacij: Po pošiljanju sporočila mora komunikator raziskati, ali je sporočilo doseglo pričakovani obseg. Ali je bilo sporočilo uspešno posredovano in ali je zadovoljilo pričakovanja zdravnikov.

1.3 Pričakovanja zdravnikov

Informacije danes nimajo več takšnega pomena kot so ga imele nekoč. V preteklih letih so bili na primer podatki o zdravilih dragoceni - zdravniki so do njih težko dostopali, farmacevtska industrija pa je informacije obdržala zase. Informacije so imele velik pomen. Internet je med drugim slednje spremenil. Informacij je ogromno, na voljo so povsod, običajno brezplačno. Če zdravnik potrebuje informacije, je dostop do le- teh enostaven, najde jih lahko na spletu ali v poklicni skupini, prav tako je tudi obseg najdenih informacij ponavadi velik. Poleg tega, da informacije nimajo več takšnega pomena kot v preteklosti, so se spremenila tudi pričakovanja zdravnikov (Laws, 2015).

Kljub temu, da farmacevtska sila močno napreduje k digitalizaciji, je nova študija podjetja Decision Resources Group Digital pokazala, da se vsebine, ki jih farmacevtski predstavniki predstavljajo zdravnikom, ponavljajo. Zdravniki pravijo, da jim v polovici srečanj (51 %) predstavniki pokažejo informacije, ki so jih že videli v lastnih raziskavah ali na predhodnih srečanjih (Decision Resources Group , 2017).

Zdravniki so pri pridobivanju kliničnih informacij na spletu dandanes precej spretni, zato predstavniki, ki se preveč časa osredotočajo na osnovne informacije o izdelkih in promocijskih informacijah, tvegajo, da bodo zdravnikom podali informacije, s katerimi so že seznanjeni. 52 % zdravnikov redno uporablja digitalne farmacevtske vire, pri čemer jih kar 74 % spletne iskalnike uporablja na tedenski bazi. Pri tem so informacije o izdelkih najbolj iskane informacije na spletnih mestih. 63 % zdravnikov se je strinjalo, da so osebni sestanki s predstavniki bolj dragoceni, ko so na teh prikazani viri, ki niso povezani z izdelkom (Laws, 2015).

Študija s strani DRG je glede uporabe tabličnih računalnikov med predstavniki farmacevtskih storitev razkrila presenetljivo zmanjšanje uporabe le- teh. Leta 2017 je 67 % zdravnikov poročalo o uporabi tabličnih računalnikov s strani predstavnikov farmacevtskih podjetij, medtem ko so bili v letu 2013 uporabljeni na 74 % srečanj. Podatki iz študije sicer kažejo, da lahko tablični računalniki povečajo učinkovitost podajanja informaciji na srečanju in spodbudijo digitalno udejstvovanje po srečanju, še posebej, če se uporabljajo za prikaz zelo vplivnih vsebin, kot so izobraževanje pacientov in viri za podporo (Decision Resources Group, 2017).

Prav tako so v isti študiji pokazali, da predstavniki farmacevtskih podjetij ostajajo temeljna sestavina odnosa med farmacevtsko industrijo in zdravniki. 64 % ameriških zdravnikov je poročalo, da so se v zadnjih šestih mesecih srečali s predstavniki farmacevtskih podjetij in 60 % zdravnikov pravi, da si osebni stik s predstavniki želijo ohraniti tudi v prihodnosti.

Farmacevtski izziv je del usklajevanja njihovega digitalnega trženja in neposrednih prodajnih strategij s skupnimi cilji, da se kar najbolj poveča angažiranost zdravnikov in naložb v te vire (Decision Resources Group, 2017).

1.4 Prihodnost trženjskega komuniciranja v farmacevtski industriji

Vrsto let so se farmacevtska podjetja odločala o tem, koliko so vredni njihovi produkti in jim na podlagi te ocene sami določili ceno. Danes pa oblikovalci zdravstvene politike, plačniki in društva pacientov igrajo pomembno vlogo v procesu vrednotenja zdravila. Ta trend bo še rasel, saj se stroški zdravljenja na mnogih področjih povečujejo. Staranje populacije skupaj s prehranskimi spremembami in neaktivnostjo ljudstva, pomikajo mejo bolezni navzgor tako v razvitih kot v razvijajočih se državah. Prav tako se s prihodom novih zdravil za težke bolezni na trg povečujejo tudi pričakovanja ljudi. Ti razlogi vodijo k nenehnemu povečevanju stroškov v zdravstvu (PWC, 2012).

Mnogi oblikovalci politike ter plačniki zato že začenjajo s poskusnim natančnim merjenjem vrednosti, ki jo dobijo za svoj denar. Veliko držav, med njimi tudi Avstralija, Kanada, Finska, Nova Zelandija in Velika Britanija, je ustanovilo agencije, specializirane za izvajanje formalnih kliničnih in ekonomskih ocen zdravil. Ameriški senat razmišlja o ustanovitvi raziskovalnega inštituta za primerjalno učinkovitost zdravstvene nege, ki bi opravljal omenjeno funkcijo. Nekatere vlade aktivno spodbujajo uporabo e- receptov, glavna prednost tega načina je zmanjšanje napak pri predpisovanju, prav tako pa plačnikom omogoča vpliv na predpisovanje zdravil, saj na točki zdravnikovega odločanja o tem, katero zdravilo naj predpiše, nudi klinične in finančne informacije, ter na ta način olajša izbiro zdravila. V nedavni študiji je kar dve tretjini zdravnikov, sodelujočih v raziskavi e-predpisovanja poročalo o tem, da so raje predpisali generično zdravilo ali zdravilo, ki je priporočeno v skladu z načrtom v sistemu e-predpisovanja (PWC, 2012).

Vsekakor se v prihodnosti pričakujejo tudi bolj radikalne spremembe v trženjskem komuniciranju farmacevtskih predstavnikov, saj se pričakuje preoblikovanje zdravstvenih sistemov. Do leta 2030 naj bi bili zdravstveni sistemi osredotočeni na pacienta, ki bo opolnomočen, da sam prepreči bolezensko stanje, namesto da išče pomoč za zdravljenje pri zdravniku. Le- to bo omogočeno z digitaliziranim, personaliziranim in preventivnim zdravstvenim sistemom.

Zdravstveni podatki dandanes v večini držav niso interoperabilni zaradi nerešenih tehničnih in zakonskih vprašanj. To ne ovira samo uporabe osebnih podatkov državljanov za izboljšanje njihovega lastnega zdravja in nege, ampak tudi sekundarno uporabo podatkov za zdravstvene raziskave. Potrebno bo okrepite kompetence v sodobni bioinformatiki in analitiki podatkov pri izobraževanju zdravnikov, zdravstvenih delavcev in raziskovalcev v procesu vseživljenjskega učenja (Schwede, 2019).

Medtem ko izmenjava zdravstvenih podatkov odpira nove priložnosti za odkrivanje novih terapevtskih procesov, ki temeljijo na podatkih, obenem predstavlja izziv za zdravstveni sistem, ki temelji na varstvu podatkov in nediskriminaciji. Ena ključnih nalog današnjih voditeljev bo premostiti vrzel med različnimi raziskovalnimi in inovacijskimi kulturami v informacijski in komunikacijski tehnologiji ter farmacevtski industriji in za oblikovanje prihodnosti zdravja sodelovati konstruktivno, v nemoteči konkurenci.

1.5 Trendi in finančni vidik farmacevtske industrije

Po podatkih iz Eurostata je farmacevtska industrija visokotehnološki sektor z najvišjo stopnjo dodane vrednosti na zaposleno osebo, znatno višjo od povprečne vrednosti za visokotehnološko in proizvodno industrijo. Prav tako je farmacevtska industrija sektor z najvišjim deležem naložb v raziskave in razvoj glede na neto prodajo. V letu 2016 je farmacevtski in biotehnološki sektor predstavljal 19,1 % celotnih izdatkov v raziskave in razvoj po vsem svetu (EFPIA, 2018).

Uspešna onkološka zdravljenja obljublajo največje prihodke v farmacevtski industriji. Predvidena je močna rast trga za onkološka zdravila na recept, kot posledica staranja prebivalstva in spremembe življenjskega sloga, kar bo rezultiralo v večji izpostavljenosti rakavim obolenjem. Vseeno pa se panoga sooča z izzivi, saj proračun predstavlja vse večji pritisk na plačnike, ki zahtevajo bolj nazorno demonstracijo dejanske učinkovitosti zdravljenja. Dogovori, ki temeljijo na rezultatih, vrednost zdravila povezujejo direktno s ceno, saj zdravstveni sistemi s tem zmanjšujejo tveganje in znižujejo stroške. Napredki v tehnologiji le- to omogočajo, saj z novimi platformami povečujejo potencial za odkrivanje podskupin pacientov, katere definirajo specifični profili, v primerjavi z doslej široko definiranimi tipi tumorjev (KPMG, 2017).

Farmacevtska podjetja se soočajo s povečanim tveganjem zmanjšanja prihodkov, saj se časovno okno med odobritvijo zdravila in potekom patenta zmanjšuje. Plačniki namreč želijo vse več generičnih zdravil in podobnih bioloških zdravil. Ocenjeno je, da bo do konca leta 2020 le še 18 % tradicionalnih produktov blagovnih znamk na razvitih trgih. Stroški povezani z onkologijo segajo mnogo dlje kot zgolj do zdravil. Vključiti je potrebno tudi stroške diagnosticiranja, operacij, hospitalizacije ter paliativne doživljenske oskrbe. V letih 2015-2020 naj bi stroški onkologije narastli za kar 53 %. Poročana učinkovitost zdravljenja med vsemi vrstami raka pa je le 25 %. Tako nizka učinkovitost ob visokih stroških zdravljenja, predstavlja znatne izgube v zdravstvenem sistemu. Posledično to sili plačnike, da spremenijo način pristopa k naročanju onkoloških zdravil.

Ena vrsta zdravljenja ni več primerna za vse paciente s široko kategoriziranim tipom tumorja. Znanstveni napredki so omogočili, da so tumorji čedalje bolj definirani, kar pomeni stratifikacijo nekoč širokih indikacij. Plačniki so ta trend zaznali in želijo dokazano učinkovitost znotraj majhnih niš. Zaradi tega je predvideno, da bo število indikacij na terapijo rastlo, saj se proizvajalci upirajo zožanju obsega potencialnih pacientov, z željo po

povečanju donosnosti naložb in povrnitvi stroškov razvoja. Vzporedno z željo po več indikacijah na terapijo, pa je potrebno več informacij za odobritev indikacije. To bo prisililo tržne akterje k specializaciji, kar bo zahtevalo, da uveljavljeni in novi udeleženci uskladijo svoje poslovne in operativne modele v okviru te nove paradigme.

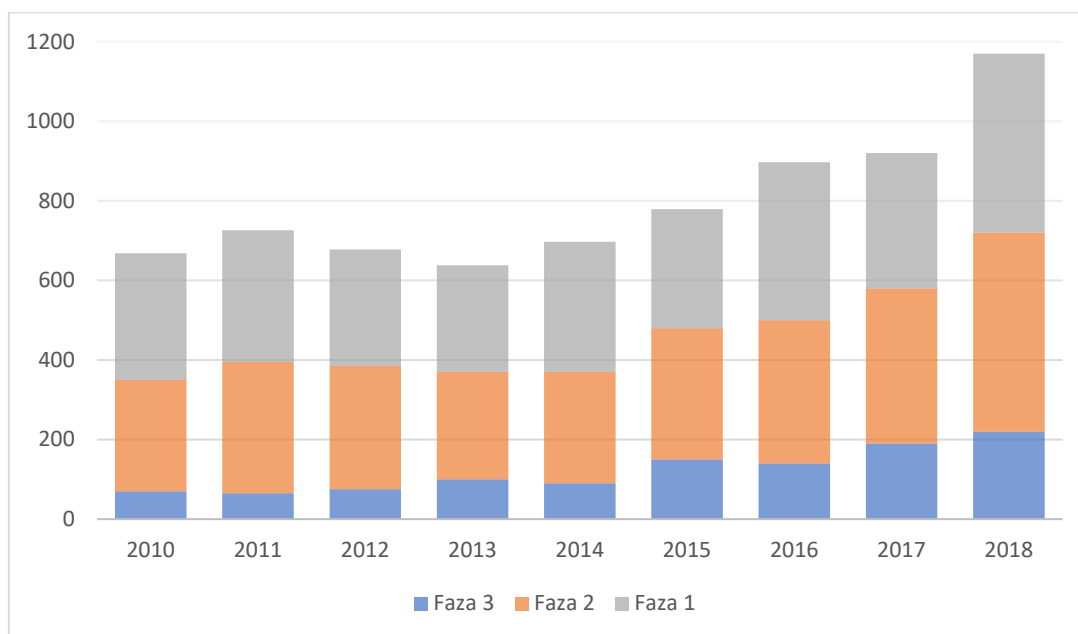
Vse večja percepcija plačnikov po vsem svetu je, da so stroški za zdravljenje rakavih obolenj znatno večji kot pa koristi, ki jih le ta prinesejo. Posledično so čedalje bolj pogoste pogodbe med plačniki in proizvajalci, katerih cene temeljijo na končnih rezultatih, ki jih prinese zdravljenje. Cilj te strategije je, da se cena terapije ujema z njihovo vrednostjo. Ta vrednost pa ni omejena le na klinične učinkovitosti kot včasih, ampak sedaj vključuje tudi vrednost, ki jo ima za pacienta. Na ta način plačniki omejijo širitev stroškov, povečajo delež uspešnih terapij, ter omogočijo dostop do učinkovitih onkoloških zdravljenj širši populaciji. Vedeti pa moramo, da tovrstnih pogodb ne zahtevajo vsi plačniki, še vedno je večina takih, ki uporabljajo ustaljene, enostavnejše pogodbe s strategijo popustov (KPMG, 2017).

Globalni farmacevtski trg bo presegel 1,5 milijarde \$ do leta 2023, z letno stopnjo rasti 3-6 %, kar je nekoliko nižje kot pretekla leta, ko je bila rast v povprečju 6,3 %. Rast je posledica različnih dejavnikov, kot so uporaba novih zdravil in oblikovanje cen blagovnih znamk zdravil, kar na drugi strani znižujejo generiki in potek patentov. Cene blagovnih znamk zdravil bodo rastle z najnižjo stopnjo v zgodovini, 4-7 %. Neto cene zdravil v ZDA so v letu 2018 zrastle za napovedanih 1,5 %. V naslednjih 5 letih je predvidena rast cen za 0-3 %. V Evropi bodo ukrepi za nižanje stroškov in manjša rast zaradi malo novih produktov prispevali k počasnejši rasti 1-4 % (IQVIA, 2019a).

Raziskave in razvoj bodo obrodili veliko sadov, v prihodnjih 3 letih je pričakovano povprečno 54 novih aktivnih substanc na leto. Novi produkti bodo prispevali k večji povprečni letni potrošnji na zdravila, ampak v manjšem % potrošnje na blagovne znamke. Skoraj dve tretjini novih zdravil v prihodnjih 3 letih bodo posebna zdravila. Največje področje individualne terapije glede na porabo in število lansiranj bo še naprej onkologija. Do leta 2023 bo 18 od trenutno 20 najboljših blagovnih znamk zdravil imelo generično ali biološko konkurenco (IQVIA, 2019a).

Na sliki 1 lahko vidimo skokovito povečanje števila kliničnih študij na področju onkologije. Skupno število onkoloških kliničnih študij, ki so se začele v 2018 je bilo kar 1.170, kar je 27 % več kot leto prej in kar 68 % več v primerjavi s stanjem pred 5 leti. Od 9 ključnih terapevtskih področij onkologija predstavlja kar 47 % od kliničnih študij v prvi fazi, kar nakazuje velik fokus proizvajalcev na onkologijo. Število onkoloških kliničnih študij v prvi fazi se je od leta 2015, ko jih je bilo 280, do leta 2018, ko jih je bilo 410, povečalo za kar 46 %. Število kliničnih študij v fazi 2 in 3 pa vztrajno raste od leta 2013. Število kliničnih študij od leta 2013 do 2018 se je v fazi 2 povečalo za več kot 100 % in število študij v fazi 3 za 83 %.

Slika 1: Število onkoloških kliničnih študij po fazah, 2010 – 2018



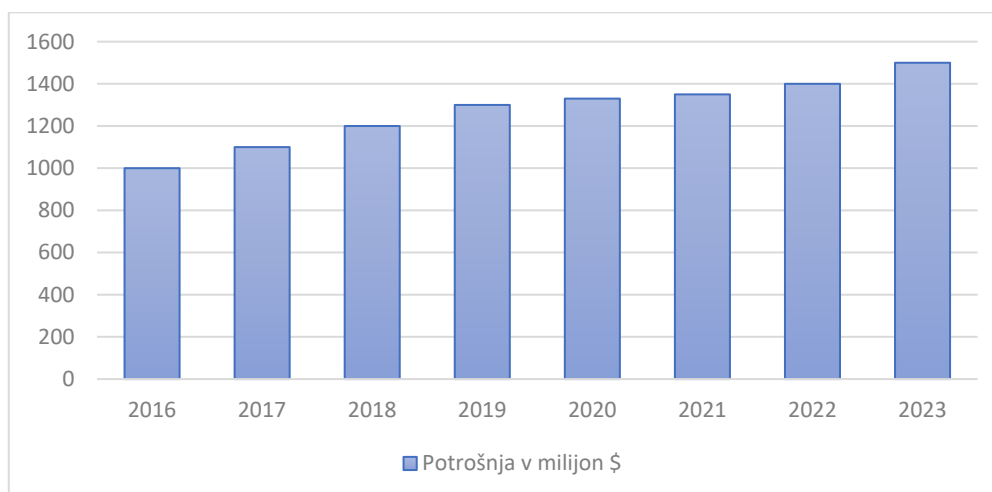
Vir: IQVIA (2019b).

Veliko pozornosti je bilo posvečeno listi zdravil, ki so bila nedavno lansirana in predstavljajo posebna zdravila, sirote in onkološka zdravila, saj imajo le te ponavadi višje cene. Povprečni letni strošek večine teh zdravil je v preteklih letih narasel na desetine ali stotine tisoč \$. Predvsem sirote in onkološka zdravila imajo pričakovano povprečno ceno do leta 2023 precej nad 100.000 \$ letno. Onkološki cevovod razvoja vsebuje 748 zdravil v poznem stanju kliničnega razvoja. Precej verjetno je, da bo v naslednjih 5 letih lansirano 70-90 onkoloških zdravil, kar bo znatno povečanje glede na 57 lansiranj v preteklih 5 letih (IQVIA, 2019b).

Nesigurnost glede dostopa trgu in oblikovanja cen, silijo proizvajalce k optimizaciji njihovih poslovnih modelov in nenehnemu zmanjševanju marž. Nove tehnologije omogočajo zdravstvenim sistemom da inovirajo na področju nege, ter proizvajalcem, da izboljšajo pristope do uporabnikov preko multi kanalnega trženja. Prav tako napredek tehnologije vodi do uporabe mobilnih aplikacij za zdravljenje bolezni. Farmacevtska podjetja čedalje bolj uporabljajo marketinške pristope, ki so osredotočeni na pacienta (IQVIA, 2019b).

Kot prikazuje slika 2, je globalna potrošnja za zdravila v letu 2018 dosegla 1,2 milijarde \$, 0,1 milijarde \$ več kot leto pred tem. Trenutne informacije kažejo, da naj bi v letu 2019 potrošnja s 4-5 % rastjo dosegla 1,3 milijarde \$. Do leta 2023 naj bi potrošnja za zdravila presegla 1,5 milijarde \$. Za lažjo predstavbo je v spodnjem grafu prikazano gibanje globalne potrošnje za zdravila v milijon \$, od leta 2016 do napovedanega stanja v 2023. Kot lahko vidimo, je od leta 2016 na trgu ves čas prisotna rast potrošnje na zdravila, približno enak trend je napovedan tudi v prihodnje (IQVIA, 2019a).

Slika 2: Globalna potrošnja za zdravila v milijon \$, z napovedjo do 2023



Vir: IQVIA (2019a).

1.6 Analiza onkološke panoge

Onkologija je področje medicine, ki obravnava preventivo, diagnostiko in zdravljenje raka, pa tudi rehabilitacijo onkoloških pacientov po zdravljenju. Klinična onkologija je izrazito interdisciplinarna veda in rešuje vprašanja, ki se dotikajo drugih medicinskih ved. V polje onkologije spada tudi raziskovanje raka - s translacijskim pristopom želi integrirati odkritja iz temeljnih, kliničnih in populacijskih raziskav v klinično prakso. Pomen onkologije je izjemen, saj je rak ob srčno-žilnih boleznih glavni vzrok umrljivosti prebivalstva v razvitem svetu in tudi v Sloveniji (Onkološki inštitut, 2018).

Umrljivost zaradi raka v zadnjih letih pada, v zadnjih treh desetletjih se povečuje stopnja preživetja obolelih za rakom. Stopnja oseb, ki prebolijo raka se enakomerno povečuje, kar lahko pripišemo zmanjšanju kajenja ter napredku pri zgodnjem odkrivanju obolenj ter napredku pri terapijah. V zadnjem desetletju se je število terapevtskih možnosti močno povečalo. Uprava za živila in zdravila je v letih 2013-2018 odobrila 78 novih indikacij (Dezzani, 2018a).

