

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

**INFORMACIJE ZA NAČRTOVANJE TRŽENJA NOVEGA
ZDRAVILA: PRIMER PERORALNIH ZDRAVIL ZA ZDRAVLJENJE
SLADKORNE BOLEZNI TIPA 2**

Ljubljana, april 2012

IRENA PLEVELJ

IZJAVA O AVTORSTVU

Spodaj podpisana Irena Plevelj, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, izjavljam, da sem avtorica magistrskega dela z naslovom **INFORMACIJE ZA NAČRTOVANJE TRŽENJA NOVEGA ZDRAVILA: PRIMER PERORALNIH ZDRAVIL ZA ZDRAVLJENJE SLADKORNE BOLEZNI TIPA 2**, pripravljenega v sodelovanju s svetovalko prof. dr. Vesno Žabkar.

Izrecno izjavljam, da v skladu z določili Zakona o avtorskih in sorodnih pravicah (Ur. l. RS, št. 21/1995 s spremembami) dovolim objavo magistrskega dela na fakultetnih spletnih straneh.

S svojim podpisom zagotavljam, da

- je predloženo besedilo rezultat izključno mojega lastnega raziskovalnega dela;
- je predloženo besedilo 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 v magistrskem delu, citirana oziroma navedena v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, in
 - pridobila vsa dovoljenja za uporabo avtorskih del, ki so v celoti (v pisni ali grafični obliki) uporabljena v tekstu, in sem to v besedilu tudi jasno zapisala;
- se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del (v pisni ali grafični obliki) kot mojih lastnih – kaznivo po Zakonu o avtorskih in sorodnih pravicah (Ur. l. RS, št. 21/1995 s spremembami);
- se zavedam posledic, ki bi jih na osnovi predloženega magistrskega dela dokazano plagiatorstvo lahko predstavljalo za moj status na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani v skladu z relevantnim pravilnikom.

V Ljubljani, dne 13.04.2012

Podpis avtorice: _____

KAZALO

UVOD	1
1 ZBIRANJE IN ANALIZA INFORMACIJ ZA NAČRTOVANJE TRŽENJA NOVEGA ZDRAVILA	4
1.1 Trženje farmacevtskih izdelkov.....	4
1.2 Pomen razvoja in načrtovanja trženja novih zdravil	7
1.3 Definiranje trga zdravil.....	13
1.3.1 Segmentacija trga	13
1.3.2 Analiza trga.....	17
1.3.3 Analiza trženjskega okolja.....	20
1.3.4 Pregled izdelka	21
1.3.5 Pregled podjetja	24
1.4 Analiza zbranih informacij o izbranem trgu zdravil.....	25
1.5 Začrtanje strategije trženja novega zdravila	28
2 TRŽENJSKO RAZISKOVANJE PRI NAČRTOVANJU TRŽENJA NOVEGA ZDRAVILA.....	33
2.1 Doprinos trženjskega raziskovanja pri načrtovanju trženja zdravil.....	33
2.2 Izvajanje trženjskega raziskovanja	35
2.3 Metode, različni pristopi in tveganja pri primarnem trženjskem raziskovanju	40
3 INFORMACIJE ZA NAČRTOVANJE TRŽENJA NOVEGA PERORALNEGA ZDRAVILA ZA ZDRAVLJENJE SLADKORNE BOLEZNI TIPA 2.....	45
3.1 Namen in cilji empiričnega dela.....	45
3.2 Metodologija empiričnega dela	46
3.3 Analiza trga sladkorne bolezni tipa 2	48
3.3.1 Analiza trga: tržni potencial in glavni tekmeci.....	48
3.3.2 Segmentacija trga	50
3.3.3 Analiza trženjskega okolja.....	53
3.3.4 Pregled izdelka	55
3.3.5 Pregled podjetja	56
3.3.6 Glavne ugotovitve SWOT analize na ravni blagovne znamke Januvia.....	58
3.3.7 Začrtanje strategije trženja za novi zdravili podjetja MSD	59
3.4 Analiza rezultatov trženjske raziskave na področju peroralnih zdravil za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2.....	61
3.4.1 Struktura bolnikov glede na uvedeno terapijo	62
3.4.2 Predpisovalne navade oziroma spremembe peroralne terapije.....	62
3.4.3 Pomembnost lastnosti zdravil in ocena lastnosti pri posameznih zdravilih	64
3.4.4 Zadovoljstvo in izkušnje z zdravili za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2 ter predpisovanje teh zdravil v prihodnje	66

3.4.5	Izkušnje z zdraviloma podjetja MSD, vzorec predpisovanja in poznavanje komunikacijskih sporočil	68
3.4.6	Strinjanje s patofiziološkimi trditvami	69
3.4.7	Pomembnost lastnosti farmacevtskih podjetij in strokovnih sodelavcev ter letno število obiskov strokovnih sodelavcev	69
3.4.8	Primerjava rezultatov raziskave z že izvedeno manjšo trženjsko raziskavo.....	71
3.4.9	Preverjanje zastavljenih hipotez.....	71
3.4.10	Priporočila na podlagi analize raziskave trga sladkorne bolezni tipa 2	76
3.4.11	Omejitve raziskave in možnosti za nadaljnje raziskovanje trga sladkorne bolezni tipa 2.....	79
SKLEP.....		80
LITERATURA IN VIRI.....		84
PRILOGA		

KAZALO SLIK

Slika 1:	Pomembnost hitrosti prihoda na trg	8
Slika 2:	Izdatki za razvoj in raziskave v farmacevtski panogi v Evropi, ZDA in na Japonskem (v milijonih EUR, USD ali JPY * 100), 1990–2010	9
Slika 3:	Število FDA dovoljenj za nova zdravila	10
Slika 4:	Število združitvev in prevzemov, tudi prevzemov izdelkov	10
Slika 5:	Piramida vplivov	16
Slika 6:	Diagram za odločitev o strategiji	28
Slika 7:	Integriranje primarnega trženjskega raziskovanja v celoten postopek načrtovanja trženja novega zdravila	38
Slika 8:	Kategorije vplivov na izbiro zdravila.....	56
Slika 9:	Struktura bolnikov glede na uvedeno terapijo.....	62
Slika 10:	Novi bolniki in spremembe peroralne terapije.....	63
Slika 11:	Ocena pomembnosti lastnosti zdravil	65
Slika 12:	Rezultati ocen lastnosti pri posameznih zdravilih.....	66
Slika 13:	Rezultati ocen lastnosti pri zdravilu podjetja MSD v primerjavi z glavnimi tekmeci	67
Slika 14:	Zadovoljstvo s peroralnimi zdravili za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2.....	67
Slika 15:	Izkušnje z zdravili za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2 ter predpisovanje teh zdravil v prihodnje.....	68
Slika 16:	Vzorec predpisovanja zdravil podjetja MSD	69
Slika 17:	Strinjanje s patofiziološkimi trditvami	70
Slika 18:	Pomembnost lastnosti farmacevtskih podjetij in strokovnih sodelavcev.....	70

KAZALO TABEL

Tabela 1:	Dejavniki, ki vplivajo na predpisovalne odločitve zdravnikov, s pripisanim številom raziskav	26
Tabela 2:	Prodaja, rast in tržni delež zdravil podjetja MSD (v EUR, enotah in tabletah)	49
Tabela 3:	Število bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2 na posamezni terapiji	51
Tabela 4:	Skupine zdravil, ki jih prejemajo bolniki na peroralni antidiabetični terapiji ..	51
Tabela 5:	Zdravniki, ki delajo v diabetoloških ambulantah v Sloveniji	52
Tabela 6:	Zemljevid trženja za peroralni antidiabetični zdravili podjetja MSD	53
Tabela 7:	Povzetek ugotovitev SWOT analize primera trženja novih POAD	58
Tabela 8:	Rezultati ocen lastnosti pri posameznih zdravilih	65
Tabela 9:	Povprečno število predpisanih receptov za peroralna antidiabetična zdravila glede na specializacijo zdravnikov	72
Tabela 10:	Povprečno število predpisanih receptov za POAD, uravnoteženo na 100 bolnikov na POAD na mesec, in intervali zaupanja glede na specializacijo zdravnikov	72
Tabela 11:	Povprečno število predpisanih receptov za peroralna antidiabetična zdravila glede na starost zdravnikov	73
Tabela 12:	Povprečno število predpisanih receptov za POAD, uravnoteženo na 100 bolnikov na POAD na mesec, in intervali zaupanja glede na starost zdravnikov	73
Tabela 13:	Povprečno število predpisanih receptov za zdravili podjetja MSD in intervali zaupanja glede na strinjanje zdravnikov s patofiziološkimi trditvami	74
Tabela 14:	Povprečno število bolnikov na antidiabetičnih zdravilih podjetja MSD in intervali zaupanja glede na oceno lastnosti obeh zdravil	75
Tabela 15:	Povprečno število bolnikov na antidiabetičnih zdravilih podjetja MSD in intervali zaupanja glede na pogostnost predpisovanja različnim profilom bolnikov	75
Tabela 16:	Povprečno število receptov za predpisane peroralne antidiabetike v zadnjem mesecu glede na število obiskov predstavnikov farmacevtskih podjetij	76

UVOD

Nenehen razvoj novih učinkovin je bil, je in bo še naprej temeljni kamen uspeha in dolgoročnega preživetja farmacevtske panoge. Kljub potezam podjetij k obvladovanju stroškov, globalizaciji, integraciji in združevanju, razvoj originalnega zdravila ostaja glavni element donosnosti te panoge (Dogramatzis, 2002, str. 137).

Vzdrževanje konkurenčnih prednosti v globalni farmacevtski panogi temelji na prizadevanjih podjetij k stalnemu razvoju novih zdravil, ki so visoko diferencirana in prinašajo resnične stroškovne prednosti. Pomembno je, da je razvoj novih zdravil usmerjen v razvoj potencialnih novih učinkovin (angl. *new chemical entities* – *NCEs*), pri čemer je važna tudi hitrost vstopa na globalne trge (Yeoh, 1994, str. 30–31).

Čas od prihoda nove zdravilne učinkovine na trg do prihoda glavnega tekmeca se je namreč znatno skrajšal. Ko podjetje že uveljavi pomembno trženjsko skupino zdravil (angl. *market franchise*) na določenem terapevtskem področju, je ključno, da podjetje razume možne nevarnosti vstopa novih tekmecev, na katere lahko naleti v prihodnosti, in tudi oceni, kaj bi lahko storili, da se zaščiti ali okrepi skupina zdravil glede na razvoj trga (Bowditch, Gurrieri & Henry, 2003, str. 389).

Kljub večanju izdatkov za razvoj in raziskave v Evropi, v Združenih državah Amerike (v nadaljevanju ZDA) in prav tako tudi na Japonskem, od leta 1990 do 2010 (The Pharmaceutical Industry in Figures, 2011, str. 2), je imela farmacevtska panoga v zadnjem desetletju težke čase glede raziskovalnih projektov – število potencialnih novih učinkovin je namreč upadlo. Analiza pridobljenih dovoljenj za promet z zdravilom s strani Ameriškega urada za hrano in zdravila (angl. *Food and Drug Administration* – *FDA*) je pokazala, da se je število na leto izdanih dovoljenj v zadnjem desetletju zmanjšalo na samo povprečno 23 dovoljenj od leta 2001 do leta 2010, v primerjavi z okoli 40 pridobljenih dovoljenj pred letom 2000 (Food and Drug Administration, *Is it true FDA is approving fewer new drugs lately?*, 2011).

Vse večji pritisk na farmacevtska podjetja, da zagotovijo za delničarje vabljev dobiček, vse večji stroški, da podjetja pripeljejo nova zdravila na trg (po ocenah znašajo stroški razvoja nove učinkovine in kliničnih preizkušanj najmanj milijardo dolarjev) in povečan pritisk na zniževanje cen zdravil, vodijo v večjo nujnost določitve potenciala, ki ga nudijo priložnosti trženja novih zdravil (Bowditch et al., 2003, str. 389; Podnar, 2011, str. 9).

Kot rezultat teh trendov se je povečala **pomembnost točnega in obsežnega načrtovanja trženja zdravil**. Pritisk na stalen tok dobičkov je še zlasti velik pri novih zdravilih, kjer je veliko več neznanck o različnih dejavnikih v primerjavi s trženjem že uveljavljenih zdravil (John, 2008, str. 13).

Informacije za načrtovanje trženja novega zdravila so ključne za izdelavo trženjskega načrta. V izdelavo uspešnega načrta je vključenih tudi več aktivnosti, kjer je osnovna aktivnost zbiranje informacij: o bolezni, možnostih za segmentacijo, velikosti trga in glavnih tekmecev (v enotah, receptih in v vrednosti), o prednostih in slabostih tekmecev in njihovih aktivnostih, novih tekmecev, ekonomskemu okolju, vključno s kritjem stroškov za zdravilo s strani zavarovalnice, ter o pričakovanih inovacijah pri zdravljenju (Lidstone & MacLennan, 1999, str. 11–13).

V podjetju Merck Sharp & Dohme, inovativna zdravila d.o.o. (v nadaljevanju MSD) bi potrebovali za učinkovito trženjsko komuniciranje oziroma oblikovanje komunikacijskih sporočil **razumevanje specifičnih situacij in okoliščin pri ciljni skupini zdravnikov, ki zdravijo bolnike s sladkorno boleznijo tipa 2.**

Število sladkornih bolnikov namreč zelo hitro narašča. Vsako leto naj bi se v svetu povečalo za sedem milijonov (Lorenčič, 2008, str. 14); v Evropski uniji se je število bolnikov s sladkorno boleznijo med letoma 2003 in 2006 po podatkih Mednarodnega združenja za diabetes (angl. *International Diabetes Federation – IDF*) povečalo za petino, na 31 milijonov ljudi (Kenda, 2008, str. 11). Ocenjujejo, da je v svetu več kot 280 milijonov bolnikov, in predvidevajo, da bo v naslednjih dvajsetih letih število bolnikov s sladkorno boleznijo preseglo 450 milijonov. Po podatkih Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije je v Sloveniji 125.000 bolnikov s sladkorno boleznijo (Mobilno nad sladkorno bolezen, 2009). Po sedanjih ocenah približno 1/3 ljudi dobi sladkorno bolezen za časa življenja (Williams et al., 2005, str. 144–145). Več kot 90 % bolnikov ima sladkorno bolezen tipa 2. Zaradi trenda naraščanja sladkorne bolezni je nedvomno veliko zanimanje farmacevtskih podjetij za iskanje novih, boljših zdravil za zdravljenje.

Namen in cilj magistrskega dela. Teoretična spoznanja s področja načrtovanja trženja novih zdravil so mi v pomoč, da raziščem in analiziram specifične situacije in okoliščine pri zdravnikih, ki zdravijo bolnike s sladkorno boleznijo tipa 2, in s tem pomagam podjetju MSD pri načrtovanju strategije trženja novih peroralnih antidiabetičnih zdravil in pri zagotavljanju učinkovitega in uspešnega trženjskega komuniciranja.

Cilj magistrskega dela je, da prikažem, kako naj bi potekalo zbiranje in analiza informacij za načrtovanje trženja novega zdravila na primeru peroralnih zdravil za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2 in kakšna je lahko zasnova raziskovalnega instrumenta za izvedbo trženjske raziskave na tem terapevtskem področju. S tem postavljam model oziroma pristop, ki je prenosljiv še na druga terapevtska področja pri načrtovanju trženja zdravil tudi drugih farmacevtskih podjetij.

Struktura magistrskega dela. V prvem delu naredim obširen pregled teoretičnih spoznanj na podlagi obstoječe, pretežno tuje strokovne literature s področja načrtovanja trženja novih zdravil. V prvem poglavju predstavljam teoretična spoznanja s področja zbiranja in

analize informacij za načrtovanje trženja novega zdravila. Temu sledi drugo poglavje o trženjskem raziskovanju, kot sistematičnem in objektivnem procesu zbiranja informacij, ki so potrebne za sprejemanje tržnih odločitev.

Teoretična spoznanja so osnova za drugi del magistrskega dela, kjer v tretjem poglavju najprej z zbiranjem sekundarnih virov informacij opredelim trg sladkorne bolezni tipa 2, identificiram velikost trga in tržni potencial, analiziram glavne tekmece in trženjsko okolje, izvedem segmentacijo trga in določim ključne tržne segmente. Nato naredim pregled izdelka in pregled podjetja. Iz ugotovljenih prednosti in slabosti izdelka in podjetja ter priložnosti in nevarnosti iz analize trga in okolja izvedem SWOT analizo ter načrtam strategijo trženja dveh novih zdravil podjetja MSD za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2.

Osrednji empirični del magistrskega dela je **predstavitev rezultatov trženjske raziskave**, s katero poizkušam dobiti še manjkajoče podatke o strukturi bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2, spremembah predpisane peroralne antidiabetične terapije, nakupnem odločanju ciljnih skupin zdravnikov, predpisovalnih navadah pri uvajanju zdravil, pomembnih lastnostih peroralnih antidiabetikov ter o zadovoljstvu in izkušnjah s temi zdravili. Več izvem tudi o izkušnjah in vzorcu predpisovanja za zdravili podjetja MSD, poznavanju komunikacijskih sporočil za ti dve zdravili in patofizioloških¹ spoznanj v zvezi s sladkorno boleznijo tipa 2, ter pomembnostih lastnosti farmacevtskih podjetij in strokovnih sodelavcev ter letnem številu obiskov predstavnikov farmacevtskih podjetij, ki tržijo zdravila za sladkorno bolezen tipa 2. V tem delu nato preverjam medsebojno povezanost posameznih dobljenih podatkov: odvisnost predpisovalnih navad zdravnikov od specializacije, starosti, zaznavanja lastnosti zdravil, poznavanja patofizioloških spoznanj in letnega števila obiskov predstavnikov farmacevtskih podjetij, ter odvisnost števila bolnikov na antidiabetičnih zdravilih podjetja MSD od poznavanja komunikacijskih sporočil za ti dve zdravili in vzorca predpisovanja.