Pomemben mejnik v letu 2017 je bila odobritev ciljnega onkološkega zdravila. Precizna onkologija, ki bazira na genomskih biomarkerjih in je neodvisna od vrste raka, je prikazala obetavne rezultate zdravljenja, ki lahko močno vplivajo na zdravljenje raka. Imunoonkološke terapije so že v začetku leta 2014 dokazale, da so obetavne in da se lahko uporabljajo za zdravljenje širokega področja rakov. Vsako leto se več pozornosti nameni razvoju imunoonkoloških terapij. S pojavom terapij naslednje generacije pridobivajo tako pacienti v smislu dostopa do povečanih možnosti zdravljenja, prav tako pa se širi sestava kombinacij terapij in vključuje imunoonkološke terapije, ki predstavljajo spremembo v paradigmi zdravljenja raka.

Globalni ekonomski strošek zdravljenja raka je izjemno velik in raste. Globalno so stroški onkologije višji od stroškov zdravljenja katerekoli druge bolezni. Stroški za onkološko nego zajemajo stroške individualnih zdravljenj, diagnostike, operacije, hospitalizacije in paliativne doživljenske oskrbe. Skupni globalni strošek onkologije je v letu 2015 znašal 106,5 milijard \$ in bo do konca leta 2020 pričakovano zrastel za 53 % (Dezzani, 2018a).

Onkološka zdravljenja ostajajo eden izmed največjih virov prihodkov farmacevtskih podjetij. Trenutno onkološka zdravila predstavljajo 5 od 15 najbolj prodajanih zdravil na svetu. Trg onkoloških zdravil ima napovedano 10,3 % rast do leta 2030. Onkološki trg zdravil se povečuje zaradi novih vrst raka, staranja prebivalstva, sprememb življenjskega sloga ter zaradi povečanega povpraševanja po bioloških in ciljno usmerjenih terapijah.

Nova zdravljenja, še posebej imunoterapije, zahtevajo višje stroške kot starejša zdravila. V povprečju je bil leta 2018 letni strošek novega onkološkega zdravila 160.000 \$, leta 2013 pa le 79.000 \$, kar pol manj. Poraba onkoloških zdravil pa varira tudi glede na različne trge. Medtem ko razviti trgi porabijo več za nova zdravila, ki so na trgu šele manj kot 2 leti, države v razvoju porabijo več za cenejša zdravila in generične proizvode, ki so bili globalno predstavljeni že 20 let nazaj. Nesorazmerje v trendu uporabe onkoloških zdravil lahko pripišemo omejenemu dostopu do novih zdravil v državah v razvoju in počasni ekonomski rasti.

Visok strošek onkoloških zdravil povečuje pritisk na družbeni problem. Plačniki po vsem svetu so mnenja, da stroški rakavih zdravil niso vzporedni kliničnim koristim ob njihovi rabi. Visok strošek onkoloških zdravil je privedel plačnike do tega, da zahtevajo konkretne dokaze o uspešnosti zdravljenja in s tem upravičijo visok strošek. Posledično veliko držav zahteva ocenitev uspešnosti novih zdravil, plačniki pa pogodbe, ki temeljijo na rezultatih. Več o tem, zakaj so cene onkoloških zdravil tako visoke sledi v naslednjem poglavju (Dezzani, 2018b).

1.7 Razlogi za visoke cene onkoloških zdravil

Medtem ko je veliko govora o tem, kako se cene onkoloških zdravil neprestano dvigujejo, je smiselno raziskati tudi ozadje, zakaj je temu tako. Prvič, inovativne raziskave in razvoj so zapletene in drage. Farmacevtska podjetja porabijo ogromno denarja za raziskave in razvoj, za vzdrževanje lastnih velikih skupin znanstvenikov, partnerstva z akademskimi raziskovalci, ter za klinične študije, ki vključujejo več deset tisoč pacientov. Povprečno naj bi inovativno farmacevtsko podjetje za razvoj onkološkega zdravila porabilo približno 1,2 milijarde \$ (Chin, 2014).

Drugič, razvoj novih zdravil je eden od najbolj tveganih načinov, kako poskusiti zaslužiti dobiček. V povprečju niti 1 od 10 potencialnih zdravil za raka, ki pridejo do stopnje testiranja na ljudeh, ni odobreno s strani agencije za hrano in zdravila in drugih regulatorjev. V redkih primerih odobrenih zdravil med testiranjem mine toliko časa, da ima odobreno zdravilo proti

raku manj kot 10 let patentne zaščite, s katero lahko nagradi vlagatelje. Brez slednjega bi se cikel neprestanih inovacij ustavil (Chin, 2014).

Cenovne pritiske za zdravila proti raku sestavlja relativno majhna populacija, ki jih uporablja. Zdravila proti raku, zlasti ciljna zdravila, lahko zdravijo le nekaj tisoč bolnikov - za razliko od zdravil za zniževanje holesterola, ki jih bodo zdravila milijone. To pomeni, da morajo biti stroški in dobiček povrnjeni iz naslova precej manjše populacije. Prav tako se moramo zavedati, da inovativna podjetja dobijo povrnjen le del doprinosa novega zdravila na trgu (Crenshaw, 2014).

Na primer, uspeh zdravila Imatinib, pri zdravljenju kroničnega mielogenskega limfoma (v nadaljevanju KML) je privedel do razvoja zdravil druge generacije z boljšo učinkovitostjo in primerljivo varnostjo. Po tem, ko je Imatinibu leta 2015 potekel patent, so se mu na trgu pridružili generiki, kar je sprožilo konkurenco in nižanje cen. Prav tako lahko novejši pristopi k zdravljenju, ki uporabljajo kombinirano terapijo, sčasoma omogočijo zdravljenje KML, ki bi rezultiralo v odpravljeni bolezni, kar bi lahko pomenilo znatne prihranke v zdravstvu. Z drugimi besedami, Imatinib bo imel veliko zapuščino, ki bo koristila pacientom, raziskovalcem in podjetjem v še veliko nadaljnjih letih. Kratkoročne skrbi glede visokih cen bi morale biti videne kot priložnost za deležnike, da se preusmerijo k novi paradigmi za inovativnost v onkologiji, maksimiziranju dostopa pacientov do zdravil danes in inovacijam jutri (Howard, 2014).

Prav tako je pomembno, da se zavedamo, da kljub visokim cenam onkoloških zdravil, le-ta predstavljajo zelo majhen delež v celotnih stroških zdravstvenega sistema. Zdravila na recept v ZDA predstavljajo 9 % vseh stroškov zdravstva, zdravila za zdravljenje raka pa le 1 %. Nenazadnje moramo imeti v mislih, da popolna klinična vrednost novega zdravila ne bo znana še nekaj let po odobritvi agencije za hrano in zdravila. Raziskave namreč kažejo, da se celotna klinična vrednost zdravila meri tudi z uporabo za manj napredovane bolezni, v kombinaciji z drugimi terapijami in pri drugih vrstah raka. Če smo seznanjeni s tem, potem lahko razumemo celotno klinično vrednost zdravila, ki je precej širša od prvotno predstavljene ob registraciji zdravila (Castellani, 2014).

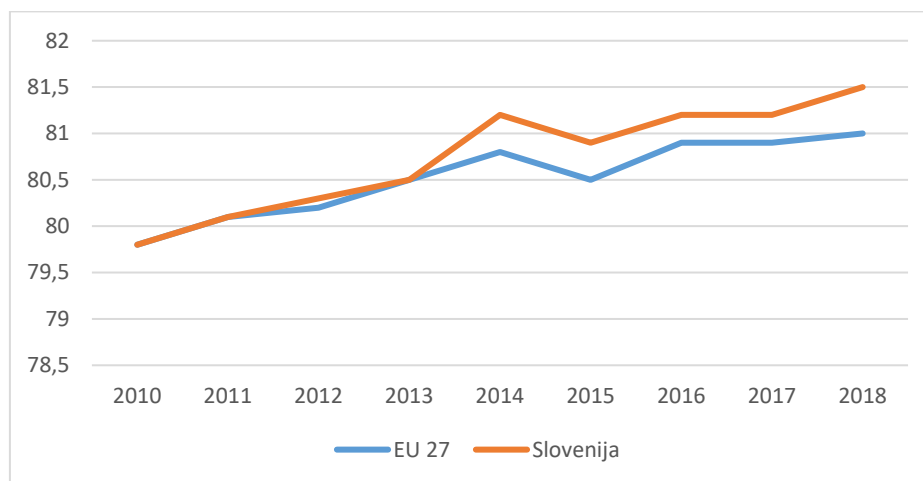
2 ANALIZA TRŽENJSKEGA KOMUNICIRANJA ONKOLOŠKIH ZDRAVIL V EU

Ker so zakonske ureditve oglaševanja zdravil na recept v Sloveniji v skladu z direktivami Evropskega parlamenta in Sveta, se bom v nekaterih delih tega poglavja posvetila analizi Slovenije in ne EU kot celote, saj se zdravstveni sistemi med državami EU razlikujejo, zato bom zaradi poenostavitve za primer vzela samo zdravstveni sistem Slovenije.

2.1 Slovenski zdravstveni sistem

Povprečna pričakovana življenjska doba v Sloveniji presega povprečno pričakovano življenjsko dobo v EU, kot lahko vidimo na sliki 3. V zadnjih dveh desetletjih je bilo evidentirano eno izmed največjih podaljšanj te dobe. Daljša se predvsem zaradi stalnega zmanjševanja števila prezgodnjih smrti zaradi bolezni srca in ožilja ter raka, čeprav so to še vedno glavni vzroki smrti (Eurostat, 2020).

Slika 3: Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu v Sloveniji in EU



Vir: Eurostat (2020).

Slovenija izvaja sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja z enim samim plačnikom, to je neodvisni Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS). Za sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja je značilna nizka stopnja javnega financiranja, pomembno vlogo pri tem pa ima dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Ukrepi fiskalne konsolidacije so ob upoštevanju gospodarske krize pospešili prizadevanja za reforme, katerih namen je razširiti osnovo prihodkov in zagotoviti fiskalno vzdržnost. Ta sistem zagotavlja storitve skoraj za vse. Upravljanje in pravna ureditev sta centralizirana pri ministrstvu za zdravje, ki ima v lasti tudi vse javne bolnišnice in nacionalne inštitute. Občine so odgovorne za organizacijo osnovnega zdravstvenega varstva, vključno s kapitalskimi naložbami v zdravstvene domove in lekarne (OECD, 2017).

Večina Slovencev doplačila krije s prostovoljnim dodatnim zdravstvenim zavarovanjem. Doplačila se uporabljajo za večino vrst zdravstvenih storitev in se gibljejo med 10 % in 90 %, odvisno od vrste storitve. Minimalni delež kritih stroškov je na primer 90 % za nujne intervencije in intenzivno zdravljenje, 80 % za specialistične operacije, ortodontske storitve in druge vrste pomoči, ter 70 % za farmacevtske izdelke na „pozitivnem seznamu“, za katerega je odgovoren ZZZS. Otroci in študenti do starosti 26 let ter ranljive skupine so izvzeti iz vseh doplačil. Poleg tega so iz doplačil izvzeta zdravljenja nalezljivih bolezni, raka in sladkorne bolezni ter prirojenih anomalij in živčnomišičnih bolezni (OECD, 2017).

Ker doplačila niso omejena in so potrebna tudi pri nekaterih osnovnih storitvah (npr. pri zdravljenju kroničnih bolezni, razen zgoraj naštetih), se lahko hitro nakopičijo. Ravno zato ima 87 % prebivalcev prostovoljno dodatno zdravstveno zavarovanje. Znesek premij za to zavarovanje je enoten za vse. Skleniti je mogoče tudi prostovoljno dodatno zdravstveno zavarovanje, ki zagotavlja več ugodnosti po višjih standardih. Skupinam z nizkimi dohodki, ki si ne morejo privoščiti dodatnega zdravstvenega zavarovanja, in ki so prejemniki socialne pomoči, so na voljo posebni mehanizmi za kritje doplačil iz državnega proračuna (OECD, 2017).

Dolgoročna stabilnost financiranja zdravstvenega varstva je šibka, vendar se pripravljajo načrti za razširitev osnove za plačevanje prispevkov in prihodkov za zdravstveno varstvo. Zaradi zanašanja izključno na prispevke za zdravstveno zavarovanje so prihodki zdravstvenega sektorja zelo dovzetni za nihanja na trgu dela. Glavni izziv sta diverzifikacija osnove virov z zanesljivejšimi finančnimi sredstvi in zmanjšanje procikličnosti izdatkov zdravstvenega varstva. To je dejansko eden izmed ciljev nove reforme, ki je še v pripravi. Ohranjanje trenutnih in prihodnjih ravni izdatkov je v Sloveniji še vedno posebej zahtevno, ker je pričakovati, da se bodo izdatki za zdravstveno varstvo in dolgotrajno oskrbo večali hitreje kot v večini EU. Razlogi za to so hitro starajoče se prebivalstvo in s tem povezane visoke ravni kroničnih bolezni, ter povpraševanje po novih, dragih medicinskih tehnologijah (OECD, 2017).

2.2 Oblikovanje cene zdravil

Področje cen zdravil je v Sloveniji urejeno z Zakonom o zdravilih (Zzdr-2, Uradni list RS, št. 17/2014) in s Pravilnikom o določanju cen zdravil za uporabo v humani medicini (Uradni list RS, št. 32/2015). Oblikovanje cen zdravil je v pristojnosti Javne agencije za zdravila in medicinske pripomočke (v nadaljevanju JAZMP). Financiranje zdravil iz javnih sredstev je urejeno z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ter s Pravilnikom o razvrščanju zdravil in živil za posebne zdravstvene namene na listo in je v pristojnosti ZZS. Oba zakona sta bila skupaj s podzakonskimi akti usklajena s predpisi EU direktive 98/105/EGS (Zupančič, 2015).

Eden izmed bolj razširjenih regulatornih postopkov za upravljanje stroškov za zdravila je sistem zunanje primerjave cen zdravil. Opredeljen je kot proces oblikovanja primerjalne oz. referenčne cene zdravila v posamezni državi na podlagi cene zdravila v eni ali več referenčnih držav. Namen sistema je določiti primerjalno ceno zdravila, ki predstavlja izhodišče za nadaljnje oblikovanje in pogajanja o ceni zdravila. Sistem zunanje primerjave cen je prisoten v Sloveniji in večini držav EU, z izjemo Švedske.

Skladno z EU priporočili poteka regulacija cen zdravil v Sloveniji le za zdravila, ki so financirana iz javnih sredstev. S sistemom zunanje primerjave cen zdravil se v Sloveniji določajo najvišje dovoljene cene zdravil, pri tem se upoštevajo cene zdravil v treh

referenčnih državah, in sicer v Nemčiji, Franciji in Avstriji. Postopek oblikovanja cen zdravil v Sloveniji je prikazan na sliki 4 (JAZMP, brez datuma b).

Slika 4: Oblikovanje cen zdravil v Sloveniji



Vir: JAZMP (brez datuma b).

V Sloveniji se najvišje dovoljene cene zdravil, ki se določijo na osnovi sistema zunanje primerjave cen zdravil, usklajujejo dvakrat letno, in sicer morajo proizvajalci za spremembo cene vložiti vlogo v obdobju, kot je določeno s Pravilnikom o določanju cen zdravil. Podoben dogovor je sklenjen tudi v drugih državah, vendar se prakse nadzora nad spremembami cen zdravil med državami razlikujejo. Nekatere države, kot na primer Madžarska, nimajo regulatorno uvedenega pregleda cen zdravil, medtem ko Portugalska pregleduje cene zdravil vsako četrletje (Kos & Marđetko, 2015).

Na tem mestu je smiselno poudariti tudi to, da se v Evropi s sistemom zunanje primerjave cen, cene zdravil lahko samo znižujejo. Tako npr. v Nemčiji na začetku postavijo zelo visoko ceno, saj bodo le- to lahko ohranili le eno do dve leti, nato pa bodo sledila ponovna pogajanja, ki ponavadi ceno prepolovijo. Torej cena, ki je v Evropi postavljena ob prihodu na trg se ne sme nikoli povečati, med tem ko je v ZDA to dovoljeno. Pri nekaterih onkoloških zdravilih, se cena v ZDA sčasoma lahko poveča tudi do petkrat (Lorenčič, 2016).

2.3 Zakonske omejitve trženjskega komuniciranja zdravil na recept

Ker je za sledečo primerjavo možnosti trženjskega komuniciranja v EU in ZDA zelo pomembna razlika v zakonskih predpisih, saj le- ti neposredno vplivajo na načine trženjskega komuniciranja, sem spodaj predstavila 85., 86., 87. in 88. člen zakona o zdravilih (Uradni list RS, št. 31/2006, 45/2008 in 17/2014 – ZZdr-2), ki se nanašajo na oglaševanje zdravil splošni in strokovni javnosti.

85. člen ZZdr-2 pravi, da oglaševanje zdravil pomeni vse oblike obveščanja, vključno z obveščanjem od vrat do vrat, propagiranjem ali spodbujanjem, ki je namenjeno pospeševanju predpisovanja, izdajanja, prodaje ali uporabe zdravil. Naslednji člen, 86., določa pogoje oglaševanja in sicer:

- da lahko imetniki dovoljenj za promet z zdravilom oglašujejo zdravila samo v skladu z določbami tega zakona in na njegovi podlagi izdanimi predpisi;
- da je prepovedano oglaševanje zdravil, ki nimajo dovoljenja za promet;
- da morajo biti vsi elementi oglaševanja skladni s povzetkom glavnih značilnosti zdravila;
- da mora oglaševanje vzpodbujati smotrno uporabo zdravil, pri čemer mora biti zdravilo predstavljeno objektivno in brez pretiravanja o njegovih lastnostih, prav tako ne sme biti zavajajoče.

V 87. členu ZZdr-2 so navedena pravila oglaševanja zdravil širši javnosti. Člen pravi, da je v širši javnosti dovoljeno oglaševati le zdravila, ki se izdajajo brez recepta, prepovedano pa je oglaševati zdravila, ki se izdajajo le na recept in ki vsebujejo psihotropne ali narkotične snovi iz mednarodnih konvencij, kakor sta Enotna konvencija Združenih narodov o mamilih iz leta 1961 in Konvencija Združenih narodov o psihotropnih snoveh iz leta 1971.

88. člen ZZdr-2 se navezuje na oglaševanje strokovni javnosti in pravi sledeče:

- Imetniki dovoljenja za promet lahko oglašujejo zdravila, ki so pridobila dovoljenje za promet, strokovni javnosti v strokovnih publikacijah, kakor tudi z neposrednim obveščanjem oseb, ki so pooblašcene za predpisovanje in izdajanje zdravil, in dajanjem vzorcev.
- Pri oglaševanju zdravil strokovni javnosti je prepovedano dajati, ponujati ali obljubljeni darila, finančne ugodnosti ali materialne koristi osebam, usposobljenim za predpisovanje ali izdajanje zdravil, razen če so ti male vrednosti in se lahko uporabljajo za opravljanje zdravstvene, veterinarske ali lekarniške dejavnosti. Vrednosti daril, finančnih ugodnosti ali materialnih koristi male vrednosti ne smejo presegati vrednosti, določenih za javne uslužbenke.
- Organizacija in izvedba promocijskih srečanj morata biti strogo omejeni na strokovni namen srečanja, ki je v pridobivanju dodatnih znanj o novih zdravilih, deležne pa jih smejo biti samo osebe, pooblašcene za predpisovanje in izdajanje zdravil.
- Imetniki dovoljenja za promet z zdravili, proizvajalci zdravil, pravne in fizične osebe, ki nastopajo v imenu proizvajalcev, ter pravne ali fizične osebe, ki opravljajo promet z zdravili, in podružnice tujih proizvajalcev lahko omogočajo osebam, ki predpisujejo in izdajajo zdravila, pridobivanje dodatnih znanj o novih zdravilih na znanstvenih in strokovnih srečanjih, vendar le v okviru omejitev iz drugega in tretjega odstavka tega člena.

- Osebe, usposobljene za predpisovanje ali izdajanje zdravil, ne smejo sprejemati ali poskušati pridobiti kakršnih koli materialnih koristi, ki so prepovedane na podlagi drugega ali tretjega odstavka tega člena.
- Imetnik dovoljenja za promet z zdravilom mora imeti vzpostavljeno strokovno službo za oglaševanje zdravil s strokovnimi sodelavci oziroma sodelavkami (v nadaljnjem besedilu: sodelavec) za oglaševanje zdravil pri osebah, ki predpisujejo in izdajajo zdravila. Strokovni sodelavci za zdravila za uporabo v humani medicini morajo imeti univerzitetno izobrazbo farmacevtske ali medicinske smeri oziroma univerzitetno izobrazbo naravoslovne ali biomedicinske smeri in dodatna znanja s področja zdravil. Strokovni sodelavci za zdravila za uporabo v veterinarski medicini morajo imeti univerzitetno izobrazbo farmacevtske ali veterinarske smeri oziroma univerzitetno izobrazbo naravoslovne ali biomedicinske smeri in dodatna znanja s področja zdravil.