Analiza predpisovalnih navad zdravnikov prinese dragocene in pravočasne informacije o dojetanju učinkovitosti zdravil in pojavljanju tekmecev znotraj terapevtskega razreda. Iz poznavanja preferenc zdravnikov tržniki najdejo načine, kako vplivati na te preference in katera zdravila konkurirajo med sabo v določenem segmentu. Tržnik se lahko osredotoči na tistega tekmece, kjer bo zdravnik najlažje spremenil svoje predpisovalne navade, in temu tudi prilagodi pozicioniranje svojega zdravila (DeSarbo, Degeratu, Wedel & Saxton, 2001, str. 430, 432–434).

Raziskovalni pristop in temeljna raziskovalna vprašanja. Za zbiranje podatkov v drugem delu empiričnega dela in glede na fazo trženja zdravila je najbolj primerna kvantitativna metoda raziskovanja (John, 2008, str. 15–16; Lidstone & MacLennan, 1999, str. 114). Izvedem empirično raziskavo trga zdravil za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2,

¹ Patofiziologija proučuje funkcionalne ali fiziološke spremembe v telesu, ki so posledica bolezenskih procesov (Gould, 2010, str. 3).

in sicer s pomočjo natančnega vprašalnika. V raziskavo vključim 28 zdravnikov: 22 specialistov interne medicine in 6 specialistov splošne medicine, z metodo neverjetnostnega vzorčenja (Berkowitz, 2006, str. 151) – izbira sodelujočih temelji na moji lastni presoji, pri čemer pa se trudim, da je čim bolj enakomerna regijska zastopanost. Vprašalnik zajema predvsem zaprta vprašanja. Raziskavo izvedem v tiskani obliki, zdravnike k sodelovanju povabim osebno in jim zagotovim anonimnost pri sodelovanju.

Dobljene podatke statistično analiziram in preverim postavljena **raziskovalna vprašanja**:

- ali so predpisovalne navade zdravnikov odvisne od specializacije in starosti zdravnika,
- ali na predpisovalne navade vpliva strinjanje s patofiziološkimi trditvami,
- ali je število bolnikov na antidiabetičnih zdravilih podjetja MSD odvisno od zaznavanja lastnosti zdravil,
- ali je število bolnikov na antidiabetičnih zdravilih podjetja MSD povezano s pogostostjo predpisovanja različnim profilom bolnikov (profil bolnika se nanaša na to, katera zdravila bolnik že jemlje, ali ima ob jemanju teh zdravil sladkorno bolezen urejeno², ali so prisotni neželeni učinki, ali ima bolnik visoko tveganje za hipoglikemije in ali ima prekomerno telesno težo),
- ali so izkušnje z zdraviloma podjetja MSD povezane s poznavanjem komunikacijskih sporočil za ti dve zdravili in
- ali število obiskov predstavnikov farmacevtskih podjetij vpliva na predpisovanje peroralnih antidiabetičnih zdravil.

Nazadnje raziskavo še primerjam z že izvedeno manjšo trženjsko raziskavo na področju zdravil za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2 (MSD d.o.o., Raziskava uporabe zdravila Januvia, 2009), navedem priporočila na podlagi analize raziskave, omejitve raziskave in predlagam možnosti za nadaljnje raziskovanje obravnavane problematike.

Najpomembnejše ugotovitve celotnega magistrskega dela povzemam v sklepu.

1 ZBIRANJE IN ANALIZA INFORMACIJ ZA NAČRTOVANJE TRŽENJA NOVEGA ZDRAVILA

1.1 Trženje farmacevtskih izdelkov

Trženje farmacevtskih izdelkov je odločilnega pomena tako iz ekonomskega vidika farmacevtskih podjetij kot za blagostanje celotne družbe, kajti zdravila so spojine, ki se uporabljajo za zdravljenje, lajšanje, preprečevanje ali odkrivanje bolezni oziroma so

² Urejenost glikemije pri bolnikih s sladkorno boleznijo zdravniki ocenjujejo z glikiranim hemoglobinom A_{1c} (HbA_{1c}), ki je mera za urejenost glikemije v daljšem časovnem obdobju in ima napovedno vrednost za kronične zaplete. Ciljna vrednost HbA_{1c} je ≤ 7,0 %, ker je pri taki vrednosti HbA_{1c} tveganje za nastanek ali napredovanje kroničnih zapletov minimalno (Medvešček, 2011, str. 28–29).

namenjene za učinkovanje na zgradbo ali delovanje telesa (Berkow, Beers & Fletcher, 2000, str. 28; Campo, De Staebel, Gijsbrechts & Van Waterschoot, 2005, str. 74). Za trženje v farmacevtski panogi so značilne nekatere edinstvene lastnosti in problemi. Najbolj dramatična razlika z drugimi panogami, ki proizvajajo izdelke za splošno uporabo, je neobičajen način, ki privede do odločitve za nakup. Porabnik nima praktično nobene izbire glede nakupa posameznega izdelka, kljub temu, da je bolnik tisti, ki jemlje zdravilo in ga tako ali drugače plača. Odločitev o tem naredi tretja stran – zdravnik, ki izbira med alternativnimi možnostmi zdravil. To velja za zdravila na recept. Kot posledica so trženjske aktivnosti farmacevtske panoge usmerjene k zdravnikom, ki odločajo o tovrstnih nakupih mnogo širše populacije ljudi (Chandler & Owen, 2002, str. 386; Gönül, Carter, Petrova & Srinivasan, 2001, str. 79; Lim & Kirikoshi, 2005, str. 164–165; Smith, Kolassa, Perkins & Siecker, 2002, str. 6, 30).

Za zdravstvene storitve so značilne naslednje glavne značilnosti: znanje in izkušnje zdravnikov, pridobljene tekom dolgoletne univerzitetne izobrazbe, omejene zmožnosti prepoznavanja bolezni in poznavanja možnosti zdravljenja s strani bolnikov in zato tudi težko ovrednotenje storitev po nakupu, potreba po precejšnji stopnji zaupanja, altruizem, samokontrola in avtonomnost presoje zdravstvenih delavcev, ter precejšnja vpletenost končnih kupcev – bolnikov (Jaakkola & Halinen, 2006, str. 411–412).

Predpisovalna odločitev zdravnika je na primerih temelječa rešitev bolnikovega problema. Zdravnik najprej postavi diagnozo bolnikovega zdravstvenega stanja, oceni možnosti za ukrepanje in sprejme odločitev o zdravljenju. Predpis recepta za zdravljenje z zdravilom je pri tem samo ena od možnih rešitev problema, druge možnosti so še napotitev na diagnostične teste ali kirurgijo, uporaba zdravil brez recepta, napotki za posebno dieto (Jaakkola & Halinen, 2006, str. 413), lahko pa zdravnik splošne medicine napiše bolniku napotnico za pregled pri specialistu.

Veliko udeležencev v zdravstvenem sistemu želi vplivati na vedenje zdravnikov. Plačniki želijo, da zdravniki delujejo na stroškovno učinkovit način, ter omejujejo predpisovanje na samo določene zdravnike specialiste in samo na določene bolnike, združenja in delovne skupine želijo, da zdravnik upošteva priporočene smernice in omejitve predpisovanja zdravil znotraj zdravstvenih ustanov itd. Zdravniki morajo izvajati svoje storitve znotraj številnih omejitev. Ključni elementi, ki vplivajo na spremembo vedenja zdravnikov, so: izobraževanje, motiviranje in podpora. Pasivno izobraževanje je dokaj neučinkovito, individualni obiski in različni interaktivni programi izobraževanja pa imajo večji učinek. Motivacija za zdravnike je njihova želja, da zagotovijo bolnikom visoko kvaliteto zdravstveno oskrbo in ugodne izide zdravljenja. Prav tako je motivacija za njih želja, da jih bolniki in kolegi cenijo kot dobre zdravnike. Podpora pomeni, da tržniki zdravniku na različne načine olajšajo udejanjanje spremembe (Alvanzo, Cohen & Nettleman, 2003, str. 69–73; Greengrove, 2002, str. 414; Smith, 2009, str. 128).

Zdravnik sodeluje s farmacevtsko panogo že posredno, ko napiše recept in izmed možnih izbere eno zdravilo. Vsak zdravnik, ki dela z bolnikom, praviloma tudi predpisuje zdravila na recept ali priporoči zdravilo, ki ga bolnik kupi sam brez recepta. Pri tem zdravnik ne more mimo temeljne poklicne zahteve, da si ustvari in tudi sproti dopolnjuje strokovno znanje, ki je osnova za racionalno predpisovanje zdravil, takšno, ki temelji na znanstvenih spoznanjih in priporočilih strokovnih združenj. Drugi načini sodelovanja s farmacevtsko panogo so tako še: predklinične in klinične raziskave, raziskave po začetku trženja zdravila, pisanje ekspertnih mnenj in predavanja na strokovnih sestankih, ki jih sponzorirajo farmacevtska podjetja. Pri predpisovanju zdravil in odnosu s farmacevtskimi podjetji zdravnik ne bo prišel v nasprotje z etičnimi izhodišči, če bo delal v neposrednem interesu bolnika in v sozvočju s strokovnimi spoznanji (Drinovec & Poredoš, 2001, str. 465–466).

Tudi izdelki so neobičajni. Istočasno, ko pomagajo reševati življenja in zmanjševati zdravstvene težave, lahko tudi škodujejo, še zlasti, če se uporabljajo napačno. Tržniki zdravil želijo povedati zdravnikom, zakaj je vredno, da predpišejo določeno zdravilo, razložiti, kako se zdravilo primerno uporablja in v dobro bolnikov tudi, kdaj morajo biti pri uporabi zdravila previdni (Smith et al., 2002, str. 6, 13).

Po različnih raziskavah so najpomembnejši viri za odločanje posameznega zdravnika: mnenja uglednih in izkušenih kolegov, članki v strokovnih revijah in informacije farmacevtskih podjetij. Zaporedje vpliva omenjenih dejavnikov je različno glede na to, ali dela zdravnik v akademski ustanovi ali v osnovni mreži, ali dela v zasebni praksi, kako obsežne izkušnje ima in na kakšni razvojni stopnji je njegovo okolje (Drinovec & Poredoš, 2001, str. 465–466). Pri sprejemanju odločitev o zdravljenju so pri zdravnikih istočasno prisotne razumske in čustvene komponente. Čustvene in subjektivne komponente so prav tako visoko učinkovita orodja, ki omogočajo zdravnikom, da se odločijo, na kaj naj bodo pozorni in kaj lahko ignorirajo, kaj je bolj pomembno in kaj manj, ter jim pomagajo zapolniti vrzeli v informacijah (Chandler & Owen, 2002, str. 390; Smith et al., 2002, str. 271).

Pospeševanje prodaje zdravil na recept s strani farmacevtske panoge poteka v pomembni meri prek dejavnosti trženjskega komuniciranja, ki vključujejo osebne obiske strokovnega sodelavca farmacevtskega podjetja pri zdravniku, predstavitev zdravila ustno, s pomočjo tiskanih gradiv, na skupinskih srečanjih in svetovnih medicinskih kongresih. Od dobre dejavnosti trženjskega komuniciranja imata koristi oba partnerja, tako farmacevtsko podjetje kot zdravnik, pri tem pa mora biti izpolnjen temeljni pogoj, da je sodelovanje korektno in v korist bolnika (Drinovec & Poredoš, 2001, str. 465–466; Lim & Kirikoshi, 2005, str. 157).

1.2 Pomen razvoja in načrtovanja trženja novih zdravil

Nenehen razvoj novih učinkovin je bil, je in bo še naprej temeljni kamen uspeha in dolgoročnega preživetja farmacevtske panoge. Kljub potezam podjetij k obvladovanju stroškov, globalizaciji, integraciji in združevanju, razvoj originalnega zdravila ostaja glavni element donosnosti te panoge. Mnogi strokovnjaki so mnenja, da novo zdravilo prispeva k vrednosti delnic, dvigne moralo delovne sile, izkoristi prednosti distribucije, prispeva h konkurenčnosti in uspehu na regionalni ravni, ohranjanju tržnega deleža, širjenju in ustvarjanju novih trgov, novim načinom izkoriščanja tehnologije, poveča prodajo in dobičke (tudi obstoječega portfelja zdravil), poveča celovitost podjetja, obdrži podobo inovativnega podjetja, pridobi podjetju konkurenčno prednost, odpre vrata pri porabnikih, obnovi interes investitorjev in vitalnost podjetja, zamenja druga zrela, manj učinkovita ali varna zdravila, ter omogoči podjetju vstop v nova terapevtska področja in izrabo presežnih zmognosti podjetja (Dogramatzis, 2002, str. 137).

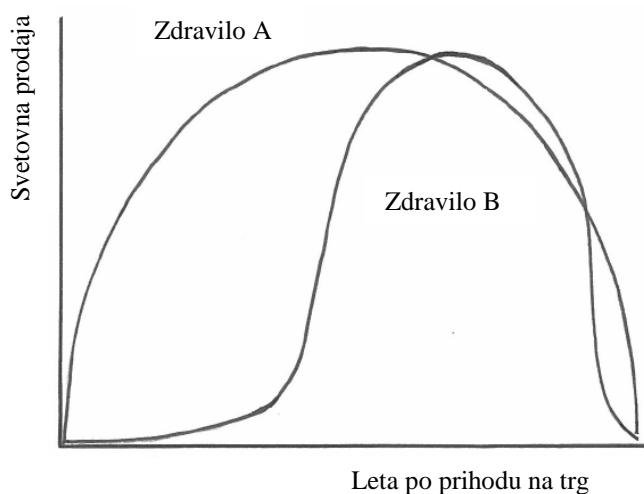
Vzdrževanje konkurenčnih prednosti v globalni farmacevtski panogi temelji na prizadevanjih podjetij k stalnemu razvoju novih zdravil, ki so visoko diferencirana in prinašajo resnične stroškovne prednosti. Pomembno je, da je razvoj novih zdravil usmerjen v **razvoj potencialnih novih učinkovin** (angl. *new chemical entities – NCEs*), pri čemer je važna tudi hitrost vstopa na globalne trge. Globalne nove učinkovine so empirično definirane kot inovativna zdravila, ki pridobijo dovoljenje za promet v najmanj šestih glavnih industrializiranih državah v manj kot štirih letih (t.i. 6/4 pravilo). Poleg ZDA sodijo med ostalih šest pomembnih industrializiranih držav še Francija, Nemčija, Japonska, Italija, Švica in Velika Britanija (Yeoh, 1994, str. 30–31).

Hitrost prihoda na trg je eden od strateških ciljev razvojnih oddelkov, kajti priti na trg prvi je ključno za maksimalni trženjski uspeh. Ko na trg vstopi drugi izdelek, naleti v času prihoda na močno konkurenco in potrebuje več let, da doseže svoj maksimalni potencial, potem pa se že začne iztekati doba patentne zaščite (Slika 1).

Na področju zdravil na recept je postalo izredno težko ohranjanje konkurenčne prednosti. Čas od prihoda nove zdravilne učinkovine na trg do prihoda glavnega tekmeca se je znatno skrajšal. Ko podjetje že uveljavi pomembno trženjsko skupino zdravil na določenem terapevtskem področju, je ključno, da podjetje razume možne nevarnosti vstopa novih tekmecev, na katere lahko naleti v prihodnosti, in tudi oceni, kaj bi lahko storili, da se zaščitijo ali okrepi skupina zdravil glede na razvoj trga (Bowditch et al., 2003, str. 389).

Za uvajanje različnih inovativnih farmacevtskih izdelkov so odgovorni predvsem farmacevtski mednarodni giganti, za katere je tipično, da njihove korenine segajo v začetek 20. stoletja. Postopno so ta podjetja širila poslovanje preko nacionalnih meja in ustanavljala podružnice širom sveta (Dogramatzis, 2002, str. 24).

Slika 1: Pomembnost hitrosti prihoda na trg



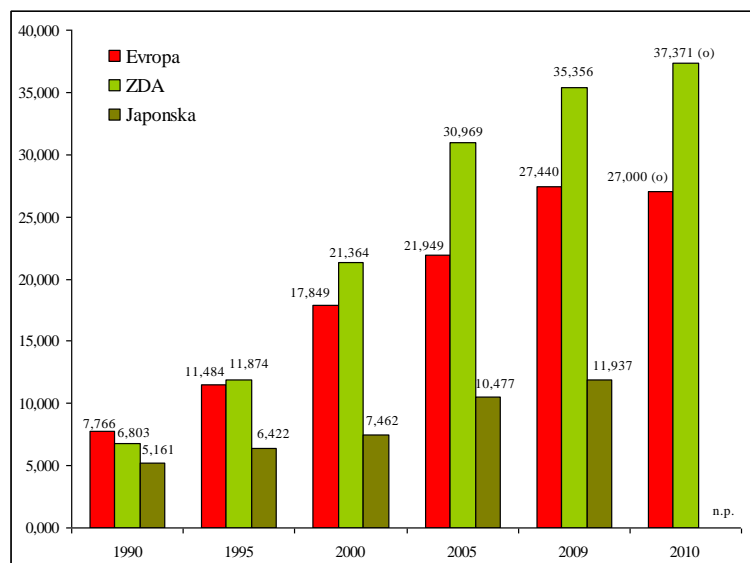
Vir: D. Dogramatzis, *Pharmaceutical Marketing: A Practical Guide*, 2002, str. 154.