2.3.1 Oglaševanje strokovni javnosti

Trženje orientirano na zdravnike sestoji iz informiranja s strani farmacevtskih predstavnikov in objavljanja oglasov v medicinskih revijah, namenjenim zdravnikom. Informiranje je znano kot najbolj učinkovito orodje trženjskega komuniciranja zdravil v farmacevtski industriji. V povprečju farmacevtski predstavnik kontaktira od 8 do 10 zdravstvenih ambulant z namenom širjenja informacij o novih zdravilih, ali pa nadgradnjo znanja o obstoječih terapijah. Informiranje zdravnika sestoji iz jedrnate predstavitve zdravila s pomočjo knjižice o zdravilu ali podrobnega gradiva, ki vsebuje informacije o kliničnih študijah, stranskih učinkih, ter stopnjo učinkovitosti v primerjavi s primerljivimi zdravili. Nato je farmacevtski predstavnik usposobljen za to, da odgovori na zdravnikova vprašanja in poskuša zaključiti prodajni razgovor z obljubo zdravnika, da bo zdravila dejansko predpisal (Johar, 2013).

Komunikacija farmacevtskih predstavnikov z zdravniki mora biti na ravni izobraževalnih in kliničnih izkušenj, zato so usposabljanja predstavnikov dolga in naporna. Predstavniki morajo vedeti vse o bolezenskem stanju za določen produkt, preden osvojijo vse informacije o novem zdravilu, ki je rešitev za bolezensko stanje. Prav tako morajo predstavniki vedeti vse o konkurenčnih zdravilih, da bi lahko razumeli razlike med njihovimi in konkurenčnimi produkti (Johar, 2013).

Zakonodaja o zdravilih ne zahteva predhodne prijave, pregleda ali odobritve katerih koli oglaševalskih vsebin in načinov obveščanja laičnih skupin, posameznikov ali strokovne javnosti, lahko pa oglaševalci zaprosijo JAZMP za mnenje glede oglaševanja zdravil. Pri pripravi gradiv in oglaševanja je oglaševalec tisti, ki je dolžan zagotoviti skladnost z določili ZZdr-2 in Pravilnika, medtem ko nadzor nad oglaševanjem zdravil izvaja JAZMP (JAZMP, brez datuma a).

2.3.2 Digitalno oglaševanje strokovni javnosti

Farmacevtska podjetja si močno prizadevajo, da so v koraku s spremembami, ki jih prinaša digitalna tehnologija. Mobilna komunikacija, podatkovni oblak, napredna analitika in internet so med novostmi, ki začenjajo spreminjati zdravstveno industrijo na način, kot so že preoblikovali medijsko, maloprodajno in bančno industrijo. Deležniki farmacevtske industrije se dobro zavedajo potenciala in eksperimentirajo s številnimi digitalnimi pobudami (Champagne, Hung & Leclerc, 2015).

Poleg objavljanja oglasov za zdravilo v medicinskih revijah, ob tematiki o bolezni, ki jo leto zdravi, je danes na voljo tudi bolj ciljno usmerjeno oglaševanje. Medicinske revije imajo tudi svoje spletne portale, kjer prav tako objavljajo prispevke. Velika večina zdravnikov je prijavljena na te portale, da so sproti obveščeni o novostih, ki se tičejo njihovega področja zdravljenja. Tako lahko farmacevtsko podjetje podpre strokovni prispevek npr. o novostih na področju zdravljenja krvnega raka in zraven priloži oglas za svoje zdravilo, prispevek pa je nato poslan ciljni skupini zdravnikov preko elektronske pošte, v tem primeru hematologom. Na ta način zdravniki prejemajo tematike, ki jih zanimajo in ne izgubijo interesa za branje ob poplavi člankov iz področij, ki za njih niso pomembna, do česar lahko pride ob branju revij v tiskani obliki (Adriasonara, brez datuma).

Ob spreminjajoči se tehnologiji so se bili tudi zdravniki primorani prilagoditi napredku tehnologije in se obrniti na digitalne načine komunikacije in izobraževanja. Izobraževanja in seminarji, ki so ne dolgo nazaj potekali v živo in so zaradi potovanj v druge kraje zdravnikom jemali ogromno dragocenega časa, se danes v veliki večini izvajajo preko spleta. Tudi najpomembnejši kongresi, ki trajajo po več dni, so se v letu 2020 v veliki meri preselili na splet. Na ta način se je ustvaril velik časovni in tudi denarni prihranek. Velika prednost spletnih prenosov kongresov je tudi ta, da se le-ti snemajo. Tako ima zdravnik možnost, da si posnetek ogleda večkrat (Balfour, 2020).

Prav tako se je digitaliziral način komuniciranja med farmacevtskim predstavnikom in zdravnikom. Prodajni sestanki, ki so prej vedno potekali v živo v zdravnikovi ordinaciji, se sedaj selijo na spletne komunikacijske platforme, elektronsko pošto in telefonske klice. Na primer z uporabo digitalnih orodij, se med osebnimi sestanki omogoča tudi osebna komunikacija v realnem času z zdravniki, kar znižuje stroške za farmacevtska podjetja, saj ne rabijo tako pogosto potovati in omogočajo večjo povezanost, vključno s povpraševanjem in takojšnjim odgovorom na zdravnikova vprašanja. Veliko je tudi vlaganj v mobilne aplikacije za zdravnike, kjer so jim dostopni seznamei razpoložljivih zdravil, informacije o lastnostih zdravil in direkten kontakt farmacevtskega predstavnika, ki zdravilo trži. Informacije, ki so jih morali iskati po obširnih knjigah ali spletnih publikacijah so sedaj od njih oddaljene le nekaj klikov na mobitelu (Balfour, 2020).

2.3.3 Možnosti oglaševanja širši javnosti

EFPIA zastopa farmacevtska podjetja v državah Evrope. Delijo si mnenje, da ima javnost temeljno pravico do kvalitetnih informacij o boleznih, terapevtskih rešitvah in avtoriziranih zdravstvenih produktih, zato pozivajo Evropske institucije, da izboljšajo dostop vseh pacientov in ljudi v EU do informacij o zdravilih v njihovem jeziku. Dostopnost do kvalitetnih informacij mora biti izboljšana, saj visoka raven zdravstvene pismenosti prispeva k preventivi in zgodnji diagnozi, s čimer pripomoremo k izboru najprimernejšega zdravljenja (EFPIA, 2007).

To bi privedlo k boljši komunikaciji med zdravnikom in pacientom in posledično k bolj uspešnemu zdravljenju. Pacienti prejemajo informacije iz različnih virov, kot so navodila za uporabo, zdravstveni specialisti, ki predpisujejo zdravilo, lekarnarji, prijatelji in sorodniki, časopisi, internet, ter z zelo omejeno vsebino, farmacevtska podjetja. Jasno je, da nobeden vir ne more nuditi vseh informacij, ki so na voljo. Najbolj primeren komunikacijski kanal s pacienti je zdravnik, zato se za izboljšanje tega odnosa trudijo pacientom olajšati dostop do informacij (EFPIA, 2007).

Ker farmacevtska podjetja razvijajo določeno zdravilo 10-12 let, imajo unikatna znanja o produktu ter bolezni. Zato so ključni nosilci informacij poleg zdravnikov, organizacij pacientov ter regulatornih agencijah. Videli smo že primere odličnih izobraževalnih aktivnosti organiziranih s strani farmacevtskih podjetij. Na primer aktivnosti za ozaveščanje o bolezni, ki spodbujajo paciente, da poiščejo zdravniško pomoč pri stanjih, za katere so mislili, da se ne dajo zdraviti, so tabu tema, ali zgolj neprijetni. Prav tako je primer vročitev informacij o zdravilu, po tem, ko jim je bilo le- to že predpisano. To podpira zdravniško delo in pomaga zagotoviti pravilno in učinkovito rabo zdravila (Velo & Moretti, 2008).

Dejstvo pa je, da trenutne zakonske omejitve v nekaterih državah članicah podjetjem prepovedujejo, da javnosti podajajo osnovne in zakonsko odobrene informacije o njihovih zdravilih. EFPIA prav tako poudarja, da direktnega modela oglaševanja uporabniku ne smatra primernega za Evropo. Želijo zgolj to, da ima farmacevtska industrija pravico oskrbe z nepromocijskimi, visoko kvalitetnimi informacijami o bolezni, oglaševanje zdravil na recept pa bi ostalo v okvirjih trenutne zakonodaje. Narobe je sklepati, da so vse informacije, ki prihajajo s strani podjetja, promocijske narave. Podjetja želijo izboljšati varnost in učinkovitost uporabe njihovih zdravil v korist pacientu. Če je to doseženo, imajo korist posredno (EFPIA, 2007).

2.4 Poskusi odprave prepovedi direktnega oglaševanja v EU

Evropska komisija je decembra leta 2008 oddala vlogo s predlogom, da bi sprejeli javno oglaševanje zdravil na recept, ki je bila zavrnjena. Vloga je namreč nasprotovala širši zdravstveni skupnosti, saj farmacevtska podjetja ne morejo biti zanesljiv vir nepristranskih informacij, zaradi očitnega in neizbežnega konflikta interesov. Omenjena vloga evropske

komisije ni zadovoljila potreb po relevantnih, neodvisnih in primerljivih zdravstvenih informacijah namenjenih uporabnikom (Prescrire, 2010).

Ob sprejetju le- te, bi bili Evropejci izpostavljeni intenzivni promociji novih zdravil, kar bi privedlo do povečane zahteve ljudstva po zdravilih, ki jih morda sploh ne potrebujejo oz. jih ne bi smeli jemati bodisi zaradi nasprotujočih indikacij bodisi zaradi interakcij med zdravili. Na ta način bi ogrozili zdravje javnosti ter ogrozili dolgoročno finančno stabilnost zdravstvenih sistemov. Zaključujejo, da ta predlog ne predstavlja dodatne vrednosti Evropejcem, ampak zgolj farmacevtskim podjetjem, ki bi razširila svoje trge in povečala pripadnost znamkam (Meek, 2007).

EFPIA je podala mnenje, da Evropska komisija nima načrtov odstraniti prepovedi direktnega oglaševanja zdravil na recept v EU. Obstaja pa razširjeno strinjanje med institucijami EU ter javnostjo, da bi morala biti komunikacija med pacienti in javnostjo o zdravilih na recept izboljšana, s ciljem imeti bolj informirane paciente. Kljub temu je prepoved oglaševanja tako obširna, da v veliki meri preprečuje farmacevtski industriji kakršnokoli širjenje informacij, medtem ko ironično vsem ostalim to dovoljuje. Poudarjajo, da ne predlagajo direktnega oglaševanja kot v ZDA, ampak pozivajo Evropske institucije, da izboljšajo dostopnost do informacij o zdravilih in zdravju v njihovem jeziku za vse paciente in prebivalstvo.

Verjamejo, da bi boljša informiranost pacientov vodila k varnejšim in uspešnejšim izidom zdravljenja, učinkovitejši rabi resursov za zdravstveno nego, ter ultimativno k bolj zdravi javnosti. Nobeden vir ne more zagotoviti popolnoma vseh informacij o zdravilu, ampak zagotovo imajo največ znanja in informacij ravno farmacevtska podjetja, saj slednja izvajajo raziskave in razvoj za zdravilo povprečno 10-12 let. Zato bi jim moralo biti dovoljeno, da poleg drugih virov zagotovijo nepromocijske, visoko kakovostne informacije v povezavi z boleznijo vsem prebivalcem EU. Menijo, da bi moral biti kriterij za objavo informacij kakovost le- teh, ne pa vir, ki jih izdaja. EFPIA je razvila nabor načel za kakovostne informacije, ter poziva vse ostale ponudnike informacij, da se držijo istih načel (Ager, 2007).

3 ANALIZA TRŽENJSKEGA KOMUNICIRANJA V ZDA

Sledi analiza trženjskega komuniciranja na primerjanem trgu, ZDA. Preverila sem, kako je zdravstveni sistem organiziran v ZDA, kako se zdravilom določajo cene in kakšne so zakonske omejitve trženjskega komuniciranja. ZDA je poleg Nove Zelandije edina država na svetu, kjer je dovoljeno direktno oglaševanje zdravil na recept končnemu uporabniku, zato se bomo precej posvetili analizi le- tega, predvsem prednostim in slabostim takšnega načina oglaševanja.

3.1 Zdravstveni sistem v ZDA

ZDA nimajo enotnega zdravstvenega sistema, nimajo univerzalnega zdravstvenega varstva in šele pred kratkim so sprejeli zakonodajo, ki skoraj vsakomur določa obveznost zdravstvenega varstva. Namesto, da bi nacionalno zdravstveno službo upravljal nacionalni sistem zdravstvenega zavarovanja z enim plačnikom ali univerzalni zdravstveni sklad za več plačil, je zdravstveni sistem ZDA mogoče najbolje opisati kot hibridni sistem. Večina zdravstvenih storitev se zagotavlja zasebno, tudi če so javno financirane (Scott, 2016).

Zakon o dostopni oskrbi, ki je bil sprejet leta 2010, je med vlado, delodajalci in posamezniki določil deljeno odgovornost za zagotovitev, da imajo vsi Američani dostop do cenovno dostopnega in kakovostnega zdravstvenega zavarovanja. Vseeno pa je zdravstveno kritje še vedno razdrobljeno med številnimi zasebnimi in javnimi viri ter velikimi razlikami v zavarovalnih stopnjah v celotni ameriški populaciji. Za bolj ranljive skupine sta na voljo dva ločena vladna programa, Medicare in Medicaid. Upravlja in financirajo jih različni deli vlade in služijo različnim skupinam (Morgan & Kennedy, 2010).

Medicare je zvezni program, ki zagotavlja zdravstveno kritje za starejše od 65 let in za invalide, ne glede na njihov dohodek. Medicaid pa je državni in zvezni program, ki zagotavlja zdravstveno kritje za ljudi z zelo nizkim denarnim dohodkom. Potem je tu še program otroškega zdravstvenega zavarovanja, za otroke v družinah, ki zaslužijo preveč denarja, da bi se lahko kvalificirali za Medicaid, vendar pa vseeno nimajo dovolj denarja za nakup zasebnega zavarovanja. V nekaterih državah program otroškega zdravstvenega zavarovanja zajema tudi nosečnice (Medicare Interactive, brez datuma).

Izvajanje večjih razširitev zakona o dostopni oskrbi, januarja 2014, je povečalo delež prebivalstva z zavarovanjem. Te reforme vključujejo (Commonwealth Fund, brez datuma):

- zahtevo, da večina Američanov sklepa zdravstveno zavarovanje;
- odprtje trgov za zdravstveno zavarovanje ali borze, ki ponujajo subvencije za premije posameznikom z nižjim in srednjim dohodkom;
- širitev Medicaida v mnogih državah, kar je povečalo pokritost za odrasle z nizkimi dohodki.

Javni programi zagotavljajo pokritje različnih populacij, ki se pogosto prekrivajo. Leta 2015 je bilo več kot 10 milijonov Američanov upravičenih do Medicare in Medicaid programa, tako imenovane dvojne upravičenosti. Program otroškega zdravstvenega zavarovanja, ki je v nekaterih državah podaljšek Medicaida, v drugih pa poseben program, je leta 2015 zajel več kot 8,1 milijona otrok v družinah z nizkimi dohodki.

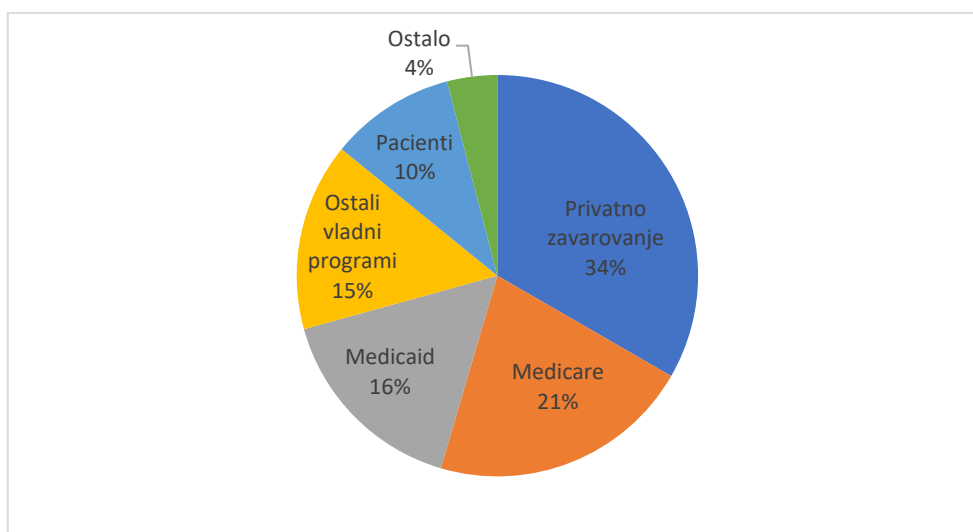
Nedokumentirani priseljenci na splošno niso upravičeni do javnega kritja, skoraj dve tretjini ni zavarovanih. Bolnišnice, ki prejemajo sredstva Medicare (kar je velika večina), morajo poskrbeti za stabiliziranje vseh pacientov z nujnimi zdravstvenimi stanji, več držav pa imigrantom, ki nimajo dokumentov, omogoča, da se lahko kvalificirajo za nujno medicinsko

pomoč, ki presega stabilizacijsko oskrbo. Nekatere državne in lokalne vlade zagotavljajo dodatno pokritost, na primer kritje za nedokumentirane otroke ali nosečnice (Commonwealth Fund, brez datuma).

Številne reforme, vključene v Zakon o dostopni oskrbi, poskušajo razviti načine plačila v programih Medicare in Medicaid, ki nagrajujejo kakovostno in učinkovito oskrbo. Nekateri od teh uporabljajo mehanizme plačila za uspešnost, medtem ko se drugi za spodbujanje vključevanja in usklajevanja med izvajalci zdravstvenih storitev zanašajo na paketna plačila, deljene prihranke ali globalne proračune (Commonwealth Fund, brez datuma).

ZDA imajo na svetovni ravni največje izdatke za zdravstveno varstvo na prebivalca. Imajo pa tudi edinstven način plačevanja njihove zdravstvene oskrbe, kjer večino izdatkov plačajo zasebna zavarovanja. Kot lahko vidimo na sliki 5, trenutno približno tretjino vseh zdravstvenih izdatkov plačuje zasebno zavarovanje. Javna zavarovalna programa Medicare in Medicaid sta v istem letu predstavljalata 21 % in 16 % izdatkov za zdravje, medtem ko so 10 % vseh stroškov krili pacienti sami (Statista, 2019).

Slika 5: Stroški zdravstvenega varstva po plačnikih v letu 2019



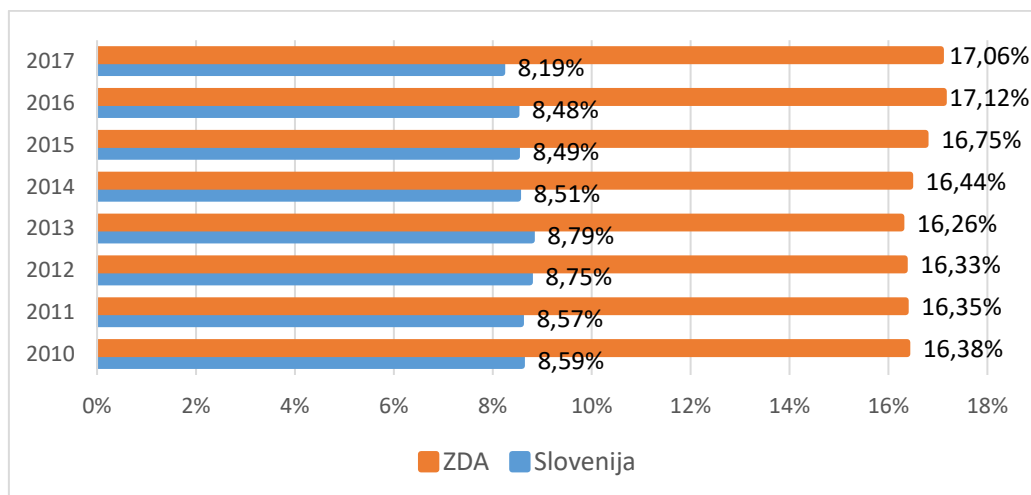
Vir: Statista (2019).

Letni izdatki za zdravstveno varstvo na prebivalca v ZDA so najvišji na svetu (9.364 \$ v letu 2014), kljub nedavni upočasnitvi porabe. Plačniki so poskušali nadzorovati rast stroškov s kombinacijo selektivnega sklepanja pogodb, pogajanj o cenah in nadzora praks uporabe, načinov plačila delitve tveganja in oskrbe. V zadnjem času so javni in zasebni plačniki več pozornosti usmerili v vrednostne nakupe in druge modele, ki nagrajujejo učinkovito izvajanje zdravstvene oskrbe.

Potek patentov in premik k dajanju prednosti generičnim zdravilom nad blagovnimi znamkami, so medtem privedli do upočasnitve porabe zdravil v zadnjih letih, čeprav se je rast leta 2014 obnovila z vstopom dragih bioloških zdravil. Na sliki 6 lahko vidimo

primerjavo deleža stroškov zdravstvenega sistema v BDP v Sloveniji in ZDA. Delež stroškov zdravstvenega sistema v BDP je v Sloveniji na skoraj isti ravni kot v EU, medtem ko je ta delež v ZDA občutno višji (OECD, 2020).

Slika 6: Stroški zdravstvenega sistema v % BDP



Vir: OECD (2020).

Ob ne najboljših zdravstvenih pogojih v ZDA obstajajo še dodatna vprašanja v manj bogatih državah, kjer so sredstva znatno omejena. Delež izdatkov, ki jih pacient neposredno plača, je ob nižjem dohodku precej višji in se v mnogih primerih približa celotnim stroškom zdravljenja. Zaradi previsokih stroškov zdravljenja je opaziti veliko primerov osebnih stečajev. Zdravniki in pacienti v teh državah iščejo pomoč od ZDA in EU in sicer v smislu napotkov o učinkovitih možnostih zdravljenja (Siddiqui & Rajkumar, 2012).

3.2 Oblikovanje cene zdravil

Postavljanje cen zdravil v ZDA je kompleksna interakcija med cenami, ki jih postavi proizvajalec, pogajanje s plačniki, konkurenco med zdravili blagovne znamke in generiki, ter shemo javnih in privatnih zavarovalnih programov, ki na koncu določijo koliko plača pacient, plačnik in vlada. Ta dinamika oblikovanja cen je prisotna tako pri oblikovanju prve cene ob izidu zdravila, kot tudi pri spremembah cen, ki potekajo enkrat ali večkrat letno. Veliko pozornosti je bilo posvečeno cenam zdravil, ki so izšla nedavno, zaradi spremembe v inovativnosti in čedalje večjemu obračanju k posebnim zdravilom, sirotam in onkološkim zdravilom, ki imajo pogosto višje cene (IQVIA, 2019a).

Mediana letnih stroškov za nova zdravila je v preteklih letih narastla na desetine ali stotine tisoč \$. Še posebej sirote in onkološka zdravila imajo pričakovano mediano stroškov letno precej nad 100.000 \$ do leta 2023. Pričakovano je, da bodo cene v prihodnjih 5 letih zaradi kombinacije spodnjih dejavnikov rastle po nižji stopnji (IQVIA, 2019a):

- cenovna konkurenca med proizvajalci inovativnih zdravil, kar je na trgu že opazno;
- neodvisni kontroling cen, ter generalni učinki iniciative za cenovno transparentnost;
- stopnja prebojnih zdravil ne bo tako visoka kot v preteklih 5 letih.

Zvišanja cen s strani proizvajalcev na že obstoječih produktih so pritegnila pozornost javnosti, saj so bila nekatera zvišanja po mnenju javnosti in politikov pretirana. V preteklih 2 letih se je množica podjetij zavezala k nižjemu povečevanju cen zdravil z znamkami, ki trenutno v povprečju znašajo 6 % letno in v naslednjih 5 letih pričakovano ostajajo v rangu 4-7 %. Neto cene, ki jih proizvajalci prejmejo za zdravila, rastejo bolj počasi, saj so popusti izven računa, rabati, zakonska plačila v okviru cenovno sprejemljivega zdravstvenega varstva in vrednost bolnišničnih kuponov, nadomestili rast cen na računih. Neto cene so v letu 2018 zrastle za 1,5 %, v prihodnjih 5 letih pa je pričakovana 0-3 % rast.

V to skupno povprečje so vključene možnosti, da bodo nekatera podjetja in izdelki zaradi konkurenčnih trgov dosegli neto znižanje cen. Poleg tega je bila rast cen v letu 2018 nižja od inflacije v širšem gospodarstvu; isti scenarij se pričakuje tudi v prihodnjih 5 letih (IQVIA, 2019a).

3.3 Zakonske omejitve trženjskega komuniciranja onkoloških zdravil v ZDA

Za trženjsko komuniciranje zdravil na recept v ZDA skrbi Urad za promocijo zdravil na recept. Njihovo poslanstvo je varovati javno zdravstvo, s tem ko zagotavljajo, da so informacije o zdravilih na recept resnične, uravnotežene in primerno komunicirane. To dosežejo s celovitim nadzorom in izobraževalnim programom, ter s spodbujanjem boljše komunikacije imena zdravila, ter promocijskimi aktivnostmi za zdravnike in uporabnike. Podjetja bi morala zagotoviti, da so materiali za direktno oglaševanje (oglaševanje končnemu uporabniku zdravila), ki vsebujejo informacije o koristih in tveganjih, natančni in razumljivi. Uprava za hrano in zdravila razume, da se podjetja soočajo z izzivi, ko se odločajo o tem, kako te informacije predstaviti v promocijskih materialih (FDA, 2020).

Ravno zato so izdali vodnik z naslovom Predstavitev kvantitativne učinkovitosti in informacij o tveganju pri promocijskem označevanju in direktnem oglaševanju, da podjetja lažje oblikujejo oglase, ki ne nasprotujejo zakonskim predpisom. Ta vodnik opisuje priporočila Agencije, kako naj proizvajalci, pakerji in distributerji naredijo njihov promocijski jezik in prezentacije uporabniku prijazne (FDA, 2018).

Nadzor izvajajo preko naslednjih ukrepov (FDA, 2020):

- podajajo pisne komentarje farmacevtskim predstavnikom na predlagane promocijske materiale in s tem zagotovijo čisto in nedvoumno komunikacijo zakonov in regulacij v zvezi s promocijo zdravil na recept;
- pregledujejo pritožbe glede domnevnih promocijskih kršitev in nato sprožijo izvršilne ukrepe proti le- tem;

- primerjajo označevanje zdravil in promocijskih materialov tesno povezanih zdravil, da zagotovijo dosledno in pravično uporabo predpisanih zahtev;
- delujejo kot povezava med uradom za promocijo zdravil na recept in drugimi divizijami znotraj uprave za hrano in zdravila glede promocijskih nepravilnosti.

Veliko nadzora je bilo posvečenega problemu dajanja daril ter dragim večerjam, s čemer so predstavniki farmacevtskih podjetij prepričali zdravnika, da je poslušal njihovo marketinško sporočilo. Da bi se izognili podkupovanju zdravnikov, je Društvo farmacevtskih raziskovalcev in proizvajalcev v Ameriki leta 2002 objavilo kodeks odnosov z zdravniki, ki sestoji iz naslednjih navodil (Weber, 2006):

- odnos z zdravnikom mora rezultirati v korist pacientov in okrepiti prakso medicine. Odnos mora biti fokusiran na informiranje zdravnikov o produktih, nujenju znanstvenih in poučnih informacij in kot podpora medicinskim raziskavam in izobraževanju;
- prezentacije naj bodo informativne narave v imenu farmacevtskega podjetja, ki prinašajo znanstvene in izobraževalne koristi. Na teh prezentacijah so dovoljeni tudi obroki, ki pa so standardni;
- zunanja izobraževalna in profesionala srečanja: Dovoljeno je, da podjetje financira zunanja izobraževanja, ki lahko koristijo izboljšanju pacientove oskrbe;
- svetovalcem, ki nudijo svoje storitve je ponudena kompenzacija za le- te. Sklenjena mora biti pogodba z vsemi potrebnimi informacijami o storitvi in plačilu;
- podjetja lahko financirajo sklade za izobraževanje.

Zdravniki se morajo izobraževati vseživljenjsko, za kar poskrbijo farmacevtska podjetja. Tega se večina ne zaveda, zdravnikom pa se to zdi samoumevno. Večina nadaljevalnega izobraževanja, ki je potrebno za vzdrževanje zdravniške licence, je financirana s strani farmacevtskih podjetij. Vseživljenjsko izobraževanje je nujno, saj na ta način ostanejo v koraku z napredki v medicini.

Uprava za hrano in zdravila v ZDA regulira oglaševanje zdravil na recept, ki vključuje tudi nadzor nad vsebino oglasov, da le- ti predstavljajo tako koristi kot tveganja. Farmacevtska podjetja morajo oddati vse oglase za zdravila upravi za hrano in zdravila, preden jih dajo v javnost, vendar ne potrebujejo odobritve oglasa vnaprej. Uprava pa potem lahko naknadno izda pismo podjetju, in zahteva da se oglasi, ki so zavajajoči, odstranijo. Vendar se v praksi to zgodi šele po mesecih predvajanja oglasov. Po zakonu je proizvajalcu prepovedano oglaševanje neodobrene uporabe njihovega proizvoda (FDA, brez datuma b).

Vse vrste oglasov ne smejo vsebovati nepravilnih ali zavajajočih podatkov, temveč morajo posredovati resnične informacije o učinkovitosti zdravila, stranskih učinkih in o predpisovanju. Ti oglasi se lahko nahajajo v zdravstvenih revijah in časopisih, na internetu, televiziji ali radiju. Farmacevtsko podjetje lahko izda brošure ali druge promocijske materiale zdravnikom ali uporabnikom. Promocijsko označevanje mora vsebovati informacije o predpisovanju. Nadalje na strani o oglaševanju zdravil na recept poudarijo, da

je najboljši vir informacij o ustreznih zdravilih vaš zdravnik. Oglasi pa nudijo uporabne informacije za uporabnike, o katerih naj se pogovorijo z zdravnikom in izberejo modro odločitev glede zdravljenja (Weber, 2006).

Obiski farmacevtskih predstavnikov pri zdravnikih v ambulantah so dostikrat polni izzivov. Predstavniki dandanes poskušajo asistirati zdravnikom pri predpisovanju zdravil, ne samo z opisovanjem učinkovitosti in stranskih učinkov, vendar tudi v stroškovnem smislu. V svetu generičnih zdravil tekmovanje med podjetji ne temelji več na tem, katero zdravilo deluje bolje in ali ima manj stranskih učinkov, saj so učinkovitost in stranski učinki precej primerljivi. Namesto tega na veliko srečanjih v ambulantah glavna debata poteka o stroških zdravljenja ter dostopnosti pacientom (Perry, 2008).

3.4 Direktno oglaševanje uporabnikom zdravil na recept

Edini državi na svetu, kjer je dovoljeno direktno oglaševanje uporabnikom zdravil na recept sta ZDA in Nova Zelandija. Direktno oglaševanje je bilo karakterizirano kot velik in drag nekontroliran poskus na zdravstveni javnosti. Oglasi za zdravila na recept, tako kot za ostale produkte, uporabljajo prepričljive in emotivne tehnike, da pritegnejo pozornost potrošnikov in promovirajo oglaševano znamko zdravila. Skrb povzroča škoda, povzročena s strani direktnega oglaševanja, in sicer v smislu negativnega vpliva na zaupljiv odnos med zdravniki in pacienti, ter stimulacije nepotrebne in nepravilne uporabe zdravil. To bi pripeljalo do več nezaželenih učinkov, ter posledično povečalo stroške zdravil in zdravljenja (Mintzes, 2012).

Zagovorniki direktnega oglaševanja trdijo, da le- to koristi javnemu zdravstvu, saj nudi zelo potrebne informacije o zdravilih, stimulira diskusije med zdravniki in pacienti, spodbuja paciente, da poiščejo pomoč v zgodnji fazi ter povečuje spoštovanje terapije. Leta 2004 je takratni ameriški predstavnik farmacevtskih izdelkov označil direktno oglaševanje kot eno največjih in najuspešnejših zdravstvenih kampanij v zgodovini.

Obstajajo 3 vrste oglasov za zdravila na recept. Prvi je popolno oglaševanje o produktu, ki vključuje ime zdravila, zdravstveno stanje, ter informacije o tveganju. Druge vrste oglas je opomnik, ki pove ime zdravila, vendar ne opisuje bolezenskega stanja. Tretje vrste oglas pa ozavešča o bolezni, opiše bolezensko stanje, ne omenja pa imena zdravila. Direktno oglaševanje naj bi bilo po mnenju mnogih povezano z večjim predpisovanjem oglaševanih zdravil, povečanim povpraševanjem pacientov in spremembo v obnašanju pri predpisovanju (FDA, brez datuma a).

Direktno oglaševanje uporabnikom regulira Uprava za hrano in zdravila, vendar ne na ta način, da bi preprečila izpostavljenost milijonov ljudi pred zavajajočimi oglasi. Dokazano je, da direktno oglaševanje prispeva k povečani porabi zdravil in večjim profitom farmacevtskih podjetij, vendar pa je tudi razširjeno nestrinjanje z idejo, da to oglaševanje prispeva k boljšemu zdravju ljudstva. Posledice, ki jih oglaševanje prinaša so tako namerne kot tudi nenamerne. Namerne so večja prodaja zdravil in izboljšanje javnega zdravstva, kar

pa ni vedno kompatibilno. Večja poraba zdravil ni vedno boljša, prekomerna ter nepravilna uporaba zdravil, sta pravzaprav dva glavna vzroka, ki negativno vplivata na kvaliteto javnega zdravstva (Weber, 2006).

Zagovorniki direktnega oglaševanja zdravil na recept pravijo, da je glavna korist le-tega izobraževanje uporabnikov. Uporabniki so bolj ozaveščeni o simptomih, zaradi česar prej obiščejo zdravnika. Sami imajo informacije o specifičnih zdravilih, ki so na razpolago in bi lahko bili primerni za njihovo zdravljenje, zato lahko bolj učinkovito sodelujejo v pogovoru z zdravnikom. Tovrstno oglaševanje opolnomoči uporabnike z informacijami ki jih potrebujejo, da lahko soodločajo o svoji zdravstveni oskrbi. Pri vprašanju, kaj narediti če pacient zahteva zdravilo, ki ni primerno zanj, zagovorniki oglaševanja odgovarjajo, da oglasi spodbujajo uporabnike, da zdravnike povprašajo o specifičnem zdravilu, predpisovanje pa prepustijo zdravnikom. Direktno oglaševanje ne želi nadomestiti odnosa med pacientom in zdravnikom, pač pa spodbuditi paciente, da informirano diskutirajo z zdravnikom (Weber, 2006).

Kritiki direktnega oglaševanja zdravil trdijo, da ima le-to več negativnih kot pozitivnih posledic. Pravijo, da oglasi ne zagotavljajo natančnih informacij o tveganju in koristi zdravil, ki se oglašujejo, in da splošnemu potrošniku primanjkuje strokovnega znanja za oceno kakovosti vsebine oglasov. Vseeno pa je ogromno dokazanih koristi, ki pretehtajo mnogo negativnih posledic. Čeprav morda obstajajo dokazi, da zdravila zaradi trženja stanejo več, lahko isto oglaševanje prinese prednosti, kot so (Johar, 2013):

- povečanje ozaveščenosti in zmanjšanje stigme o določenih stanjih, zaradi katerih ljudje ne iščejo oskrbe, kar spodbuja zdravljenje;
- upoštevanje režimov zdravljenja;
- potrošniki so bolj pozorni na diagnoze in potencialno zdravljenje;
- izboljšanje komunikacije med zdravniki in pacienti, ki imajo več znanja;
- povečanje avtonomije pacientov, saj lahko bolje primerjajo nevarnosti in koristi različnih zdravljenj.

Prav tako zagovorniki direktnega oglaševanja trdijo, da zdravniki služijo kot varnostna mreža in preprečujejo neprimerno uporabo zdravil na recept. Lahko bi tudi trdili, da pacienti niso tako naivni, kot se zdi, in da se zavedajo, da oglaševanja ne gre zamenjati s popolnimi in nepristranskimi informacijami o zdravju. To niso javni informativni oglasi, ki jih objavlja vlada. Potrošniki so danes dobro obveščeni, bolj kot v preteklosti in mnogi razumejo, da farmacevtska podjetja pri oglaševanju vodi želja po dobičku. Trenutno in zgodovinsko so ti dobički privedli do novih terapij, ki rešujejo življenja in so mnogim izboljšali kakovost življenja.

Predpisi agencije za hrano in zdravila o direktnem oglaševanju zdravil so zasnovani tako, da zagotavljajo poštenost in uravnoteženost oglasov, da ne bi škodovali javnosti. Potrošniki si lahko oglaševanje ogledajo z razumevanjem tveganj in koristi, ter ga med diagnozami

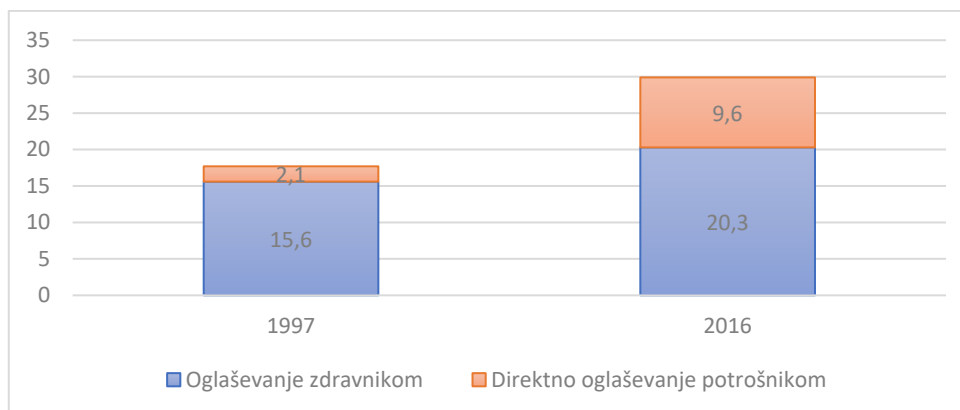
povežejo s strokovnim znanjem svojega zdravnika, da dobijo najboljše zdravilo za svojo bolezen.

Z visoko reguliranimi oglasi, budnimi potrošniki in zdravniki, lahko med farmacevtskimi podjetji in potrošniki obstaja medsebojno simbiotičen odnos, da lahko podjetja še naprej oglašujejo svoje nove načine zdravljenja. Kritiki sicer menijo, da je zdravnikov dragoceni čas s pacientom že dovolj omejen in da ni smiselno, da se morajo povrh vsega pogovarjati s pacienti še o zdravilih, ki so jih videli na televiziji in zanje morda sploh niso primerna. Kljub temu je mogoče trditi, da imajo zdravniki priložnost, da potrošnikom pomagajo ugotoviti morebitno zavajanje iz oglasa in ga razumeti, zato večina zdravnikov te razprave s pacienti doživlja kot konstruktivne.

Kritiki trdijo tudi, da direktno oglaševanje goji prepričanje javnosti, da obstaja tabletko za vsakega obolelega in prispeva k medikalizaciji trivialnih obolenj. Vendar pa raziskave potrošnikov kažejo, da direktno oglaševanje dejansko motivira potrošnike, da se z zdravniki pogovorijo o stanju, ki ga do tedaj še niso zdravili. V eni izmed raziskav je polovica vseh potrošnikov, ki so se z zdravniki pogovarjali o zdravilu, prvič poiskala zdravljenje, od teh pa jih je le 8 % vprašalo za recept, kar kaže, da se zaradi direktnega oglaševanja nediagnosticirana bolezenska stanja zdravijo bolj pogosto in da ni nujno, da so zmanipulirali paciente z oglaševanjem, če le- ti prosijo za zdravilo. Namesto tega pacienti preprosto iščejo zdravljenje, potem ko se izobrazijo o stanju, ki bi jih lahko prizadelo (Johar, 2013).

Moramo poudariti, da delež direktnega oglaševanja potrošniku med orodji trženjskega komuniciranja neprestano raste. Kot lahko vidimo na sliki 7, se je med letoma 1997 in 2016 skupni strošek trženjskega komuniciranja v ZDA močno povečal, in sicer iz 17,7 na 29,9 milijarde \$. Pri tem je imelo bistveno rast direktno oglaševanje potrošniku zdravil na recept, ki je v letu 1997 predstavljalo 11,9 % celotnih stroškov za trženjsko komuniciranje, leta 2016 pa kar 32 %. Kljub novim omejitvenim pravilom največji delež še vedno zanesljivo predstavlja oglaševanje zdravnikom (Schwartz & Woloshin, 2019).

Slika 7: Stroški trženjskega komuniciranja v ZDA v milijardah \$



Vir: Schwartz & Woloshin (2019).

V zadnjih letih, pa se farmacevtska podjetja čedalje bolj posvečajo ne samo oglaševanju zdravila, ki vpliva na izbiro zdravljenja, ampak tudi na celotno izkušnjo zdravljenja bolnika. Želijo zagotoviti najboljše rezultate zdravljenja tako za bolnike, kot tudi za negovalce. Ker bolniki z rakom živijo dlje, se odnos med bolnikom in blagovno znamko podaljšuje in pogloblja. Bolniki so lahko na zdravljenju več let, ali pa so deležni več zdravljenj. Glede na njihovo trenutno stanje potrebujejo dodatno podporo in sredstva. V ta namen tržniki pripravljajo komplete dobrodošlice in spletna mesta blagovnih znamk z materiali, ki bolnikom pomagajo, da se lažje spoprijemajo, učinkoviteje komunicirajo o svojih potrebah in obvladujejo vpliv raka na njihovo samopodobo (Whitcher, 2018).