Stroški razvoja novih zdravilnih učinkovin so desetletje nazaj znašali več kot 500 milijonov dolarjev. Zdaj novo, inovativno zdravilo le redkokdaj uspejo narediti za milijardo dolarjev, običajno je ta znesek še višji. Proces od začetne ideje do prihoda inovativnega zdravila na trg traja nič manj kot osem ali celo deset let. Hkrati pride na trg samo ena od desetih kemičnih spojin, ki so bile izbrane za klinično testiranje. Kot posledica so pričakovanja pri zdravilih, ki so odobrena za trženje, toliko večja. Nekaj inovativnih farmacevtskih zdravil postanejo zdravila preboja (angl. *blockbusters*), ki dosegajo prodajo vsaj 500 milijonov ameriških dolarjev letno. To so običajno zdravila, ki jih lahko predpisujejo tako specialisti kot tudi splošni zdravniki (Bates, 2008, str. 319; David, 2001, str. 8; DeSarbo et al., 2001, str. 430; Dogramatzis, 2002, str. 24; Podnar, 2011, str. 9; Rao, 2002, str. 7).

Zaradi visokih stroškov razvoja novih zdravilnih učinkovin si farmacevtska podjetja pogosto prizadevajo razviti istočasno podobne kemične spojine. Tako je za vsako terapevtsko področje znotraj vsakega razreda zdravil hitro na voljo več blagovnih znamk (od pet do deset, kar je odvisno od razširjenosti bolezni) (DeSarbo et al., 2001, str. 430), ki imajo praktično enak mehanizem delovanja, razlike med njimi pa so majhne.

Podatki Evropske zveze farmacevtskih panog in združenj (angl. *European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations – EFPIA*), skupaj s podatki Ameriških raziskovalcev in proizvajalcev farmacevtskih izdelkov (angl. *Pharmaceutical Research and Manufacturers of America – PhRMA*) in Japonskega združenja farmacevtskih proizvajalcev (angl. *Japan Pharmaceutical Manufacturers Association – JPMA*) potrjujejo pomembnost razvoja novih zdravil, saj se izdatki za razvoj in raziskave povečujejo tako v Evropi, v ZDA, kot tudi na Japonskem (Slika 2).

Slika 2: Izdatki za razvoj in raziskave v farmacevtski panogi v Evropi, ZDA in na Japonskem (v milijonih EUR, USD ali JPY * 100), 1990–2010



Legenda: o = ocena, n.p. = ni podatka.

Vir: *The Pharmaceutical Industry in Figures, Key Data, 2011 Update, 2011, str. 2.*

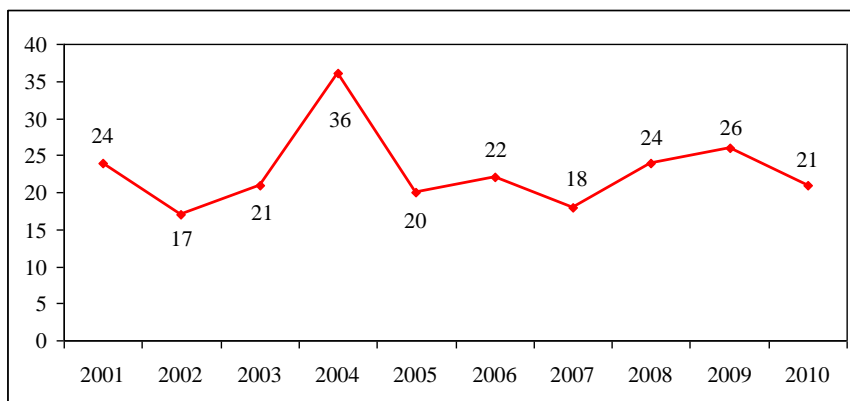
Kljub večanju izdatkov za razvoj in raziskave v Evropi, ZDA in prav tako tudi na Japonskem, od leta 1990 do 2010 (The Pharmaceutical Industry in Figures, 2011, str. 2), je imela farmacevtska panoga v zadnjem desetletju težke čase glede raziskovalnih projektov – število potencialnih novih učinkovin je namreč upadlo (John, 2008, str. 13; Rao, 2002, str. 7; Vrhovnik, 2005, str. 10). Analiza pridobljenih dovoljenj za promet z zdravilom s strani Ameriškega urada za hrano in zdravila (angl. *Food and Drug Administration*; v nadaljevanju FDA) je pokazala, da se je število na leto izdanih dovoljenj v zadnjem desetletju zmanjšalo na samo povprečno 23 dovoljenj od leta 2001 do leta 2010 (Slika 3) v primerjavi z okoli 40 pridobljenih dovoljenj pred letom 2000, ker farmacevtska podjetja vložijo bistveno manj vlog za pridobitev dovoljenj za trženje novih zdravil.

V zadnjih letih so mnogi dejavniki prispevali k temu, da je obdobje zdravil preboja minilo, farmacevtska panoga pa se je usmerila k zdravilom, ki so namenjena posameznim specializiranim terapevtskim področjem in za katerih trženje so na razpolago bistveno manjši viri za trženjsko komuniciranje. Farmacevtska podjetja iščejo različne načine, kako optimizirati prihod na trg novih, specialistom namenjenih zdravil in tako ustvariti dodatni dohodek (Bates, 2008, str. 319).

Da so farmacevtska podjetja v zadnjem desetletju nazadovala na področju raziskav in razvoja izpostavlja tudi Šorl (2010, str. 12) in navaja, da so farmacevtska podjetja leta

2008 dala na trg 21 novih zdravil, v letu 2009 pa 26. Skrb glede izdelovanja novih zdravil je umestna, ker se vse manj novih zdravil prebije prek pozne faze razvoja in priprav.

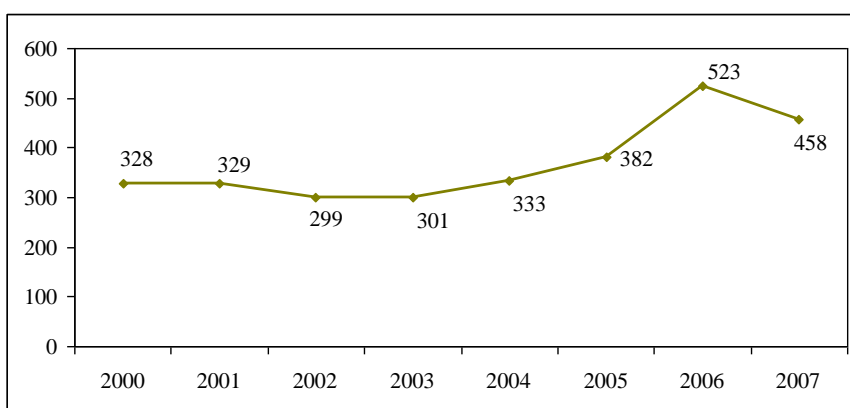
Slika 3: Število FDA dovoljenj za nova zdravila



Vir: Food and Drug Administration: *Is it true FDA is approving fewer new drugs lately?*, 2011, str. 1.

Pomanjkanje razvoja novih zdravil se je vsaj delno **pokazalo v rasti združitvev podjetij in prevzemov v farmacevtski panogi**. S prevzemi in združevanji, ki se nadaljujejo tako v originatorskem kot v generičnem in biotehnološkem segmentu, povečujejo učinkovitost farmacevtskih podjetij. S tem podjetja optimizirajo in zmanjšujejo stroške poslovanja, krepijo raziskave in razvoj, združujejo prodajna in trženjska omrežja in tako krepijo svoj položaj na trgu (C. Pavlin, 2008, str. 19). Število združitvev in prevzemov se je dejansko od leta 2002 do leta 2006 vsako leto povečalo, z vrhom pri 523 v letu 2006 (Slika 4).

Slika 4: Število združitvev in prevzemov, tudi prevzemov izdelkov



Vir: E. G. John, *Primary Marketing Research for Forecasting, Context is Everything*, 2008, str. 13.

Primer združitve v letu 2009 je združitvev podjetja Merck & Co., Inc. s podjetjem Schering-Plough Corporation, z namenom združitve terapevtskih področij in raziskovalnih dejavnosti, ter globalne prisotnosti obeh podjetij. Združitvev je posledica raznih sprememb,

vključno s spremembami v okolju zdravstvene oskrbe in globalni ekonomiji. Združeno podjetje bo imelo koristi v (Your Top Merger Questions: Answered!, 2009):

- velikem razvojnem in raziskovalnem portfelju,
- pomembno širšem portfelju zdravil in cepiv,
- razširjeni globalni prisotnosti, še zlasti na visoko rastočih nastajajočih trgih in
- v bolj raznovrstnem poslovanju, z dodatnim poslovanjem končnim porabnikom in poslovanjem na področju zdravja živali.