4 RAZISKAVA TRŽENJSKEGA KOMUNICIRANJA ONKOLOŠKIH ZDRAVIL Z VIDIKA NOVARTISA

Namen empirične raziskave je na podlagi polstrukturiranega intervjuja pridobiti primarne informacije, kako trženjsko komuniciranje poteka v praksi, kaj so plusi in minusi, ter kaj pričakujejo v prihodnosti. Raziskavo bom izvedla na primeru inovativnega farmacevtskega podjetja Novartis, ki ima podružnico tudi v Sloveniji. Za boljšo predstavbo najprej sledi predstavitev Novartisa, nato pa analiza intervjujev z zaposlenima o trženjskem komuniciranju v EU in ZDA, ter na koncu še analiza intervjuja s predstavnico regulative v Novartisu Slovenija, z namenom boljšega razumevanja omejitev trženjskega komuniciranja.

Za raziskavo trženjskega komuniciranja sem izbrala polstrukturirani intervju, saj sem za intervjuvance pripravila nekaj istih osnovnih vprašanj, nato pa sem ob prejetih odgovorih pri vsakem intervjuju postavila nova vprašanja glede na prejete informacije. Ta vrsta intervjuja je za mojo raziskavo najbolj primerna, saj so izhodiščna vprašanja ista pri vseh intervjuvancih, ker pa sta si Evropski in Ameriški sistem tako različna, so prejete informacije vodile k različnim vprašanjem v nadaljevanju.

4.1 Predstavitev Novartisa

Novartis je nastal leta 1996 z združitvijo Ciba-Geigyja in Sandoza v Baslu. Novartis in njegova predhodna podjetja delujejo že več kot 250 let in imajo bogato zgodovino razvoja inovativnih izdelkov. Od začetkov v proizvodnji barvil za sintetične tkanine so se podjetja, ki so sčasoma postala Novartis, preusmerila na proizvodnjo kemikalij in na koncu zdravil. Ta podjetja imajo eno skupno značilnost, ki je strast do razvoja in trženja novih izdelkov, ki prispevajo k človeškemu napredku z napredkom znanosti in zdravja. Na današnji osnovi Novartis svojo inovacijsko moč osredotoča na reševanje nezadovoljenih potreb pacientov po vsem svetu (Novartis, brez datuma).

V Novartisu na novo intepretirajo medicino, da bi izboljšali in podaljšali življenja ljudi. Za reševanje nekaterih najbolj zahtevnih zdravstvenih vprašanj v družbi uporabljajo inovativno znanost in tehnologijo. Odkrivajo in razvijajo prebojne načine zdravljenja in iščejo nove

načine, kako jih dostaviti čim širši populaciji. Njihov namen je tudi nagrajevanje tistih, ki v podjetje vlagajo svoj denar, čas in ideje.

Sektor za inovativna zdravila ima dve poslovni enoti: Novartis onkologija, ki se osredotoča na patentirano zdravljenje različnih vrst raka in redkih bolezni in Novartis Pharmaceuticals, ki se osredotoča na patentirano zdravljenje na več bolezenskih področjih, da bi izboljšali zdravstvene rezultate za paciente in ponudili rešitve izvajalcem zdravstvenih storitev. Njihovi izdelki se nanašajo na večino glavnih bolezni in se prodajajo v približno 155 državah po vsem svetu. Njihovi proizvodni obrati so v letu 2019 proizvedli 72 milijard terapij (Novartis, brez datuma).

Leto 2019 je bilo za Novartis zelo uspešno. Lansiranje novih produktov skupaj z discipliniranim fokusom na stroške in operativno učinkovitost, so pomagali povečati prodajo, poslovni dohodek in stopnjo dobička iz poslovanja. V podjetju menijo, da so sposobni nadaljevati svojo rast, s tem ko sledijo svojemu cilju spodbujanja znanstvenih medicinskih inovacij. Še naprej si prizadevajo za doseganje poslovne odličnosti v vseh oddelkih in funkcijah. Nenehno racionalizirajo poslovne storitve in proizvodne platforme. Uvajajo tudi inovativne digitalne tehnologije v podporo raziskavam, razvoju in proizvodnim procesom. Ker se digitalizacija poslovanja hitro krepi, prav tako sprejemajo ukrepe za zmanjšanje kibernetškega tveganja in varovanje podatkov pacientov (Novartis, brez datuma).

Kot vodilni v svetovnem zdravstvu si prizadevajo za vrhunski medicinski razvoj. Njihovi nedavni premiki na področju genske terapije, radioligandne terapije in digitalnega zdravja odražajo njihov vodilni položaj pri znanstvenih odkritjih. Za razvoj prebojnih terapij, ki lahko pomagajo spremeniti prakso medicine, nameravajo pritegniti najboljše talente v industriji, sodelovati z vodilnimi tehnološkimi partnerji in krepiti ter razširiti platformo visokotehnološke terapije (Novartis, 2020).

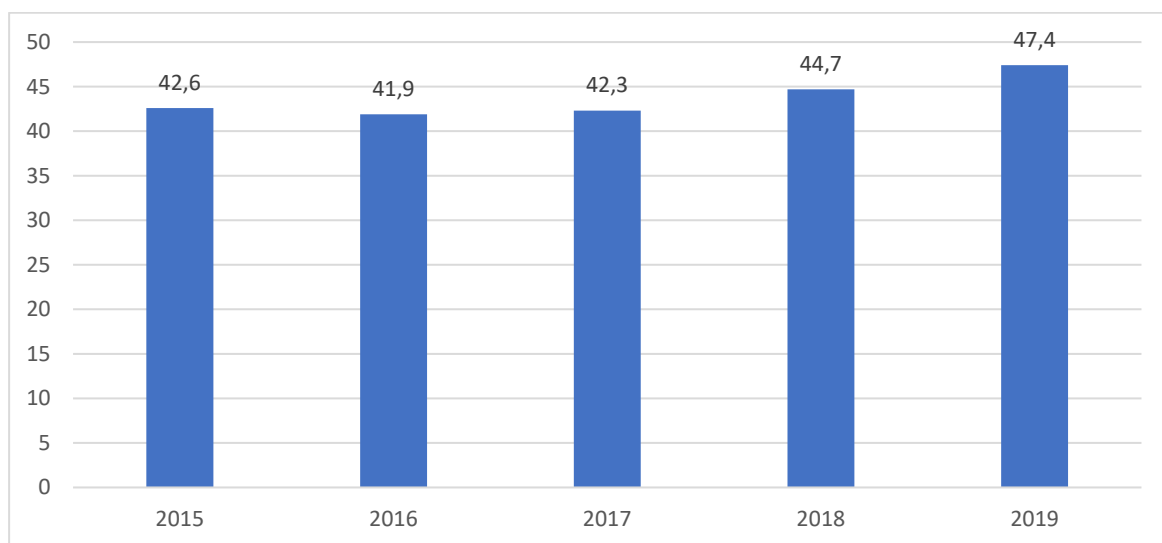
Postavili so jasne okoljske, družbene in upravljalne cilje. Z namenom doseganja najvišjih mednarodnih okoljskih standardov želijo doseči nevtralnost ogljika do leta 2025, nevtralnost plastike in vode pa do leta 2030, ter vzpostaviti postopke za zmanjšanje ogljičnega odtisa njihove dobavne verige. Čeprav jih čaka še veliko dela, si prizadevajo za izboljšanje standardov integritete kot del širše kulturne preobrazbe. S ciljem okrepitve okvira upravljanja, oddelek za etiko, tveganje in skladnost razvija etični kodeks, ki temelji na načelih, ki bi podprli zaposlene pri krmarjenju po vse bolj zapleteni krajini zdravstvene oskrbe in obvladovanju povezanih tveganj. Upravni in izvršni odbor sta v celoti zavezana k nadaljnjemu izboljševanju načel poslovne etike, da postanejo eden najbolj zaupanja vrednih partnerjev v zdravstveni dejavnosti (Novartis, 2020).

Vedno bolj so prepoznani kot vodilni v svoji panogi pri vključevanju podatkovne znanosti in digitalnih tehnologij v vse vidike dela - od odkrivanja novih zdravil v laboratoriju, do izboljšanja proizvodne učinkovitosti in učinkovitejšega služenja strankam. Napredujejo pri

12 velikih projektih za uvajanje ključnih digitalnih tehnologij in analitike podatkov v velikem obsegu in sodelujejo z drugimi podjetji, da bi pospešili prizadevanja na področjih kot je umetna inteligenca (Novartis, 2020).

Na sliki 8 lahko vidimo precej stabilno neto prodajo skozi zadnjih 10 let. Izpolnjevanje strategije je rezultiralo v finančni uspešnosti tudi v letu 2019. Trdnost ključnih izdelkov jim je pomagala doseči 47,4 milijarde \$ neto prodaje, kar je 9 % več, merjeno v stalnih valutah. Njihov osnovni poslovni dohodek se je povečal za 17 % na 14,1 milijarde \$ in povečal osnovno maržo za 1,9 % (Statista, 2020).

Slika 8: Novartis neto prodaja v milijardah \$



Vir: Statista (2020).

4.2 Metodologija raziskave

Kvalitativne raziskave se ukvarjajo z naravo, razlago in razumevanjem pojavov. Za razliko od kvantitativnih podatkov se kvalitativni podatki ne merijo z vidika pogostosti ali količine, temveč se preučujejo glede poglobljenih pomenov in procesov. Intervjuji se pogosto uporabljajo kot orodje za zbiranje podatkov v kvalitativnih raziskavah. Običajno se uporabljajo kot raziskovalna strategija za zbiranje informacij o izkušnjah, pogledih in prepričanjih udeležencev glede določenega raziskovalnega vprašanja ali zanimivega pojava.

Intervjuji so prilagodljiva in uporabna metoda zbiranja podatkov in so še posebej primerni za zbiranje informacij o izkušnjah, prepričanjih in vedenju udeležencev. Intervju olajša zbiranje velikih količin poglobljenih podatkov in ima prednost v prilagodljivosti strukture razgovora, slaba stran pa je, da je to lahko draga in dolgotrajna metoda zbiranja in analize podatkov. Ločimo tri vrste intervjujev po stopnji strukturiranosti in sicer strukturirani, polstrukturirani in nestrukturirani (Ryan, Coughlan & Cronin, 2009).

Strukturirani intervjuji so pravzaprav ustno izvedeni vprašalniki, ki imajo seznam vnaprej določenih vprašanj, z možnostjo malo ali nič sprememb in brez možnosti za nadaljnja vprašanja vezana na prejete odgovore. Anketarji postavljajo enaka natančno zastavljena vprašanja intervjuvancem v istem vrstnem redu. Ta oblika razgovora temelji na predpostavki, da bodo odgovori na vprašanja primerljivi. Posledično so relativno hitri in enostavni za uporabo in morda posebno koristni, če je potrebno razjasniti nekatera vprašanja ali če obstajajo težave s pismenostjo anketirancev. Vendar pa zaradi svoje narave dopuščajo le omejene odzive udeležencev in so zato manj koristni, če je potrebna globina pridobljenih informacij. Strukturirani intervjuji ustvarjajo pretežno kvantitativne podatke, lahko pa vključujejo tudi nekatera kvalitativna vprašanja (Ryan, Coughlan & Cronin, 2009).

Polstrukturirani intervjuji ponujajo prožnejši pristop k procesu razgovora. Čeprav lahko uporabljajo načrt pogovora za vnaprej določene teme, omogočajo nepričakovane odgovore in težave, ki se pojavijo z uporabo odprtih vprašanj. Prilagodljivost polstrukturiranega intervjuja omogoča anketarju, da se loti manj strukturiranih vprašanj, poleg tega pa omogoča raziskovanje spontanih vprašanj, ki se pojavijo po prejetih odgovorih. Zato se vprašanja preučujejo z individualističnega vidika (Ryan, Coughlan & Cronin, 2009).

Izpraševalec pripravi tematsko rdečo nit, da deluje kot okvir, ki vodi postopek pogovora in odraža osebne izkušnje sogovornika glede obravnavane teme. To olajša zbiranje bogatejših in bolj različnih podatkov od tistih, ki jih dobimo s formalno strukturiranimi načrtovanimi vprašanji. Tak intervju se izvaja samo enkrat, ponavadi traja od 30 do 100 minut. Pisni zapiski med intervjujem so razmeroma nezanesljivi in lahko rezultirajo v izgubi ključnih informacij. Posnetek intervjuja zato olajša raziskovanje, da se anketiranec lahko osredotoči na vsebino intervjuja in s kasnejšim predvajanjem posnetka omogoči dobesedni prepis intervjuja (Ryan, Coughlan & Cronin, 2009).

Nestrukturirani intervjuji ne vključujejo posebnega okvirja za pogovor. Med nestrukturiranim intervjujem se anketar in sogovornik pogovarjata o določeni temi kot odgovorjanje na postavljena široka, odprta vprašanja. Na vprašanja ni nobenega določenega odgovora in intervju sledi smeri udeležencevih odgovorov. Ta vrsta razgovora ni vnaprej strukturirana, običajno vsebuje teme in ne konkretnih vprašanj. Nestrukturirani intervjuji so običajno zelo zamudni, pogosto trajajo več ur in so lahko težavni za izvajanje ob pomanjkanju vnaprej določenih vprašanj za pogovor. Njihova uporaba se zato na splošno upošteva le, kadar je potrebna velika globina, ali kjer je področje tako rekoč popolnoma neraziskano. V ta namen se lahko opravijo nestrukturirani razgovori, ki na primer dopolnjujejo opažanja na terenu (Ryan, Coughlan & Cronin, 2009).

Glede na zgornje definicije sem za svojo raziskavo uporabila kvalitativno raziskovalno metodo, polstrukturirani intervju, ki je najprimernejša raziskovalna strategija za zbiranje informacij o izkušnjah, pogledih in prepričanjih udeležencev glede določenega raziskovalnega vprašanja. Kot je za izvedbo le- tega priporočljivo, sem ga izvajala z enim sogovorcem naenkrat, intervju sem z namenom boljšega sledenja prejetih informacij

posnela, trajali pa so v povprečju 45 minut. V spodnji tabeli so prikazani podatki o intervjujih.

Tabela 2: Lastnosti intervjujev

Lastosti intervjujev			
Intervjuvanec	Vesna Šimek	Roland Kreissig	Tanja Tušek
Starost	40-50 let	40-50 let	40-50 let
Država	Slovenija	ZDA	Slovenija
Delovno mesto	Trženje	Trženje	Regulativa
Podjetje	Novartis	Novartis	Novartis
Dolžina intervjuja	50 minut	45min	40min
Način intervjuvanja	Video klic (MS Teams)	Video klic (MS Teams)	Video klic (MS Teams)
Datum intervjuja	16.4.2020	14.4.2020	28.4.2020
Tema intervjuja	Analiza trženjskega komuniciranja onkoloških zdravil Novartisa v Sloveniji	Analiza trženjskega komuniciranja onkoloških zdravil Novartisa v ZDA	Vplivi zakona in smernic, ki zajemajo kakovost, varnost in učinkovitost, pa tudi stališča in zahteve zdravstvenih organov na trženjsko komuniciranje

Vir: lastno delo.

4.3 Analiza intervjuja o trženjskem komuniciranju onkoloških zdravil Novartisa v Sloveniji

Za analizo trženjskega komuniciranja onkoloških zdravil v EU in Sloveniji sem izvedla polstrukturirani intervju z Vesno Šimek, ki je vodja ekipe za trženje na onkologiji v Novartisovi podružnici v Sloveniji. V farmacevtski industriji ima na področju trženja bogate večletne izkušnje, kar je pomemben dejavnik, ki zagotavlja visoko kakovost prejetih odgovorov. Intervju je potekal preko video klica na MS Teamsih, za boljšo obdelavo podatkov sem video klic snemala.

Na začetku intervjuja sem želela preveriti kako so se pri trženju onkoloških zdravil, ki se izdajajo na recept, prilagodili zakonskim predpisom, ki dovoljujejo oglaševanje le strokovni javnosti, ter ali obstaja tudi pri njih interes, tako kot v nekaterih drugih državah v EU, da se prepoved oglaševanja širši javnosti odstrani. Sogovornica je odgovorila, da so zakonske omejitve sprejeli in poskušajo izkoristiti vse možnosti trženjskega komuniciranja, ki so jim na voljo. Da se z možnostmi odstranitve prepovedi direktnega oglaševanja uporabnikom ne ukvarjajo. Prav tako meni, da v onkološki panogi direktno oglaševanje uporabnikom ni kaj dosti smiselno, saj gre za težke bolezni, o katerih pacienti večinoma ne vedo dovolj, da bi lahko ob seznanitvi z možnostmi zdravljenja sami presodili, katero je za njih najprimernejše.

Zaradi nejasnih smernic, se tolmačenje pravilnikov sčasoma spreminja, tako so nedolgo nazaj prepovedali tudi večino podpornih programov za paciente. Le- ti pa se farmacevtskemu podjetju zdijo zelo pomembni, saj pacientom omogočajo lažje sledenje predpisani terapiji. Primer je podporni program za paciente, ki je deloval nekaj let, letos pa so ga po ponovni ocenitvi prepovedali, saj naj bi zaradi olajšane aplikacije zdravila spodbujal k večji uporabi zdravila in se tako štel kot oglaševanje končnemu uporabniku.

Glavna razlika pri trženjskem komuniciranju med EU in ZDA je direktno oglaševanje uporabnikom, ki je dovoljeno v ZDA, v EU pa prepovedano. Vesno Šimek sem vprašala ali misli, da bi bilo po zgledu ZDA oglaševanje onkoloških zdravil potrebno razširiti tudi na širšo javnost. »Z idejo se ne strinjam, menim, da bi bila zmeda prevelika in bi lahko prav kmalu videli negativne posledice direktnega oglaševanja uporabniku. Trenutno je širša javnost navajena na količino informacij, ki so jim dostopne. Če se želijo pacienti, ponavadi predvsem mlajši, pozanimati o vseh možnostih, ki so jim na voljo za zdravljenje njihove bolezni, lahko najdejo na internetu ogromno informacij. Slaba stran interneta je, da se tam nahajajo tudi informacije, ki niso prečiščene in lahko pacienta zavedejo. Če bi bili širši javnosti kar naenkrat dostopni vsi promocijski materiali onkoloških zdravil, bi verjetno hitro nastala zmeda, ker bi pacienti mislili, da jim pripada vse kar je na voljo in si sami določili terapijo, kar bi rezultiralo v povečanem pritisku na zdravnike ter manjše zaupanje v odnosu.«

Velikokrat se pacienti pritožujejo, da ob diagnozi ne prejmejo dovolj informacij o bolezni in vseh možnostih zdravljenja. Sogovornico sem vprašala ali se strinja s tem, da bi pacienti potrebovali več informacij. Meni, da so pacientom, ki informacije potrebujejo, le- te na voljo. »Obstaja veliko društev pacientov, ki imajo za razliko od interneta, pravilne in preverjene informacije. Ob sami diagnozi bolezni prejmejo od lečečega zdravnika vse potrebne informacije, ki pa morda niso podane na najbolj sentimentalni način. Zato se lahko pacienti vedno obrnejo na medicinske sestre, ki imajo dovolj informacij in izkušenj z emocionalnim podajanjem informacij. Problem je le, da so medicinske sestre večinoma preobremenjene in zato nimajo časa, da bi vsakemu pacientu posvetile toliko časa, kolikor bi ga le- ta potreboval.«

Zanimalo me je tudi, ali zdravniki pri predpisovanju zdravil upoštevajo finančni vidik, ter v primeru primerljivih zdravil predpišejo cenejšega. Trditev drži. Če sta dve zdravili primerljivi, se zdravnik odloči za cenejšega, saj želi na ta način pozitivno vplivati na finančno učinkovitost zdravstvenega sistema. Ne obstaja pa prepoved, ki bi zdravnikom omejevala predpisovanje dražjega primerljivega zdravila, če je na primer aplikacija zdravila za pacienta bolj primerna. V primeru generikov, zdravnik pacientu na recept predpiše samo zdravilno učinkovino, nato pa se farmacevt v lekarni odloči, kateri generik bo pacient dobil, glede na trenutno ceno in raspoložljivost zdravila, v takem primeru se ponavadi izda najcenejše zdravilo.

Ko je pacientu diagnosticirana bolezen, le- ta od zdravnika ne izve katera zdravila so ta trenutek na trgu za njegovo diagnozo na voljo. Zdravnik se sam odloči katero bi bilo za

pacienta najbolj primerno. V primeru dveh popolnoma primerljivih zdravil z edino razliko v aplikaciji zdravila, lahko pacienta vpraša v kakšni obliki bi terapijo raje prejel (npr. injekcija ali tableta). Skratka pacient ni v vlogi, da bi sam odločal o tem katero zdravilo bi raje prejel, tako da s tega vidika, trženjsko oglaševanje direktno pacientom, ni smiselno.

Drugače je pri trženjskem komuniciranju, katerega cilj je ozaveščanje splošne javnosti o bolezni. To se trženjskemu oddelku v Novartisui zdi zelo pomembno. Zgodnje prepoznavanje bolezenskih simptomov je eden izmed ključnih dejavnikov pri uspešnosti zdravljenja bolezenskega stanja. Veliko pozornosti zato posvečajo kampanjam za ozaveščanje splošne javnosti o zgodnjem odkrivanju simptomov različnih vrst raka, ne da bi pri tem promovirali svoja zdravila.

Na vprašanje, kaj bi želeli spremeniti pri zakonskih omejitvah trženjskega komuniciranja je sogovornica izpostavila dve stvari. Prva stvar je bila, da bi administrativni postopki od ideje, ki jo imajo za nov način trženjskega komuniciranja (npr. mobilna aplikacija za paciente, ki že uporabljajo njihovo zdravilo, za lažje jemanje odmerkov in beleženje počutja), pa do odobritve, trajali manj časa. Pri lansiranju omenjene aplikacije za paciente, se je namreč samo administrativni postopek za registracijo aplikacije zavlekel na 2 leti, kar je rezultiralo v dvomu ali je zadeva sploh še vedno aktualna, medtem ko so vsi stroški za razvoj aplikacije že nastali. Zaradi takih neučinkovitih postopkov, se morda farmacevtska podjetja v prihodnje sploh ne bodo več odločala za vlaganje v razvoj novih orodij.

Druga stvar pa je ta, da bi bili omogočeni podporni programi pacientu. Na primer, da bi bilo dovoljeno dajanje brošur pacientu, s podatki o zdravilu, katerega mu je zdravnik že predpisal. S tem bi pacientu izboljšali izkušnjo z jemanjem zdravila. Ta trenutek je dovoljeno le, da farmacevtski predstavnik izroči zdravniku načrt za obladovanje tveganja za zdravilo in ta ga potem lahko posreduje naprej pacientu. Načrt za obladovanje tveganja pa je pravzaprav načrt minimiziranja potencialnih nevarnosti oz. neželenih učinkov pri jemanju zdravila, ki je precej podoben povzetku glavnih značilnosti zdravila, ki je priložen vsakemu zdravilu. Brošure o zdravilu bi bile uporabniku precej bolj prijazne za uporabo in bi omogočale lažje razumevanje terapije in jemanja odmerkov. Prav tako bi želeli pacientom ponuditi opomnike, kdaj morajo zdravilo vzeti, koledarčke, aplikacije, ipd. vendar je vse to prepovedano oz. zelo oteženo.

Na vprašanje, katero orodje trženjskega komuniciranja se ji zdi najbolj pomembno, je odgovorila, da definitivno osebna prodaja oz. osebni obiski zdravnikov. Ker pa je v zadnjem času farmacevtskih predstavnikov čedalje več, so zdravniki postali precej bolj zahtevni. Svojega dragocenega časa ne želijo namreč tratiti za poslušanje istih stvari, ki so jih slišali že nešteto krat in nimajo nobene dodane vrednosti. Zato je v Novartisovi trženjski ekipi zelo pomembno, da so predstavniki res dobro pripravljene in da vsak sestanek, ki ga dobijo z zdravnikom, izkoristijo kar se da maksimalno. Pomagajo si tudi z grafičnimi prikazi in zdravnikom nudijo vso podporo, ki jo le- ti potrebujejo ob predpisovanju njihovega zdravila.

Meni, da bo v prihodnje še vedno najpomembnejše orodje trženjskega komuniciranja osebna prodaja, saj le- ta najbolj neposredno vpliva na večje predpisovanje. Vsekakor pa so zelo pomembna tudi ostala orodja trženjskega komuniciranja. V farmacevtski industriji morajo biti še posebej dobro pokrita vsa orodja trženjskega komuniciranja, saj so na primer odnosi z javnostjo prav tako pomembni kot oglaševanje strokovni javnosti. Kar je za pričakovati pri osebni prodaji v prihodnosti je večja digitalizacija, kar pomeni, da se bodo nekatera srečanja odvijala digitalno preko video klicev. Prav tako se bodo virtualno izvajali tudi nekateri dogodki. To bo prihranilo precej dragocenega časa zdravnikov in pa finančnih sredstev farmacevtskih podjetij, saj ne bo potrebno organizirati dogodkov (prenočišča, prevozi, najem dvoran, opreme, catering, ipd.).

Vesno Šimek sem na koncu vprašala še na katerem trgu je po njenem mnenju trženjsko komuniciranje trenutno bolj učinkovito in kje bi, če bi lahko izbirala, raje delovala. »Če gledamo s strani pacientov, sem mnenja, da je za njih morda nekoliko bolj ugodna situacija v ZDA, saj imajo dostop do raznih podpornih programov, zloženk o zdravilih, aplikacijah ter prav tako lahko stopijo v kontakt s farmacevtskim podjetjem. Z vidika zdravnikov je po mojem mnenju boljša situacija v EU, saj imajo boljši odnos s pacientom, brez večjih pritiskov se sami odločajo katero terapijo bodo predpisali pacientu in prav tako imajo boljše pogoje za usklajevanje časa v ambulantni ter sestankov s farmacevtskimi predstavniki. Z vidika farmacevtske industrije je situacija precej deljena, osebno bi se verjetno odločila raje za EU, saj sem se za tovrsten način delovanja tudi izurila. Na našem trgu smo precej navajeni na dostop do zdravnikov in na sodelovanje z njimi, tako da se mi to zdi največja pomanjkljivost v ZDA.«

4.4 Analiza intervjuja o trženjskem komuniciranju onkoloških zdravil Novartisa v ZDA

Za analizo trženjskega komuniciranja onkoloških zdravil v ZDA sem izvedla polstrukturirani intervju z Rolandom Kreissigom iz Novartisa. Trenutno je direktor skupine držav centralne in vzhodne Evrope za onkologijo. V letih od 2008 pa do 2017 je zamenjal več različnih delavnih mest na področju trženja v Novartis onkologiji ZDA. Za analizo trženjskega komuniciranja v ZDA je tako idealen kandidat za intervjuvanje, saj ima bogate izkušnje s trženjem onkoloških zdravil tako v ZDA kot tudi v EU, zato bo lahko oba trga med seboj tudi primerjal. Intervju je potekal preko video klica na MS Teamsih, za boljšo obdelavo podatkov sem video klic snemala.

Največja razlika med trženjskim komuniciranjem v EU in ZDA je zagotovo direktno oglaševanje uporabniku, zato sem sogovornika za začetek vprašala kaj meni o direktnem oglaševanju uporabniku. »To je nekaj na kar so ljudje v ZDA že navajeni, prav tako pa je le-to smiselno, lahko bi rekli tudi nujno, saj se pacienti v ameriškem zdravstvenem sistemu soodločajo pri izbiri terapije skupaj z zdravnikom. Ravno zato je pomembno, da pacienti vedo, katera zdravila so na voljo.« V ZDA je za razliko od EU dostopnost do informacij

glede predpisovanja zdravil veliko večja. Farmacevtska podjetja imajo dostop do informacij o tem, koliko zdravil določen zdravnik predpiše. Tako si lahko predstavniki farmacevtskih podjetij natančno ogledajo pri katerem zdravniku imajo še neizkoriščene kapacitete in se fokusirajo nanj. »Pogosto se namreč povsod po svetu dogaja, da zdravniki farmacevtskim predstavnikom zatrjujejo, da predpisujejo njihovo zdravilo, podatki pa kažejo drugače, tako da imajo v ZDA farmacevtski predstavniki prednost, saj točno vedo kakšna je resnična situacija.«

Ker je zdravstveni sistem v ZDA zelo drugačen kot v EU, prihaja tudi do razlik v obnašanju zdravnikov. Za razliko od večine evropskih držav, morajo ameriški prebivalci kljub zavarovanju, del stroškov zdravljenja vedno doplačati. Zato je celoten odnos pacient-zdravnik na drugem nivoju, saj pacienti plačajo za njihovo storitev in zato želijo sodelovati pri odločanju zdravnika, lahko bi rekli, da nimajo tako zaupljivega odnosa do zdravnikov, kot smo to navajeni v EU. Pogosto se tudi dogaja, da ob nepravilni odločitvi zdravnika, pacienti le- tega tožijo. Zato se zdravnik vedno odloča skupaj s pacientom, ki ima na voljo ogromno informacij in če slednji želi določeno zdravilo, mu ga zdravnik tudi predpiše, čeprav bi morda sam izbral eno izmed drugih možnosti.

V ZDA je trženjsko komuniciranje veliko bolj digitalizirano. Na voljo imajo res veliko informacij in manj omejitev za trženjsko komuniciranje kot v EU. Vendar pa je pri njih različna organiziranost dela med farmacevtskimi predstavniki in medicinskimi strokovnjaki. Predstavniki imajo namreč precej restrikcij, katere informacije lahko delijo. Z zdravniki lahko delijo zgolj informacije, ki so zapisane na povzetku glavnih značilnosti zdravila, zato velike dodane vrednosti prodajni sestanki zdravnikom ne prinašajo.

Slaba stran pri osebni prodaji v ZDA je majhen dostop do onkologov. Farmacevtski predstavniki imajo dostop le do 60 % onkologov. Ostali niso na voljo za prodajne sestanke, saj ne želijo izgubljati časa v svojem delavniku. Plačani so glede na to, koliko pacientov pregledajo, tako da ne želijo opravljati prodajnih sestankov in na račun tega izgubiti 2-3 preglede pacientov. Ponavljam, od farmacevtskih predstavnikov lahko prejmejo zelo omejene informacije, zato se tudi s tega vidika zdravnikom ne zdi najbolj smiselno posvečati svoj čas tem sestankom, saj lahko vse te informacije dobijo na internetu.

Prav tako je pomembna razlika ta, da lahko v ZDA pacienti farmacevtsko podjetje kontaktirajo direktno. Če imajo vprašanja glede zdravila, se ne rabijo obrniti na zdravnika, ampak lahko neposredno stopijo v kontakt s farmacevtskim podjetjem. V tem primeru je pacient povezan z medicinskim svetovalcem, ki ima zelo široko znanje o bolezni in zdravilu in ponavadi o izkušnjah z zdravilom ve še več kot lečeči zdravnik. Vsekakor je to za pacienta dobra opcija. Ponavadi komunikacija med pacientom in farmacevtskim podjetjem poteka preko elektronske pošte. To je neka vrsta programa za podporo pacientom. Ker se je komunikacija preko elektronske pošte obnesla zelo učinkovito, nimajo potrebe po razvijanju drugih orodij komuniciranja, kot so na primer aplikacije za pametne telefone.

Kar se tiče direktnega oglaševanja uporabnikom preko televizije, ki je v ZDA precej razširjeno in farmacevtska podjetja vlagajo ogromno denarja v tovrstno oglaševanje, v onkologiji ni tako. Večina onkoloških zdravil je namreč za ozko skupino bolezenskega stanja, kar pomeni da so tudi ciljne skupine pacientov zelo majhne. Televizijski oglasi pa so primerni bolj za zdravila, ki ciljajo na široko populacijo. Sicer se je tudi Novartis v preteklosti že odločil za oglaševanje onkološkega zdravila po televiziji in sicer zdravilo za raka dojke, ki je bolj široko razširjen, vendar pa to ni praksa, saj je strošek res velik, rezultati oglaševanja pa niso primerljivi vložnemu denarju.

Med pozitivnimi učinki direktnega oglaševanja sem v 3. poglavju omenila tudi večjo ozaveščenost širše javnosti in hitrejšo prepoznavanje boleznih simptomov. Sogovornik je mnenja, da bi se glede tega dalo razpravljati. »Morda je med splošno populacijo večja ozaveščenost o boleznih, ker so v ZDA res močna društva pacientov. Imajo zelo veliko kvalitetnih informacij o boleznih in možnostih zdravljenja. Na splošno se v ZDA izvaja tudi zelo veliko testiranj za bolezenska stanja, zato se morda nekatere bolezni odkrijejo prej. Je pa res, da se kampanje za ozaveščenost o onkoloških boleznih večinoma ne izvajajo preko televizije, ampak v obliki kongresov, letakov, prireditev itd.. Tako da menim, da večja ozaveščenost populacije ni neposreden rezultat direktnega oglaševanja posameznikom.«

V prihodnosti je pričakovati še večjo preusmeritev komunikacijskih kanalov med zdravniki in prodajnimi farmacevtskimi zastopniki, k medicinskim svetovalcem farmacevtskih podjetij. Vrednost prodajnih farmacevtskih zastopnikov bo po vsej verjetnosti oslabela, ravno zaradi digitalizacije, podatkovnih baz in lažje dostopnosti do podatkov o zdravilih. Prodajni farmacevtski zastopniki bodo tako bolj v pomoč sprejemnim pisarnam od zdravnikov, pri administrativnih vprašanjih, ki se pojavljajo ob plačilnih shemah za zdravljenje. Zdravniki pa bodo v prihodnosti težili k pomoči medicinskih svetovalcev na zahtevo. Torej če bodo ob predpisovanju Novartisovega zdravila naleteli na dvom, bodo lahko kontaktirali Novartisovega medicinskega svetovalca za bolezen, ki jo zdravijo, in takoj dobili povraten odgovor, ki jim bo pomagal pri njihovi odločitvi, ali je pacient primeren za zdravljenje z določenim zdravilom.

Na vprašanje ali lahko po izkušnjah v trženjskem komuniciranju na obeh trgih presodi kateri sistem se mu zdi bolj učinkovit je odgovoril: »Enostavnega odgovora ni. Na obeh trgih so tako prednosti kot slabosti. V ZDA so plusi naslednji: zelo dobra dostopnost do informacij, digitalizacija, malo omejitev v trženjskem komuniciranju, možnost dostopa direktno do pacienta in obratno - pacient do farmacevtskega podjetja, dovoljeni programi za podporo pacientov. Medtem ko so v EU plusi: dostopnost do onkologov, večja moč farmacevtskih predstavnikov, večja svoboda pri predstavitvi podatkov zdravnikom, večje zaupanje med zdravnikom in pacientom.«

4.5 Analiza intervjuja s predstavnico regulative v Novartis Slovenija

Ker sta bila prva dva intervjuja izvedena s strokovnjakoma na trženjskem področju, sem tretji intervju izvedla s predstavnico regulative, ki ima na trženjsko komuniciranje drugačen pogled in na ta način dobila širšo sliko o obravnavani temi. Strokovnjaki za regulativne zadeve se ukvarjajo z okvirji farmacevtskega zakona in smernicami, ki zajemajo kakovost, varnost in učinkovitost, pa tudi stališča in zahteve zdravstvenih organov. Imajo velik vpliv na proces razvoja zdravil in njihov uspeh (Pharma IQ, brez datuma). Predstavnica regulative, Tanja Tušek, ima več kot 10 let delovnih izkušenj v Novartis Slovenija in ima ogromno znanja na podlagi pravnih okvirjev trženjskega komuniciranja. Polstrukturirani intervju sem s sogovornico izvedla prek video klica na MS Teams-ih.

Na začetku sem preverila kakšno je njeno mnenje o prepovedi oglaševanja zdravil na recept v EU, kar je najbolj bistvena razlika pri primerjanih trgih EU in ZDA. Strinja se, da javno oglaševanje zdravil ostaja prepovedano. »Že po definiciji se zdravila na recept lahko izdajajo le na recept zdravnika, ker je za odločitev o njihovi uporabi potrebno medicinsko znanje; torej znanje s področja patofiziologije (razumevanja bolezni), poznavanje vseh možnih načinov zdravljenja in mehanizmov delovanja različnih zdravil, primernosti posameznih zdravil za konkretnega bolnika (kontraindikacije), ustreznosti sočasnih zdravljenj... Vseh teh znanj večina bolnikov nima, torej ne morejo strokovno in neodvisno presoditi ali je določeno zdravilo za njih primerno.«

S tega vidika se ji javno oglaševanje zdravil na recept zdi problematično. Odpira možnost za manipulacijo z bolniki, ki bi na osnovi prepričljivega oglasa zahtevali določeno zdravljenje. Primeri takšne manipulacije so uporaba različnih "pripravkov", ki se jih oglašuje na internetu in posledice jemanja katerih so včasih tudi zelo škodljive (odpovedi jeter, ledvic, itd.).

Zelo pomembno se ji zdi, da se bolnikom omogoči dostop do preverjenih in uravnoteženih informacij o možnostih zdravljenja in dostopnih zdravilih. Bolniki imajo namreč pravico do sodelovanja pri odločitvah, ki se tičejo njihovega zdravja, za kar pa potrebujejo dostop do preverjenih in uravnoteženih informacij. Do določene mere so te informacije bolnikom že na voljo na spletnih straneh Evropske agencije za zdravila in drugih nacionalnih agencij oz. ustanov (so javno dostopne). Najboljša garancija, da bodo informacije res preverjene in uravnotežene se ji zdi prav to, da so na voljo na straneh neodvisnih strokovnih inštitucij. Vsekakor bi se lahko dostopnost do teh informacij izboljšala, sploh glede razpoložljivosti informacij v nacionalnih jezikih. Glede te zahteve se strinja z mnenjem EFPIA-e, ki želi izboljšanje dostopnosti informacij o zdravilih in zdravju v nacionalnih jezikih.

Trenutno je na spletu na voljo neomejeno informacij o boleznih, zdravljenjih in zdravilih. Pri bolnikih, večjih spletnega iskanja in tujih jezikov problem predstavlja to, kako najti preverjeno, neodvisno informacijo, podano na razumljiv način. Pri starejših bolnikih,

neveščih iskanja na spletu in angleškega jezika, pa je dostop do informacij slabši, zato bi bilo potrebno omogočiti dostop do informacij tudi za to skupino pacientov.

V predhodnem intervjuju z Vesno Šimek sem izvedela, da je za trženjsko komuniciranje velika ovira dolgotrajnost postopkov. Na primer, če želijo za paciente izdelati mobilno aplikacijo, se le ta šteje kot medicinski pripomoček in celoten proces, odobritve traja tudi do več let. Sogovornico sem povprašala o optimalnosti regulatornih postopkov, njeno mnenje je sledeče: »Namen zakonodaje je zagotoviti, da bodo aplikacije, ki bi jih uporabljali bolniki ali zdravniki poleg tega, da so učinkovite (zanesljive, natančne in ponovljive – odvisno od namena aplikacije), tudi varne. V skupino medicinskih pripomočkov se ne uvrščajo vse aplikacije, pač pa le tiste, ki bi lahko ob nepravilnem delovanju ogrozile zdravje. Zakonodaja se tudi na tem področju razvija v smeri poenotenja znotraj EU – postopek priglasitve je potrebno izvesti le v eni od držav EU in je nato veljaven za celotno EU. Je pa potrebno izvesti kar nekaj preizkusov za zadostitev pogojev za priglasitev, kar je finančno in časovno zahtevno. Kot že rečeno, je namen zagotovitev učinkovitosti in varnosti za bolnike.«

Dodatno zaostrovanje že tako strogih predpisov glede podpornih programov pripiše k zaskrbljenosti JAZMP, ker ti programi po njihovem mnenju spodbujajo k uporabi zdravila in se tako štejejo za oglaševanje zdravil na recept direktno bolnikom. » Agencija se sklicuje na to, da so potrebne storitve za bolnike že zagotovljene s strani javnega zdravstva in da je v primeru varnostne potrebe po takšnih programih to potrebno predlagati v okviru RMP, ki ga odobri Agencija. JAZMP izpostavlja tudi vidik varovanja osebnih podatkov. V zadnjem času se je JAZMP kot del izvajanja inšpekcijskih pregledov s področja farmakovigilance očitno odločila urediti tudi to področje in zavzela že omenjeno stališče.«

Tanja Tušek pričakuje, da bodo bolniki v prihodnosti vedno bolj vpeti v odločitve glede svojega zdravljenja in da bodo vedno bolj vpleteni že v postopkih razvoja in odobritve zdravil. V odnosu zdravnik-farmacevtsko podjetje pa meni, da bo tesno sodelovanje še vedno aktualno, z določenimi omejitvami glede dostopa do zdravnikov in medsebojno kontrolo med konkurenčnimi podjetji.

4.6 Primerjava obeh trgov in oris najučinkovitejše trženjske komunikacije

Po zaključenih intervjujih je sledila analiza in primerjava. Že na prvi pogled se lahko opazi, da so razlike med trženjskim komuniciranjem v EU in ZDA zelo velike, kar je zaradi povsem drugačnih zdravstvenih sistemov pričakovano. Ker je ameriški zdravstveni sistem profitno usmerjen, so tudi zakonske omejitve precej bolj mile in dopuščajo mnogo oblik trženjskega komuniciranja, zato je neposredno konkuriranje med farmacevtskimi podjetji precej bolj očitno kot pa v EU. Posledica profitno usmerjenega zdravstvenega sistema je tudi to, da zdravniki želijo čim bolj izkoristiti svoj čas, zato je velik delež onkologov za obiske farmacevtskih predstavnikov nedostopen. To je pomemben minus pri osebni prodaji v ZDA, otežen dostop do onkologov, ko pa jim že uspe dobiti termin za prodajni sestanek, so prav

tako farmacevtski predstavniki zelo omejeni, katere informacije lahko zdravniku sploh predstavijo.

Nadalje je prepoznana pomanjkljivost v EU velika omejenost pri podpornih programih za pacienta. Oba intervjuvanca z oddelka trženja sta bila mnenja, da so vse oblike podpornih programov za pacienta zelo pozitivne, saj pacientu izboljšajo uporabniško izkušnjo in prispevajo k pravilnemu jemanju zdravila. Na žalost pa je velika večina teh v EU prepovedanih. Na tem področju bi farmacevtska podjetja želela manj stroge predpise, saj menijo da tovrstni programi niso v sklopu oglaševanja in želje po večjem predpisovanju zdravila, temveč pomoč in podpora tistim pacientom, katerim je zdravnik že predpisal določeno zdravilo. Na drugi strani pa JAZMP zagovarja stališče, da lahko tovrstne pomoči pacientom pomenijo spodbujanje uporabe zdravila in se tako štejejo za oglaševanje zdravil na recept direktno bolnikom.