V dnevnem časopisju so novice o nakupih in prevzemih zelo pogoste. Farmacevtsko podjetje Bayer Schering Pharma je nastalo leta 2006, ko je nemški Bayer AG prevzel domačega tekmeca Schering (Sušnik, 2010, str. 26). Isto leto je največjo hrvaško farmacevtsko podjetje Pliva prevzelo ameriško podjetje Barr, tega pa leta 2008 največje generično podjetje na svetu, izraelska Teva (B. Pavlin, 2008, str. 15). Francosko farmacevtsko podjetje Sanofi-Aventis je v začetku leta 2009 izvedel prevzem češkega proizvajalca generičnih zdravil Zentiva (Brank, 2009, str. 25). V istem letu se je Novartis zanimal za nakup dela avstrijskega podjetja Ebewe Pharma, v želji, da bi povečal svoj portfelj in dobičkonosnost ter našel spodobno zamenjavo za vodilno zdravilo proti visokemu pritisku, ki se mu je iztekala patentna zaščita (Sušnik, 2009, str. 13). V časniku Finance zasledim vest, da globalni naložbeni sklad Apax Partners Worldwide in Warburg Pincus nameravata prevzeti nemškega farmacevta Ratiopharm, četrtega največjega generika na svetu, kajti trg generikov je privlačen, ker ima dobre možnosti za rast zaradi izteka mnogih patentov v letih 2011 in 2012 in zaradi naraščajoče kupne moči na trgih v razvoju (Mihajlović, 2009, str. 10). Pfizer je s prevzemom domačega konkurenčnega podjetja Wyeth v letu 2010 vstopil na področje biotehnoških zdravil in si obenem utrdil prisotnost na trgu cepiv (Sekulič, 2010, str. 19).

Tudi Krka je v letu 2007 naredila prvi prevzem generičnega podjetja TAD Pharma, v letu 2008 pa je podpisala pogodbo o nakupu podjetja Alternova Arzneimittel GmbH, s čimer naj bi olajšali prodajo na avstrijskem trgu (C. Pavlin, 2008, str. 19). Podjetje Lek d.d. se je že konec leta 2002 združilo s svetovnim multinacionalnim podjetjem Novartis, z namenom dopolnjevanja obeh podjetij (Vrhovnik, 2005, str. 1).

Vse večji pritisk na farmacevtska podjetja, da zagotovijo za delničarje vabljen dobiček, padajoča uspešnost razvojno raziskovalnih dejavnosti, vse večji stroški, da podjetja pripeljejo nova zdravila na trg, povečan pritisk na zniževanje cen zdravil, in vse bolj zaostrena regulativa v postopkih pridobivanja dovoljenj za promet z zdravili vodijo v večjo nujnost določitve potenciala, ki ga nudijo priložnosti trženja novih zdravil (Bowditch et al., 2003, str. 389; Greengrove, 2002, str. 406; Tifengraber, 2008, str. 35).

Kot rezultat teh trendov se je povečala tudi **pomembnost točnega in obsežnega načrtovanja trženja zdravil**. Široko sprejeta je definicija trženja Ameriškega združenja za

trženje (angl. *American Marketing Association*), kjer je trženje opredeljeno kot proces načrtovanja in izvedbe koncepta, cen, trženjskega komuniciranja in distribucije v zvezi z idejami, izdelki in storitvami, da pride do menjave, ki zadovolji cilje posameznikov in organizacij. Pri tej definiciji je pri načrtovanju trženja ključna osredotočenost na porabnika, ne glede ali je to posamezni bolnik, zdravnik ali organizacija (Berkowitz, 2006, str. 2; Kotler, 2004, str. 9).

Pri novih zdravilih je pritisk na stalen tok dobičkov še zlasti velik, ker je veliko več neznanck o različnih dejavnikih v primerjavi s trženjem že uveljavljenih zdravil (John, 2008, str. 13). V času prihoda novega zdravila na trg je za maksimiziranje dobička zdravila na voljo le še omejeno obdobje preostale patentne zaščite. Farmaceutski tržniki zato začnejo s trženjskimi aktivnostmi že pred prihodom zdravila na trg, z namenom povečanja osveščenosti porabnikov, in s tem skrajšajo fazo uvajanja zdravila (Dogramatzis, 2002, str. 161–162).

Zaradi obsežne konkurence na vseh indikacijskih področjih in v vseh skupinah zdravil morajo farmacevtska podjetja dajati vedno več poudarka sestavnim delom trženja izdelkov, med drugim natančnemu načrtovanju postavljanja izdelkov na trg, **prednosti izdelkov** pa morajo biti natančno določene in posredovane porabnikom (Rao, 2002, str. 7). Funkciji trženja in prodaje postajata za podjetja vse pomembnejši, saj morata podjetju ob omejenem številu novih učinkovin zagotavljati vzdržno rast (Vrhovnik, 2005, str. 10).

Proces trženja je sestavljen iz analize trženjskih priložnosti, raziskovanja in izbire ciljnih trgov; oblikovanja trženjskih strategij; načrtovanja trženjskih programov ter organizacije, uresničevanja in nadzora trženjskega prizadevanja (Kotler, 2004, str. 112). Z izdelavo **trženjskega načrta** tržniki jasno določijo cilje trženja, strategijo za doseganje teh ciljev in načrt, kako se bo strategija izvajala. Trženjsko načrtovanje zagotavlja urejen in dobičkonosen prehod iz sedanosti v prihodnost. Omogoča razumevanje in nadzor rasti, večje dobičke in večjo možnost preživetja podjetja (Lidstone & MacLennan, 1999, str. 1–3).

Izdelava trženjskega načrta vključuje (Lidstone & MacLennan, 1999, str. 5–7):

- definiranje trga in izvedbo segmentacije trga,
- izvedbo situacijske analize,
- izdelavo finančnega načrta in odločitev o strategiji,
- določitev ključnih dejavnikov uspeha in trženjskih ciljev, ter
- pripravo načrta aktivnosti.

V izdelavo uspešnega načrta je vključenih tudi več aktivnosti, kjer je **osnovna aktivnost zbiranje informacij**: o bolezni, možnostih za segmentacijo, velikosti trga in glavnih tekmecev (v enotah, receptih in v vrednosti), o prednostih in slabostih tekmecev in njihovih

aktivnostih, novih tekmečih, ekonomskem okolju, vključno s kritjem stroškov za zdravilo s strani zavarovalnice, ter o pričakovanih inovacijah pri zdravilu (Lidstone & MacLennan, 1999, str. 11–13).

1.3 Definiranje trga zdravil

Farmacevtski tržniki definirajo trg s pomočjo **zunanje in notranje analize**. Pod zunanjo analizo sodijo segmentacija trga, analiza trga in analiza okolja, pod notranjo analizo sodita pregled izdelka in pregled podjetja. Definicija trga mora biti trženjsko naravnana: **osredotočenost je vedno na potrebah trga**, torej na potrebah končnih porabnikov (bolnikov), kot si jih predstavljajo kupci (zdravniki, mnenjski vodje). Farmacevtski tržniki definirajo trg z uporabo različnih kriterijev: trg je lahko definiran kot različni kupci, kot različna zdravila, kot različne farmacevtske oblike ali kot različne diagnoze (Lidstone & MacLennan, 1999, str. 5–6, 15–17; Dogramatzis, 2002, str. 44, 90).

1.3.1 Segmentacija trga

Odgovori porabnikov na tržne aktivnosti podjetja so odvisni od njihovih osebnih značilnosti, psiholoških nagnjenj in prepričanj, pa tudi od večih dejavnikov okolja. Zato je smiselno, da se natančno preučijo vsi ti različni dejavniki in da se poskusi kategorizirati porabnike v več različnih skupin, katerim tržniki prilagodijo trženjske aktivnosti podjetja in tudi količino virov za komuniciranje. Vsaka posebna skupina porabnikov predstavlja tržni segment, proces identificiranja posameznega segmenta in njegovih značilnosti pa tržniki imenujejo segmentacija trga. Mikrotrženje je proces ustvarjanja in ponujanja prilagojenih izdelkov, skupaj s prilagojeno komunikacijo praktično vsakemu posameznemu porabniku (Dogramatzis, 2002, str. 89, 92).

Segmentacija je osnova za določitev z zdravilom povezanih prednosti in slabosti. Naloga produktne vodja je, da iz razpoložljivih podatkov o velikosti trga v enotah in s pomočjo trženjskih raziskav prispe do podatkov o potrebah trga oziroma opredelitve trga kot potreb porabnikov in prednosti izdelka. Segmentacija je pripomoček za pridobitev prednosti pred tekmeči, in sicer vpogledov v potrebe porabnikov, katerih tekmeči nimajo, ter identifikacijo priložnosti in nevarnosti prej kot tekmeči (Lidstone & MacLennan, 1999, str. 5–6, 16–17).

Segmentacija kupcev je osnova za diferenciacijo komuniciranja zdravnikom, saj tako kot bolniki tudi zdravniki niso homogeni v svojih potrebah. Tržniki lahko razdelijo bolnike v skupine na osnovi njihove bolezni. Bolniki s kroničnimi boleznimi imajo dolgotrajno zdravljenje in se poglobijo tako v razumevanje svoje bolezni kot tudi možnih načinov zdravljenja. Bolnike z akutnimi boleznimi pretežno zanimajo samo običajne informacije o odpravi simptomov njihove bolezni (Alt & Puschmann, 2005, str. 302; David 2001, str. 8).