Kampanje za ozaveščanje splošne javnosti o boleznih so dovoljene tako v ZDA kot v EU. Na obeh trgih je na voljo veliko društev, ki nudijo podporo obolelim pacientom. Informacije tega vira so tudi najbolj kakovostne in zanesljive saj društva ponavadi sodelujejo z zdravniki in drugimi strokovnjaki. Ogromno informacij je dostopnih tudi na internetu, vendar moramo biti pri le- teh pozorni, saj niso vse informacije prečiščene. Če pa primerjamo na katerem trgu so informacije dostopnejše, je vseeno v prednosti ZDA, zaradi večje digitalizacije sistema in boljših podatkovnih baz na spletu.

Zaradi velike razlike v zdravstvenih sistemih je ključnega pomena za trženjsko komuniciranje tudi postopek predpisovanja zdravila. V ZDA, kjer je pacient soplačnik zdravila, tudi on soodloča pri izbiri zdravila, zato je direktno oglaševanje uporabniku toliko bolj pomembno. V EU pa se o terapiji odloča samo zdravnik, pacient lahko poda svoje mnenje zgolj, če sta dva popolnoma primerljiva zdravila, razlika pa je le v načinu apliciranja. V tem primeru lahko pacient odloči, katero zdravilo bi raje prejemal.

Po analizi obeh trgov sem skupaj z intervjuvancema poskušala opisati, kako bi izgledala najbolj učinkovita trženjska komunikacija. Seveda ta trenutek temu ni tako niti v ZDA niti v EU. Če pa uporabimo prednosti obeh trgov pa pridemo do idealnih razmer, ki omogočajo najbolj učinkovito trženjsko komuniciranje in vsebujejo naslednje komponente (v oklepajih zapisan trg, kjer to že poteka):

- Močna podatkovna baza, dostopna farmacevtskim predstavnikom. Farmacevtski predstavniki imajo vpogled v to, kaj vsak zdravnik predpiše in koliko pacientov se trenutno zdravi z določenim zdravilom. To je za farmacevtske predstavnike zelo pomembno, saj vedo kateri zdravniki ne predpisujejo njihovih zdravil in se posvetijo njim, da jim zdravilo približajo in tako povečajo prodajo. Medtem ko izmenjava zdravstvenih podatkov odpira nove priložnosti za odkrivanje novih terapevtskih procesov, ki temeljijo na podatkih, predstavlja tudi izziv za zdravstveni sistem, ki temelji na varstvu podatkov in nediskriminaciji. Ključen izziv v prihodnosti bo

premostiti vrzel med različnimi raziskovalnimi in inovacijskimi kulturami v informacijski in komunikacijski tehnologiji. (ZDA)

- Dostopnost do onkologov. Kljub temu, da precej literature govori o tem kako se fokus iz osebne prodaje obrača k drugim orodjem trženjskega komuniciranja, sem od obeh intervjuvancev izvedela, da je v praksi osebna prodaja še vedno najbolj pomembno orodje za povečevanje predpisovanja zdravil. Zato je zelo pomembno, da imajo farmacevtski predstavniki možnost, da se dogovorijo za osebni sestanek. Dober odnos z onkologi je bistvenega pomena za doseganje željenega tržnega deleža. (EU)
- Dovoljenje za podporne programe pacientom. Na ta način se bistveno poveča aderenza, ki označuje stopnjo do katere se bolnik drži predpisane terapije. Če se zdravljenje namreč ne izvaja tako kot je predpisano, lahko to bistveno vpliva na učinkovitost terapije. Eden izmed primerov podpornega programa pacientom je zloženska o zdravlilu, ki ima poenostavljeno zapisane lastnosti zdravila in način jemanja. Ponavadi imajo dodane še koledarčke oz. drugačne opomnike, s termini jemanja zdravil. Drug način podpornega programa za pacienta pa je lahko tudi olajšanje procesa zdravljenja, da farmacevtsko podjetje angažira zdravstveno osebje za zdravilo, ki potrebuje aplikacijo s strani zdravstvenih delavcev in ga pacient prejme na domu. (ZDA)
- Neposreden dostop pacientu. Zelo olajšane okoliščine so tudi, če je lahko farmacevtsko podjetje direktno v kontaktu s pacientom. Velikokrat pacient opazi kakšne neželene učinke, pozabi vzeti odmerek, ali pa želi samo preveriti nekatere lastnosti zdravila. Za odgovore na ta vprašanja imajo dostikrat več znanja medicinski svetovalci v farmacevtskem podjetju, saj imajo večletne izkušnje s študijami tega zdravila in lahko pacientu najhitreje zagotovijo vse informacije, ki ga zanimajo. Zato je direkten stik med pacientom in farmacevtskim podjetjem zelo dobrodošel. (ZDA)
- Močne kampanje za ozaveščanje o boleznih. Kampanje za ozaveščanje širše populacije o boleznih so zelo pomembne, saj večinoma ljudi spodbujajo k zgodnjemu odkrivanju simptomov bolezni. Če so ljudje bolj ozaveščeni in bolje prepoznavajo simptome bolezni, se prej odpravijo k zdravniku in z zgodnjim odkritjem bolezni bistveno izboljšajo možnosti uspešne ozdravitve. (EU in ZDA)

Tabela 3: 5 ključnih dejavnikov za najbolj učinkovito trženjsko komuniciranje glede na trg

5 ključnih dejavnikov za najbolj učinkovito trženjsko komunikacijo glede na trg	EU	ZDA
Dostopnost podatkov o predpisovanju zdravil	<ul style="list-style-type: none"> -Slabša -Farmacevtski predstavniki imajo dostop do podatkovnih baz kjer lahko vidijo količino prodaje, ne pa tudi kdo je zdravilo predpisal 	<ul style="list-style-type: none"> -Zelo dobra -Močne podatkovne baze, kjer lahko farmacevtski predstavniki natančno vidijo kaj predpisujejo zdravniki
Dostopnost do onkologov	<ul style="list-style-type: none"> -Dobra -Farmacevtski predstavniki imajo skoraj neoviran dostop do onkologov in lahko vzdržujejo dober odnos 	<ul style="list-style-type: none"> -Slabša -Kar 40 % onkologov farmacevtskih predstavnikov ne želi sprejemati, saj želijo kar najbolje izkoristiti svoj čas v ordinaciji
Podporni programi pacientom	<ul style="list-style-type: none"> -Precej omejeni -Farmavtska podjetja so na področju podpornih programov zelo omejena, saj je evropska zakonodaja nejasna in dopušča različne interpretacije, kar v nekaterih primerih vodi tudi k morebitnemu oglaševanju splošni javnosti 	<ul style="list-style-type: none"> -Manj omejeni -Farmacevtska podjetja imajo proste roke, saj so z vidika dovoljenega direktnega oglaševanja zdravil na recept, dovoljeni tudi vsi podporni programi za paciente
Kontakt pacient-farmacevtsko podjetje	<ul style="list-style-type: none"> -Prepovedan 	<ul style="list-style-type: none"> -Dovoljen -Trenutno že poteka v manjši meri, pacient lahko pusti svoj elektronski naslov za primer komunikacije med njim in farmacevtskim podjetjem. V prihodnosti se bo kontakt med pacientom in medicinskim svetovalcem v farmacevtskem podjetju še bolj okrepil
Kampanje za ozaveščanje o boleznih	<ul style="list-style-type: none"> -Pogoste -Namenjene izključno ozaveščanju o bolezenskih stanjih 	<ul style="list-style-type: none"> -Zelo pogoste -Ozaveščajo o bolezenskih stanjih, večinoma jih potem povežejo tudi s promoviranim zdravilom

Vir: lastno delo.

Po narejeni analizi so moja priporočila deležnikom trženjskega komuniciranja onkoloških zdravil v ZDA in EU sledeča: Prepričali smo se, da ima pretirano direktno oglaševanje zdravil na recept končnim uporabnikom tudi precej negativnih učinkov. Za zaščito javnega zdravja menim, da bi morali tudi v ZDA nekoliko bolj omejiti predpise kar se tiče direktnega oglaševanja zdravil na recept, po zgledu EU. Seveda je v ZDA oglaševanje zdravil na recept še naprej smiselno, zaradi neposredne vključenosti pacientov v izbiro zdravljenja, vendar pa bi moralo le- to biti bolj regulirano in se usmeriti bolj v pomoč pacientom, za lažjo in bolj varno uporabo zdravila (podporne programe pacientom).

Farmacevtska podjetja v ZDA bodo morala postopoma prilagoditi svoj model trženjskega komuniciranja in zmanjšati število farmacevtskih predstavnikov, saj bo potreba po njih zaradi digitalizacije še toliko manjša. Vse informacije, ki jih je farmacevtski predstavnik v ZDA namreč avtoriziran podati zdravniku, lahko najdejo zdravniki sami z nekaj kliki na spletnih portalih. Povečati bi morali število medicinskih svetovalcev, saj se krepi direktni kontakt med zdravnikom in medicinskim svetovalcem, ter prav tako med pacientom in medicinskim svetovalcem.

V EU sem prišla do ravno obratnih ugotovitev. Zaradi zakonsko določene prepovedi oglaševanja zdravil na recept širši javnosti, je prepovedan vsakršen dobronamereni pristop farmacevtskih podjetij k pacientu. Tako se ukinjajo programi za podporo pacientov, saj se lahko tolmačijo kot spodbujanje jemanja zdravil in direktno oglaševanje uporabnikom. Pravzaprav pa želijo farmacevtska podjetja olajšati jemanje zdravila, ki je bilo pacientu že predpisano s strani zdravnika oz. povečati adherenco.

Menim, da bi se moral oddelek regulative v farmacevtskih podjetjih poskušati pogovoriti z agencijo za zdravila in jim predstaviti vse pozitivne lastnosti, ki jih podporni programi pacientom prinašajo in sodelovati pri preoblikovanju zakona in smernic. Prav tako bi morala farmacevtska podjetja v EU med seboj sodelovati in omogočiti dostop do informacij o boleznih in zdravilih v vseh državah v nacionalnem jeziku in na ta način omogočiti dostop do informacij tudi ljudem, ki ne znajo angleškega jezika.

Tabela 4: Priporočila deležnikom trženjskega komuniciranja

Priporočila deležnikom trženjskega komuniciranja	EU	ZDA
Farmacevtski predstavniki	Še naprej glavna vez med farmacevtskim podjetjem in zdravnikom. Potrebno ohranjati dobre odnose, saj direkten odnos med pacientom in farmacevtskim podjetjem ni mogoč.	Večja osredotočenost na pomoč administrativnim pisarnam, ki svetujejo pacientom glede plačila zdravljenja. Večji pomen medicinskih svetovalcev iz farmacevtskih podjetij, ki imajo več pristojnosti pri sodelovanju z zdravnikom.
Zdravniki	Pri izbirnem postopku zdravljenja vključiti tudi paciente na njihovo željo, še naprej tesno sodelovati s farmacevtskimi predstavniki, saj na ta način dosežejo največ za paciente. Prilagoditi se digitalizaciji zdravstvenega sistema.	Poskušati izboljšati zaupanje v odnosu s pacientom. Spodbujati direkten kontakt med pacientom in farmacevtskim podjetjem, saj sami morda nimajo na voljo dovolj časa za odgovore na vsa vprašanja glede zdravljenja.
Regulativa	Sodelovanje z agencijo za zdravila, predstaviti je potrebno vse pozitivne lastnosti, ki jih podporni programi pacientom prinašajo in sodelovati pri preoblikovanju zakona in smernic za izboljšanje možnosti pomoči pacientom.	Omejiti možnosti direktnega oglaševanja, preusmeriti fokus od oglaševanja k podpornim programom za paciente.

Vir: lastno delo.

4.7 Omejitve naloge in priporočila za nadaljnje raziskave

Pri magistrski nalogi sem imala naslednje omejitve: V praktičnem delu sem bila omejena na vidik enega farmacevtskega podjetja, Novartis. Odločila sem se, da raziskavo naredim z vidika Novartisa, saj je osnovni raziskovalni problem primerjava trženjskega komuniciranja onkoloških zdravil v EU in ZDA. Ker je Novartis eno izmed vodilnih podjetij za razvoj in prodajo onkoloških zdravil na obeh trgih, se mi je zdelo najbolj smiselno raziskati njihov pogled na raziskovano temo.

Ker so tako Novartis, kot tudi ostala podjetja v panogi, omejena pri trženjskem komuniciranju z zakoni, bi bili odgovori tudi pri ostalih konkurenčnih podjetjih verjetno precej podobni. Za analizo na obeh trgih sem izbrala strokovnjaka na raziskovanem področju z dolgoletnimi izkušnjami, ki zelo dobro poznata razmere na trgu in probleme s katerimi se vsakodnevno srečujejo farmacevtski predstavniki.

Priložnost za nadaljnjo raziskavo o izbrani temi vidim v analizi spremembe trženjskega komuniciranja po epidemiji Covid-19. Zelo zanimivo bi bilo analizirati različne učinke na trženjsko komuniciranje, ki jih bo prinesla trenutna epidemija. Menim namreč, da bo kriza zelo pospešila digitalizacijo zdravstvenega sistema, ker pa je zdravstveni sistem v ZDA trenutno veliko bolj napreden v tem smislu, bo zanimivo videti, ali ga bo EU dohitela ali morda celo prehitela na področju digitalizacije zdravstva. Vsekakor se bo trženjsko komuniciranje na obeh trgih precej spremenilo.

SKLEP

V prvem poglavju magistrske naloge je zajeta osnovna predstavitev trženjskega komuniciranja, ki sem jo opredelila kot kombinacijo elementov, aktivnosti in tehnik, ki jih organizacija implementira, da bi se povezala s ciljnim trgom in ga prepričala v določena dejanja ali odzive, kot so nakup izdelka, koriščenje storitve ali sprejetje ideje. Ključna orodja trženjskega komuniciranja vključujejo oglaševanje, odnose z javnostjo, neposredno trženje, osebno prodajo ter pospeševanje prodaje. Ker je farmacevtska industrija visoko regulirana, imajo vsa našeta orodja trženjskega komuniciranja precej posebnosti.

Mnenje strokovnjakov je, da kvalitetno in odgovorno trženje zdravil omogoča pravočasno informiranje zdravnikov in lekarnarjev o vseh učinkih določenega zdravila, kar eventualno prispeva k boljšemu in učinkovitejšemu zdravljenju z manj stranskih učinkov. Na ta način ima trženje v farmacevtski industriji veliko družbeno vlogo, saj vpliva na boljše pogoje zdravljenja, zaradi česar se na dolgi rok zmanjšujejo skupni stroški zdravstvenih ustanov.

Vrsto let so se farmacevtska podjetja odločala, koliko so vredni njihovi produkti in jim na podlagi te ocene določila ceno. Danes pa oblikovalci zdravstvene politike, plačniki in društva pacientov igrajo pomembno vlogo v procesu vrednotenja zdravil. Stroški povezani z onkologijo segajo mnogo dlje kot zgolj do proizvodnih stroškov zdravil. Vključiti je potrebno tudi stroške diagnosticiranja, operacij, hospitalizacije ter paliativne doživljenske oskrbe. V letih 2015-2020 naj bi stroški onkologije narastli za kar 53 %, poročana učinkovitost zdravljenja med vsemi vrstami raka pa je le 25 %. Tako nizka učinkovitost ob visokih stroških zdravljenja, predstavlja znatne izgube v zdravstvenem sistemu, kar sili plačnike, da spremenijo sistem plačevanja.

Prvo poglavje sem zaključila z napovedjo prihodnosti v farmacevtski industriji, ki pravi, da naj bi bili zdravstveni sistemi do leta 2030 osredotočeni na pacienta, ki bo opolnomočen, da sam prepreči bolezensko stanje, namesto da išče pomoč za zdravljenje pri zdravniku. Le-to bo omogočeno z digitaliziranim, personaliziranim in preventivnim zdravstvenim sistemom. Potrebno bo okrepiti kompetence v sodobni bioinformatiki in analitiki podatkov pri izobraževanju zdravnikov, zdravstvenih delavcev in raziskovalcev v procesu vseživljenjskega učenja.

Sledi drugo poglavje, ki predstavlja analizo trženjskega komuniciranja v EU in natančneje v Sloveniji. Najprej sem analizirala zdravstveni sistem v Sloveniji, da lahko razumemo obnašanje ključnih akterjev. Le- ta je povsem drugačen od primerjanega v ZDA, saj se v Sloveniji izvaja sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja z enim samim plačnikom, to je neodvisni ZZS. Ta sistem zagotavlja storitve skoraj za vse. Večina Slovencev doplačila krije s prostovoljnim dodatnim zdravstvenim zavarovanjem. Posledično direktnega plačila za zdravstvene storitve oz. zdravila skorajda ni.

Skladno z EU priporočili poteka regulacija cen zdravil v Sloveniji le za zdravila, ki so financirana iz javnih sredstev. S sistemom zunanje primerjave cen zdravil se v Sloveniji določajo najvišje dovoljene cene zdravil, pri tem se upoštevajo cene zdravil v treh referenčnih državah, in sicer v Nemčiji, Franciji in Avstriji. V skladu s Pravilnikom o določanju cen zdravil, se cene zdravil usklajujejo dvakrat letno, in sicer morajo proizvajalci za spremembo cene vložiti vlogo v obdobju 6 mesecev na Javno agencijo RS za zdravila in medicinske pripomočke.

V 87. členu ZZdr-2 so navedena pravila oglaševanja zdravil širši javnosti. Člen pravi, da je v širši javnosti dovoljeno oglaševati le zdravila, ki se izdajajo brez recepta, prepovedano pa je oglaševati zdravila, ki se izdajajo le na recept. Slednja omejitev je za trženjsko komuniciranje v Sloveniji bistvenega pomena, saj prepoveduje stik med farmacevtskim podjetjem in pacientom. Na to temo je bilo v EU že zelo veliko debat, saj trenutne zakonske omejitve v nekaterih državah članicah prepovedujejo podjetjem, da javnosti podajajo osnovne in zakonsko odobrene informacije o njihovih zdravilih.

Želijo si, da bi imela farmacevtska industrija pravico oskrbe z nepromocijskimi, visoko kvalitetnimi informacijami o bolezni. Oglaševanje zdravil na recept pa bi ostalo v okvirjih trenutne zakonodaje. Narobe je sklepati, da so vse informacije, ki prihajajo s strani podjetja, promocijske narave. Podjetja želijo izboljšati varnost in učinkovitost uporabe njihovih zdravil v korist pacientu. Če je to doseženo, imajo korist posredno.

Verjamejo, da bo boljša informiranost pacientov vodila k varnejšim in uspešnejšim izidom zdravljenja, učinkovitejši rabi resursov za zdravstveno nego ter ultimativno k bolj zdravi javnosti. Nobeden vir ne more zagotoviti popolnoma vseh informacij o zdravilu, ampak zagotovo imajo največ znanja in informacij ravno farmacevtska podjetja, saj so izvajali raziskave in razvoj za zdravilo povprečno 10-12 let. Zato bi jim moralo biti dovoljeno, da poleg drugih virov zagotovijo nepromocijske, visoko kakovostne informacije v povezavi z boleznijo vsem prebivalcem EU. Menijo, da bi moral biti kriterij za objavo informacij kakovost le teh, ne pa vir, ki jih izdaja.

Nadaljujemo s tretjim poglavjem, ki predstavi zdravstveni sistem v ZDA in njihove možnosti trženjskega komuniciranja. Zdravstveni sistem v ZDA je profitno orientiran in precej drugačen kot zdravstveni sistemi v EU. Nimajo enotnega zdravstvenega sistema, nimajo univerzalnega zdravstvenega varstva in šele pred kratkim so sprejeli zakonodajo, ki skoraj

vsakomur določa obveznost zdravstvenega varstva. Zdravstveni sistem v ZDA je mogoče najbolje opisati kot hibridni sistem. Večina zdravstvenih storitev se, tudi če so javno financirane, zagotavlja zasebno. Njihovi izdatki za zdravstvo so največji na svetu, edinstven pa je tudi način plačevanja za zdravstveno oskrbo, saj je razdrobljen med privatna zavarovanja, Medicare, Medicaid, vladnimi programi, pacienti in še ostalimi možnostmi. Podobna kompleksnost je prisotna tudi pri postavljanju cen zdravil, kjer sodelujejo proizvajalec, plačniki, konkurenca ter javni in privatni zavarovalni programi.

ZDA je poleg Nove Zelandije edina država na svetu, kjer je dovoljeno direktno oglaševanje zdravil na recept uporabnikom, ki ga regulira Uprava za hrano in zdravila. Po zakonu je proizvajalcu prepovedano oglaševanje neodobrene uporabe njihovega proizvoda. Vse vrste oglasov ne smejo vsebovati nepravilnih ali zavajajočih podatkov, temveč morajo posredovati resnične informacije o učinkovitosti zdravila, stranskih učinkih in o predpisovanju. Ti oglasi se lahko nahajajo v zdravstvenih revijah in časopisih, na internetu, televiziji ali radiju. Promocijsko označevanje se od oglaševanja zdravil razlikuje v načinu distribucije.

Opravljenih je bilo kar nekaj raziskav o učinkih direktnega oglaševanja. Oglasi za zdravila na recept, tako kot za ostale produkte, uporabljajo prepričljive in emotivne tehnike, da pritegnejo pozornost potrošnikov in promovirajo oglaševano znamko zdravila. Glavne skrbi o škodi povzročeni s strani direktnega oglaševanja so, da bi negativno vplivalo na zaupljiv odnos med zdravniki in pacienti, stimuliralo nepotrebno in nepravilno uporabo zdravil, pripeljalo do več nezaželenih učinkov ter posledično povečalo stroške zdravil in zdravljenja. Zagovorniki direktnega oglaševanja pa trdijo, da le to koristi javnemu zdravstvu, saj nudi zelo potrebne informacije o zdravilih, stimulira diskusije med zdravniki in pacienti, spodbuja paciente, da poiščejo pomoč v zgodnji fazi ter povečuje spoštovanje terapije.

Po pregledu literature na področju trženjskega oglaševanja v EU in ZDA, sledi še zadnje, četrto poglavje, ki predstavlja raziskavo trženjskega komuniciranja onkoloških zdravil v EU in ZDA z vidika inovativnega farmacevtskega podjetja Novartis. Novartis je eno izmed vodilnih inovativnih farmacevtskih podjetij, ki ima sedež v Baslu in se deli na dve poslovni enoti, Novartis onkologija in Novartis Pharmaceuticals, ki se osredotoča na več bolezenskih področij. Njihovi izdelki se prodajajo v približno 155 državah po vsem svetu. Leto 2019 so zaključili s 47,7 milijarde \$ neto prodaje, kar je 9 % več kot leto prej, merjeno v stalnih valutah.

Za analizo trženjskega komuniciranja onkoloških zdravil v EU in Sloveniji sem izvedla polstrukturirani globinski intervju z Vesno Šimek, ki je vodja ekipe za trženje na onkologiji v Novartisovi podružnici v Sloveniji. Za analizo trženjskega komuniciranja v ZDA, pa sem izvedla polstrukturirani globinski intervju z Rolandom Kreissigom iz Novartisa, ki je trenutno direktor onkologije za skupino držav centralne in vzhodne Evrope. Do leta 2017 je skoraj 10 let delal na različnih pozicijah za trženje onkoloških zdravil v Novartisu ZDA. Za boljše razumevanje raziskovalnega problema, sem izvedla še intervju s predstavnico

regulative v Novartis Slovenija, ki je pojasnila, zakaj so omejitve trženjskega komuniciranja potrebne. Po analiziranih intervjujih sem odgovore primerjala, povezala prednosti obeh trgov in tako določila okvirje najbolj učinkovite trženjske komunikacije.

Ker je ameriški zdravstveni sistem profitno usmerjen, so tudi zakonske omejitve precej bolj mile in dopuščajo mnogo oblik trženjskega komuniciranja, zato je konkuriranje med farmacevtskimi podjetji precej bolj občutno kot pa v EU. Posledica profitno usmerjenega zdravstvenega sistema je prav tako nizka dostopnost do onkologov, saj želijo le- ti čim bolje izkoristiti svoj čas v ambulantni. To je pomemben minus pri osebni prodaji v ZDA, otežen dostop do onkologov, ko pa redkim farmacevtskim predstavnikom uspe dobiti termin za prodajni sestanek, so le- ti zelo omejeni z vsebino, katero lahko podajajo zdravnikom.

Prepoznana pomanjkljivost v EU je velika omejenost pri podpornih programih za pacienta. Oba intervjuvanca sta bila mnenja, da so vse oblike podpornih programov za paciente zelo pozitivne, saj pacientu izboljšajo uporabniško izkušnjo in prispevajo k pravilnemu jemanju zdravila. Na žalost pa je velika večina teh v EU prepovedanih. Na tem področju bi farmacevtska podjetja želela malo manj stroge predpise, saj menijo, da tovrstni programi niso v sklopu oglaševanja in želje po večjem predpisovanju zdravila, temveč pomoč in podpora tistim pacientom, ki jim je zdravnik že predpisal določeno zdravilo.

Zaradi velike razlike v zdravstvenih sistemih je ključnega pomena za trženjsko komuniciranje tudi postopek predpisovanja zdravila. V ZDA, kjer je pacient soplačnik zdravila, soodloča pri izbiri zdravila, zato je direktno oglaševanje uporabniku toliko bolj pomembno. V EU pa se o terapiji odloča samo zdravnik, pacient lahko poda svoje mnenje zgolj v primeru, da se zdravnik odloča med dvema popolnoma primerljivima zdraviloma, kjer je razlika le v načinu apliciranja. V tem primeru lahko pacient odloči, katero zdravilo bi raje prejel.

Po združitvi prednosti obeh trgov, bi okvirji za najbolj učinkovito trženjsko komuniciranje bili naslednji. Močna podatkovna baza zdravstvenega sistema, ki farmacevtskim predstavnikom zelo olajša delo, saj jim omogoča neposredni dostop do informacij, katera zdravila onkologi predpisujejo. Takoj lahko ocenijo kateri prodajni obiski so bili uspešni in kateri ne, ter vedo kje je še prostor za izboljšave. Prav tako je pomemben pogoj za učinkovito trženjsko komuniciranje neoviran dostop do onkologov. V intervjuju sem izvedela, da je še vedno najpomembnejše orodje trženjskega komuniciranja osebna prodaja, tako da je za doseganje večjega predpisovanja najbolj pomembno, da se lahko farmacevtski predstavniki dogovorijo za sestanek z onkologom in ga z različnimi argumenti poskušajo prepričati, da je ravno njihovo zdravilo najboljša izbira.

Naslednji dejavnik za omogočanje dobre trženjske komunikacije je zakonska podlaga, ki dovoljuje podporne programe za paciente. Intervjuvanca sta se strinjala, da so podporni programi za pacienta zelo pomembni, saj jim olajšajo postopek zdravljenja. Zajemajo pa zelo različne aktivnosti, od zloženek o zdravilu, koledarčkah, opomnikih, aplikacijah pa vse

do organizacije medicinske oskrbe z zdravilom na domu. Vežano na podporne programe pacientov, je prav tako moŹnost neposrednega kontakta s pacientom.

To trenutno v ZDA Źe prakticirajo, v prihodnosti pa se bo le- to Źe bolj okrepiło. Velikokrat pacient opazi morda kakŹne neŹelene uĉinke, pozabi vzeti odmerek ali pa Źeli samo preveriti nekatere lastnosti zdravila. Za odgovore na ta vpraŹanja imajo ponavadi veĉ znanja medicinski svetovalci v farmacevtskem podjetju, saj imajo veĉletne izkuŹnje s Źtudijami tega zdravila in lahko pacientu najhitreje zagotovijo vse informacije, ki ga zanimajo. Zato je direkten stik med pacientom in farmacevtskim podjetjem zelo dobrodoŹel.

Zadnji element za uĉinkovito trŹenjsko komuniciranje so moĉne kampanje za ozaveŹanje o boleznih. Le- te so zelo pomembne, saj veĉinoma ljudi spodbujajo k zgodnjemu odkrivanju simptomov bolezni. Će so ljudje bolj ozaveŹeni in bolje prepoznavajo simptome bolezni, se prej odpravijo k zdravniku in z zgodnjim odkritjem bolezni bistveno izboljšajo moŹnosti uspeŹne ozdravitve. V prihodnosti se priĉakuje zmanjŹanje osebnih stikov z onkologi in premik k virtualnim sreĉanjem. Najveĉji problem zdravnikov je namreĉ pomanjkanje ĉasa, zato pogosto za dogodke in sestanke nimajo ĉasa, ker le ti ponavadi vkljuĉujejo tudi potovanja in lokacijska prilagajanja. S prehodom na digitalne sestanke in dogodke, pa se lahko poveŹejo direktno iz svoje pisarne in na ta naĉin prihranijo ogromno ĉasa.

LITERATURA IN VIRI

1. Adriasonara. (brez datuma). *About us*. Pridobljeno 12. februarja 2020 iz <http://adriasonara.eu/>
2. Ager, B. (2007). Direct-to-consumer drug information in Europe. *The Lancet*, 369 (9564), 822.
3. Balfour, H. (2020, 23. marec). *Digitalising marketing to physicians: What pharma needs to know*. Pridobljeno 17. julija 2020 iz <https://www.europeanpharmaceuticalreview.com/article/115336/digitalising-marketing-to-physicians-what-pharma-needs-to-know/>
4. Bertonceļ, A. & Kesiĉ, D. (2008). StrateŹsko upravljanje marketingom u svjetskoj farmacevtskoj industriji. V B. Grbac & M. Meler (ur.). *Marketing u druŹtvu znanja* (str. 41-52). DruŹtvo za marketing: Rijeka.
5. Brinkmann, S. (2013). *Qualitative Interviewing*. Oxford: Oxford University Press.
6. Castellani, J. (2014, 6. oktober). *Why Are Cancer Medicines Expensive?* Pridobljeno 15. februarja 2020 iz <https://catalyst.phrma.org/why-are-cancer-medicines-expensive>
7. Champagne, D., Hung, A. & Leclerc, O. (2015, 1. avgust). *The road to digital success in pharma*. Pridobljeno 15. aprila 2020 iz <https://www.mckinsey.com/industries/pharmaceuticals-and-medical-products/our-insights/the-road-to-digital-success-in-pharma>
8. Chin, B. (2014). Impressive Gains With Innovative Medicines. *Clinical Advances in Hematology & Oncology*, 65.

9. Commonwealth Fund. (brez datuma). *International Health Care System Profiles*. Pridobljeno 4. marca 2020 iz https://international.commonwealthfund.org/features/cost_containment/
10. Crenshaw, N. F. (2014). Without Rewards, the Cycle of Innovation Would Stop. *Clinical Advances in Hematology & Oncology*, 63.
11. Decision resources group. (2017, 1. avgust). *Doctors say pharma rep details are stale, need updating for digital age*. Pridobljeno 23. februarja 2020 iz <https://www.prnewswire.com/news-releases/doctors-say-pharma-rep-details-are-stale-need-updating-for-digital-age-300497598.html>
12. Dezzani, L. (2018a, 15. julij). *Global Trends in Oncology – 2018*. Pridobljeno 23. januarja 2019 iz <https://www.igeahub.com/2018/07/15/global-trends-in-oncology-2018/>
13. Dezzani, L. (2018b, 6. marec). *Top 10 Pharmaceutical Companies 2018*. Pridobljeno 23. januarja 2019 iz <https://www.igeahub.com/2018/03/06/top-10-pharmaceutical-companies-2018/>
14. Dixon, T., Denny, J., Nermeen, A., Federico, L. & Hong, L. (2019). Chapter 17 - Market Access, Pharmaceutical Pricing, and Healthcare Costs. *Clinical Pharmacy Education, Practice and Research*, 249–259.
15. EFPIA. (2007). *Health-related information to patients*. Pridobljeno 14. januarja 2019 iz http://ec.europa.eu/health/ph_overview/other_policies/pharmaceutical/docs/R-054a_en.pdf
16. EFPIA. (2018). *The Pharmaceutical Industry in Figures*. Pridobljeno 21. januarja 2019 iz https://www.efpia.eu/media/361960/efpia-pharmafigures2018_v07-hq.pdf
17. Eurostat. (2020). *Life expectancy by age and sex*. Pridobljeno 17. februarja 2020 iz https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_mlexpec&lang=en
18. FDA. (2018). *Presenting Quantitative Efficacy and Risk Information in Direct-to-Consumer Promotional Labeling and Advertisements*. Pridobljeno 21. januarja 2019 iz <https://www.fda.gov/downloads/Drugs/GuidanceComplianceRegulatoryInformation/Guidances/UCM623515.pdf>
19. FDA. (2020, 18. marec). *The Office of Prescription Drug Promotion*. Pridobljeno 26. marca 2020 iz <https://www.fda.gov/about-fda/center-drug-evaluation-and-research-cder/office-prescription-drug-promotion-opdp>
20. FDA. (brez datuma a). *Prescription Drug Advertising*. Pridobljeno 14. februarja 2019 iz <https://www.fda.gov/Drugs/ResourcesForYou/Consumers/PrescriptionDrugAdvertising/default.htm>
21. FDA. (brez datuma b). *Step 5: FDA Post-Market Drug Safety Monitoring*. Pridobljeno 14. februarja 2019 iz <https://www.fda.gov/ForPatients/Approvals/Drugs/ucm405579.htm>
22. Govoni, N. A. P. (2004). *Dictionary of Marketing Communications*. Thousand Oaks, Calif: SAGE Publications, Inc.
23. Gray, S. W. & Abel, G. A. (2012). Update on Direct-to-Consumer Marketing in Oncology. *Journal Of Oncology Practice*, 8(2), 124–127.

24. Guček Zakošek, M. (2005). *Posebnosti trženja v farmacevtski industriji* (magistrsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
25. Howard, P. (2014). Short-term Costs Can Lead to Long-term gain. *Clinical Advances in Hematology & Oncology*, 66.
26. IQVIA. (2019a). *The Global Use of Medicine in 2019 and Outlook to 2023*. Pridobljeno 24. februarja 2019 iz <https://www.iqvia.com/institute/reports/global-oncology-trends-2018>
27. IQVIA. (2019b). *Global Oncology Trends*. Pridobljeno 17. marca 2019 iz https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/institute-reports/global-oncology-trends-2019.pdf?&_=1589830025472
28. JAZMP. (brez datuma a). *Oglaševanje zdravil: Pogosta vprašanja in odgovori*. Pridobljeno 24. februar 2020 iz <https://www.jazmp.si/humana-zdravila/oglasovanje-zdravil/pogosta-vprasanja-in-odgovori/>
29. JAZMP. (brez datuma b). *Predstavitev področja cene zdravil*. Pridobljeno 12. februar 2020 iz <https://www.jazmp.si/humana-zdravila/cene-zdravil/>
30. Johar, K. (2013). An Insider's Perspective: Defense of the Pharmaceutical Industry's Marketing Practices. *Albany Law Review*, 76(1), 299–334.
31. Kos, M. & Marđetko, N. (2015, avgust). *Sistem zunanje primerjave cen zdravil z vidika Slovenije*. Pridobljeno 15. marca 2020 iz http://www.sfd.si/modules/catalog/products/prodfile/fv_32015.pdf
32. KPMG. (2017). *The future of oncology*. Pridobljeno 21. januarja 2019 iz <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/xx/pdf/2017/08/the-future-of-oncology.pdf>
33. Laws, D. (2015, 29. oktober). *What Information Doctors Really Want from Pharma*. Pridobljeno 16. februar 2020 iz <http://social.eyeforpharma.com/column/what-information-doctors-really-want-pharma-0>
34. Lorenčič, M. (2016, 13. oktober). *Prof. dr. Nils Wilking: Nič ne koristi, če nova onkološka zdravila stojijo na polici, ker si jih nihče ne more privoščiti*. Pridobljeno 13. januarja 2019 iz <https://www.dnevnik.si/1042752783>
35. Matko Štampfelj, I. (2010). *Trženje inovativnih onkoloških zdravil v Sloveniji in izbranih državah EU* (magistrsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
36. Medicare Interactive. (brez datuma). *Differences between Medicare and Medicaid*. Pridobljeno 16. marca 2020 iz <https://www.medicareinteractive.org/get-answers/medicare-basics/medicare-coverage-overview/differences-between-medicare-and-medicaid>
37. Meek, C. (2007, 8. maj). *Europe reconsidering DTCA*. Pridobljeno 13. januarja 2019 iz <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1863525/>
38. Mintzes, B. (2012, april). *Advertising of Prescription-Only Medicines to the Public: Does Evidence of Benefit Counterbalance Harm?*. Pridobljeno 15. januarja 2019 iz <https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev-publhealth-031811-124540>
39. Morgan, S. & Kennedy, J. (2010). Prescription drug accessibility and affordability in the United States and abroad. *Commonwealth Fund*. 89, 1-12.

40. Novartis. (brez datuma). *Company history*. Pridobljeno 2. februarja 2020 iz <https://www.novartis.us/about-us/who-we-are/company-history>
41. Novartis. (2020). *Annual review 2019*. Basel: Novartis International AG.
42. OECD. (2017). *Slovenija: Zdravstveni profil leta 2017*. Pridobljeno 10. januarja 2019 iz https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_sl_slovene.pdf
43. OECD. (2020). *Health spending*. Pridobljeno 4. marca 2020 iz <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>
44. Onkološki inštitut. (2018, april). *Onkologija*. Pridobljeno 4. februarja 2020 iz https://www.onko-i.si/fileadmin/onko/datoteke/Dejavnosti/Raziskovalna_in_izobrazevalna_dejavnost/onkologija/Onkologija_ucbenik_april2018.pdf
45. Panigrahi, A., Aware, K. & Patil, A. (2018). Application of integrated marketing communication in pharmaceutical industry. *Journal of Management and Research Analysis*. 5.
46. Perry, S. (2008, 28. April). *Oncology marketing: Brand communication now and in the future*. Pridobljeno 29. januarja 2019 iz <https://social.eyeforpharma.com/commercial/oncology-marketing-brand-communication-now-and-future>
47. Pharma IQ. (brez datuma). *Drug Regulatory Affairs*. Pridobljeno 2. marca 2020 iz <https://www.pharma-iq.com/glossary/drug-regulatory-affairs>
48. Prescrire. (2010). *Direct-to-consumer communication by pharmaceutical companies? Europeans deserve better*. Pridobljeno 14. februarja 2019 iz http://www.prescrire.org/docus/PressReleaseInfo_20100315.pdf
49. PWC. (2012). *Pharma 2020: Marketing the future. Which path will you take*. Pridobljeno 10. september 2019 iz <https://www.pwc.com/gx/en/pharma-life-sciences/pdf/ph2020-marketing.pdf>
50. Ryan, F., Coughlan, M. & Cronin, P. (2009). Interviewing in qualitative research: The one-to-one interview. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 16(6), 309-314.
51. Schwartz, L. M. & Woloshin, S. (2019, 8. januar) Medical Marketing in the United States, 1997-2016. *JAMA*. 321(1), 80-96.
52. Schwede, T. (2019). *Driving the future of health*. Pridobljeno 12. februar 2020 iz <https://www.strategyand.pwc.com/de/de/studien/2019/die-zukunft-der-gesundheit-vorantreiben/Driving-the-future-of-health.pdf>
53. Scott, M. D. (2016, 31. avgust). United States Health Care System: A Pharmacy Perspective. *The Canadian Journal of Hospital Pharmacy*. 69(4), 306-315.
54. Siddiqui, M. & Rajkumar, S. V. (2012). The high cost of cancer drugs and what we can do about it. *Mayo Clinic proceedings*, 87(10), 935-943.
55. Statista. (2019, november). *Distribution of U.S. health care expenditure from 2014 to 2019, by payer*. Pridobljeno 16. februarja 2020 iz <https://www.statista.com/statistics/237043/us-health-care-spending-distribution/>

56. Statista. (2020, januar). *Novartis AG's total revenue from 2007 to 2019*. Pridobljeno 16. februarja 2020 iz <https://www.statista.com/statistics/264238/novartis-revenues-since-2007/>
57. Velo, G. & Moretti, U. (2008). Direct-to-consumer information in Europe: the blurred margin between promotion and information. *British Journal Of Clinical Pharmacology*, 66(5), 626–628.
58. Weber, L. J. (2006). *Profits Before People? : Ethical Standards and the Marketing of Prescription Drugs*. Bloomington: Indiana University Press
59. Whitcher, J. (2018). *Oncology marketing perspectives*. Pridobljeno 28. januarja 2019 iz https://www.micromass.com/wp-content/uploads/2018/10/MicroMass_OncologyeBook_MMM_Sept18.pdf
60. Zupančič, K. U. (2015, 11. september). *Kako se oblikujejo cene zdravil?*. Pridobljeno 19. januarja 2020 iz <https://www.kemofarmacija.si/wps/wcm/connect/SL/Domov/Za+medije/Aktualno/Landing/Kako+se+oblikujejo+cene+zdravil>

PRILOGA

Priloga 1: Osnovni okvir vprašanj za intervju

1. Ali se strinjate s prepovedjo/dovoljenjem direktnega oglaševanja onkoloških zdravil pacientom?
2. Ali menite, da zakonska podlaga omogoča optimalno trženjsko komuniciranje farmacevtskih podjetij?
3. Se strinjate s trditvijo, da imajo pacienti na voljo dovolj informacij o raku in o možnostih zdravljenja?
4. Ali imajo pacienti možnost soodločanja pri izbiri zdravljenja?
5. Se strinjate s trditvijo, da direktno oglaševanje zdravil na recept negativno vpliva na zaupljivost pacienta zdravniku?
6. Kakšne spremembe lahko pričakujemo v prihodnje na področju trženjskega komuniciranja v farmacevtski industriji?
7. Ali lahko v grobem oceniti na katerem trgu se vam trenutno zdi trženjsko komuniciranje bolj učinkovito, ZDA ali EU?