Farmacevtska podjetja v mnogih državah tudi nimajo možnosti za množično, nediferencirano trženje. Prednosti segmentacije trga so še: ustrezne strategije za trženjsko komuniciranje, učinkovito oglaševanje v medijih in identifikacija najbolj primernih tržnih poti (Dogramatzis, 2002, str. 92).

Delitev možnih **načinov za segmentacijo trga** je lahko v dve široki kategoriji (Lidstone & MacLennan, 1999, str. 17–21):

- segmentacija glede na značilnosti porabnikov in
- segmentacija glede na odzive porabnikov.

Segmentacija na osnovi značilnosti porabnikov je lahko geografska segmentacija, demografska (na podlagi starosti bolnikov, spola, poklica, narodnosti itd.) in psihografska (na podlagi družbenega razreda, življenjskega sloga in osebnostnih značilnosti). Segmentacija glede na odzive porabnikov temelji na znanju, navadah porabnikov in uporabi izdelka. Lahko temelji na priložnostih uporabe izdelka, na podlagi iskanih prednosti izdelka (ta oblika segmentacije je tudi ena najboljših, ker razvrstimo porabnike glede na različne prednosti, ki jih iščejo pri izdelku), na podlagi statusa uporabe izdelka ali tega, kako pogosto porabniki uporabljajo izdelek, glede na pripadnost blagovnim znamkam, stopnjo porabnika v nakupnem procesu, ali glede na stopnjo navdušenosti nad izdelkom.

Segmentacija ne pomeni omejitve strategije na ozke segmente oziroma en sam segment, segmentacija dejansko spodbuja izbor večih segmentov, vsakemu segmentu tržniki prilagodijo komunikacijska sporočila, glede na potrebe segmenta. Pri delitvi trga na segmente vseeno ne smejo pretiravati – tudi pri največjih trgih je vprašljiva delitev na več kot na primer sedem segmentov (Lidstone & MacLennan, 1999, str. 21–22).

Ko tržne segmente analizirajo po različnih kriterijih privlačnosti (predpisovalne navade, zaznavanje zdravnikov, konkurenčne lastnosti zdravila, incidenca in prevalenca bolezni³, število zdravljenih bolnikov, velikost segmenta, aktivnosti tekmecev itd.), jih potem lahko rangirajo glede na celokupno privlačnost, in tako izberejo optimalne segmente (Dogramatzis, 2002, str. 95–99).

Osnovo za segmentacijo trga zdravil predstavlja **status bolezni** oziroma potencialno število bolnikov, ki ima ali bo imelo na podlagi strokovnih ocen določeno bolezen. Pri analizi trga določene bolezni morajo tržniki vzeti v obzir naslednje parametre (Lidstone & Collier, 1987, str. 16):

³ Incidenca pomeni absolutno število vseh na novo ugotovljenih primerov neke bolezni v točno določeni populaciji v enem koledarskem letu. Prevalenca je število vseh bolnikov z določeno boleznijo, ki so bili živi na izbrani datum (ponavadi zadnji dan v letu) (Slora – Definicije kazalnikov in metod, 2011).

- pojavljanje (incidenca) in razširjenost (prevalenca) bolezni,
- diagnozo bolezni: katere so metode in poti, ki so pomembne za to, da je bolezen dejansko diagnosticirana,
- življenjski cikel bolezenskega stanja: kako se bo bolezen zdravila, pojavljala in predvsem, kako dolgo bo trajala – ali gre za akutno ali kronično obolenje,
- zaplete v zvezi z boleznijo,
- demografske značilnosti bolezni: ali so ogrožene posebne skupine prebivalstva,
- alternative omenjenemu zdravljenju: ali obstajajo, kako so pozicionirane, kdaj in kako se uporabljajo,
- status zdravljenja bolnikov: kako dobro so bolniki zdravljeni in katere potrebe bolnikov so še vedno nezadovoljene.

Druga raven segmentacije je **segmentacija ključnih vplivnežev**, kjer so najpomembnejši segmenti:

- plačniki (na primer zdravstvena zavarovalnica),
- mnenjski vodje in
- predpisovalci (zdravniki).

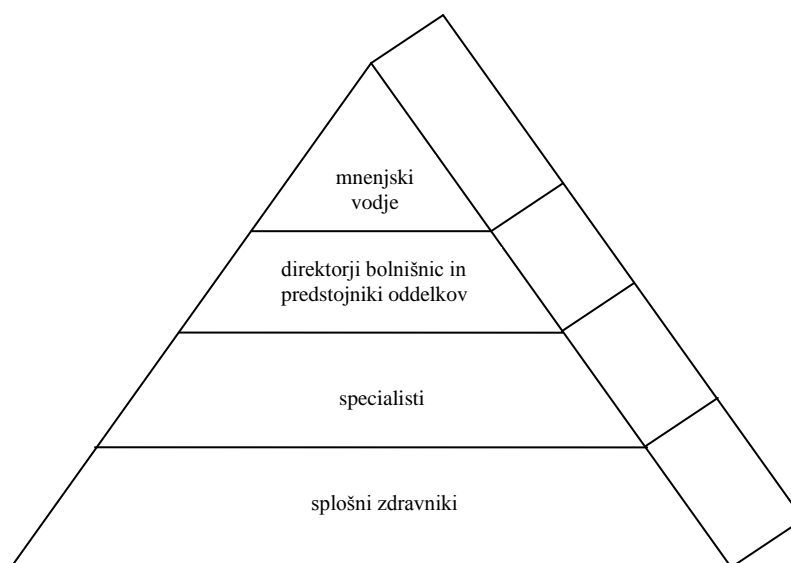
V različnih življenjskih ciklih zdravila imajo različni segmenti ključnih vplivnežev različno pomembnost. Pri uvrščanju zdravila na listo zdravil igrajo ključno vlogo plačniki, pri uveljavljanju zdravila in določitvi mesta zdravila v terapevtskih smernicah pa predvsem mnenjski vodje. Ko zdravilo pride v fazo zrelosti, igrajo pomembno vlogo predpisovalci. Ko poraba zdravila pomeni znatne stroške za zdravstveno blagajno, postanejo pomembni spet plačniki.

Dogramatzis (2002, str. 27–29) navaja kot glavne zunanje udeležence, ki imajo vlogo pri uspešnosti podjetja:

- vplivneže: dobavitelji, regulatorni organi, politiki,
- posrednike: predpisovalci, profesorji in zdravstveni delavci, ki imajo stike s podjetjem in končnimi porabniki – bolniki,
- porabnike: bolniki in njihovi svojci, društva, mediji, širša javnost.

Predpisovalce običajno segmentirajo na podskupine po specializaciji: na primer specialisti iz določenega področja, internisti, zdravniki splošne oziroma družinske medicine. Ti segmenti se razlikujejo po velikosti, načinih obravnave bolnikov, dosegljivosti in sprejemanju novih terapij. Eden od možnih kriterijev za razporeditev zdravnikov po kategorijah so tudi njihovi akademski nazivi: od asistenta, preko docenta do profesorja. Piramida vplivov prikazuje nenehen pretok znanja in vplivov vse od mnenjskih vodij, preko predstojnikov oddelkov in specialistov, do splošnih zdravnikov (Slika 5).

Slika 5: Piramida vplivov



Vir: D. Dogramatzis, *Pharmaceutical Marketing: A Practical Guide*, 2002, str. 31–32.

V fazi uvajanja novega zdravila na trg je celotna trženjska strategija usmerjena k pritegnitvi mnenjskih vodij s tega terapevtskega področja, ki imajo ključno vlogo pri komuniciranju prednosti zdravila svojim kolegom preko piramide vplivov. Avtorji tudi navajajo, da farmacevtska podjetja v tej fazi porabijo približno četrtno virov za trženjsko komuniciranje novega zdravila za aktivnosti, v katere vključijo mnenjske vodje (Dogramatzis, 2002, str. 162; Nair, Manchanda & Bhatia, 2008, str. 5). Farmacevtska podjetja pritegnejo mnenjske vodje k sodelovanju v kliničnih raziskavah, kot svetovalce in predavatelje, za kar prejmejo zdravniki od farmacevtske panoge tudi znatna plačila (Ilić, 2009, str. 6).

Na farmacevtskem trgu si morajo tržniki predvsem postaviti vprašanje, kdo so tisti člani v prodajni verigi, ki ključno odločajo o izbiri in uporabi zdravila na recept, in kakšno je nakupno vedenje omenjenih posameznikov v skupini (Guček Zakošek, 2005, str. 29). V bolnišnicah so na primer oblikovane komisije strokovnjakov, ki odločajo o uporabi zdravil v bolnišnici. Mnenjski vodje (vrhunski strokovnjaki s posameznih področij, vodje posameznih oddelkov v bolnišnicah) oblikujejo smernice za zdravljenje posameznih bolezni in priporočajo uporabo zdravil na recept zdravnikom splošne in družinske medicine. Še posebej velja to za zdravila, ki se na trgu šele uveljavljajo.

Med ostalimi zdravniki moramo vedeti, kdo so potencialni predpisovalci zdravila na recept. Bolniki sestavljajo trg zdravil oziroma posamezne segmente trga kot končni porabniki, tako nas zanima tudi njihovo nakupno vedenje: kako pride do prepoznavanja bolezni, k komu gre bolnik po nasvet oziroma na pregled, ali vpliva na odločitev o izbiri zdravila, kakšno je njegovo ponakupno vedenje.

Porabnike lahko tržniki segmentirajo tudi glede na njihove potrebe po informacijah: kako želijo dobiti informacije, kakšne informacije, ali iščejo mnenje še pri drugih in kje ga iščejo. Implementacija strategije izdelka je tržnikom olajšana, kadar izvedejo in uporabljajo segmentacijo porabnikov (Lidstone & MacLennan, 1999, str. 68–69).

Identifikacija jasnih korakov v procesu odločanja in vplivnih dejavnikov prinese pomembne informacije za uspešno trženje zdravil na recept. Proces odločanja pri predpisovanju zdravil vključuje izbiro glede na diagnozo najprimernejšega terapevtskega razreda in nato odločitev za zaščiteno ime zdravila znotraj zdravil, ki so na razpolago v tem terapevtskem razredu (Dogramatzis, 2002, str. 33). Glede na značilnosti posameznega segmenta tržniki oblikujejo najprimernejšo trženjsko strategijo in trženjsko komuniciranje za vsak izbrani ključni segment.

1.3.2 Analiza trga

Ta analiza omogoča **razumevanje priložnosti in nevarnosti**, s katerimi si tržniki pomagajo pri razmišljanju o strateških možnostih. S to analizo dobijo tudi podatke o cenah in dinamiki komunikacije na trgu, ter na katere tekmece morajo biti pozorni in pri katerih segmentih. Z analizo trga določijo privlačnost trga na osnovi njegove velikosti in obstoječih priložnosti. Velikost trga je sestavljena iz obstoječih in potencialnih kupcev izdelka. Pri definiranju farmacevtskega trga sta v pomoč dve glavni značilnosti: zanimanje in dostop (Lidstone & MacLennan, 1999, str. 22–23).

Dogramatzis (2002, str. 103) uporablja izraz analiza mikro okolja namesto analiza trga. Pod mikro okolje šteje tržne segmente določenega terapevtskega področja, porabnike in tekmece.

Pri **določitvi tržnega potenciala** tržnike zanima celotna populacija ljudi, ki bi se lahko zdravila z zdravilom, ter h komu pridejo po zdravila, koliko jih dejansko dobi zdravila in katera zdravila. Znotraj potencialnega trga določijo **ciljni trg**, ki je lahko celoten potencialni trg, kjer imajo zdravniki interes in so kvalificirani za uporabo zdravila, ali samo posamezni segmenti. **Priložnost** je področje potencialnega trga, kjer so nezadovoljene potrebe. **Nevarnost** zadeva vse, kar lahko zmanjša tržni potencial oziroma zapre okno priložnosti (Lidstone & MacLennan, 1999, str. 24).

Izvedba analize trga zajema (Lidstone & MacLennan, 1999, str. 24–29):

- **identifikacijo tržnega potenciala** (velikost potencialnega trga in dostopnega trga, število receptov, trend zdravil v vrednosti in enotah) **in tržnih priložnosti** (rast trga, število tekmecev, stopnja zadovoljstva zdravnikov in bolnikov, vpliv cene, odziv na trženjske aktivnosti, ukoreninjenost navad, število porabnikov itd.) po posameznih segmentih,

- **razumevanje okolja tekmecev** (kdo so tekmeči, v katerih segmentih izvajajo aktivnosti, kako so uspešni, kakšne so njihove strategije); glavni tekmeči so tisti, ki imajo velik tržni delež ali katerih rast tržnega deleža je signifikantna; pri razumevanju okolja tekmecev je potrebno upoštevati tudi pet nevarnosti, kot jih je identificiral M. Porter: nevarnost močnih in agresivnih tekmecev, vstopa novih tekmecev, nadomestnih izdelkov (na farmacevtskih trgih predvsem generikov), rasti pogajalske moči kupcev in rasti pogajalske moči dobaviteljev; Dogramatzis (2002, str. 190) navaja, da so nekateri strokovnjaki s področja trženja v farmacevtski panogi z namenom prilagoditve modela tej panogi dodali še šesto silo: močno regulativo,
- **razumevanje dinamike trga**, kar vpliva na odločitve o taktiki za posamezne segmente; posebej zanimivi so trije vidiki: občutljivost trga na trženjske aktivnosti, občutljivost trga na cene in ukoreninjenost navad.

Po sedanjih ocenah približno 1/3 ljudi dobi sladkorno bolezen za časa življenja. Zaradi naraščajoče epidemije debelosti in dokazov, da je sladkorna bolezen možno preprečiti s telesno aktivnostjo in dieto, so svetovalni ukrepi zdravnikov izredno pomembni, tudi pri obravnavi bolnikov, ki že imajo sladkorno bolezen, da spremenijo svoje nezdrave življenske navade (Williams et al., 2005, str. 144–145).

V današnjem času farmacevtski tržniki delujejo znotraj okvira **regulatornih agencij in predpisov**, ki so jih postavili nacionalni ali mednarodni organi, oziroma si jih je naprtila kar farmacevtska panoga sama. Od tod izvira tudi izraz »etični proizvajalci zdravil«, ki so tisti proizvajalci, ki sledijo internim, lastnim predpisom (Dogramatzis, 2002, str. 10).

Trg zdravil je večplastno reguliran trg. Izdaja zdravil končnemu porabniku, bolniku, je omejena z zdravniškim receptom. Pokrivanje stroškov za zdravila urejajo predpisi o zdravstvenem zavarovanju, ki med drugim zahtevajo, da zdravnik pri izdaji recepta loči med zdravili, ki jih predpisuje v breme zdravstvenega zavarovanja, od tistih, za katere bolniku izda samoplačniški recept (Popovič, 2004, str. 56). Tako poleg registriranih indikacij za zdravilo, ki jih odobri Evropska agencija za zdravila (angl. *European Medicines Agency – EMA*), kroji uporabo določenega zdravila tudi **razvrstitev na listo**. Lista pomeni strogo določen seznam zdravil, ki jih je sploh mogoče predpisati v breme zdravstvenega zavarovanja. Poleg tega se čedalje pogosteje predpisujejo še dodatne omejitve za izdajo posameznega zdravila, ne glede na morebitno uvrstitev na pozitivno listo. Pri določenih zdravilih je na primer označeno, da lahko zdravilo uvede oziroma priporoči le ustrezen zdravnik specialist, drugače lečeči zdravnik bolniku tega zdravila ne more predpisati.

Lista zdravil in omejitve predpisovanja so posledica rastočih stroškov za zdravila. V letu 2007 naj bi za zdravila v Sloveniji porabili vsaj 553 milijonov evrov – večinoma za zdravila, izdana na recept (427 milijonov evrov). Količina denarja, namenjenega zdravilom na recept, je od leta 2000 do 2007 v povprečju rasla z 9,3 % stopnjo (Kučić, 2009, str. 22).

Celotni stroški za zdravila s pozitivne in vmesne liste so znašali 469,6 milijona evrov v letu 2010 in so se povečali za 2,2 %, realno (z upoštevanjem inflacije) pa za 0,4 %. Petletno povprečje (2006–2010) letne rasti je znašalo 3,6 %, realno 0,7 % (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2011, str. 79). Manjše petletno povprečje letne rasti je odraz prizadevanj k obvladovanju stroškov.

Proces preučevanja in ovrednotenja zmožnosti in motivacije tekmecev tržniki skupno imenujejo **analiza tekmecev**. Izvedejo jo v šestih zaporednih korakih (Dogramatzis, 2002, str. 111–119):

1. **identifikacija** vseh sedanjih in potencialnih **tekmecev**; viri informacij so zdravniki, strokovni sodelavci,
2. **analiza vedenja** identificiranih **tekmecev**: vedenje na trgu, prihod njihovih novih zdravil, kako se odzovejo na aktivnosti tržnikov, strategija spreminjanja cene, dajanje popustov, komunikacija strokovnih sodelavcev,
3. natančna **raziskava uspešnosti tekmecev**⁴ čez daljše časovno obdobje (običajno zadnjih pet let): preučevanje prodaje, rasti, tržnih deležev – v povezavi z njihovim vedenjem in strategijami,
4. iz podatkov v prvih treh korakih pridobijo **razumevanje motivacije tekmecev**: njihove strateške namene, dolgoročne cilje in njihovo vizijo, kar jim omogoča razumevanje smeri panoge in pogojev v trženjskem okolju v prihodnosti, ter bolj osredotočeno in učinkovito obrambno strategijo podjetja pred tekmece,
5. sledi **analiza privlačnosti panoge** oziroma potenciala tega tržnega segmenta v prihodnosti, in
6. **definicija ključnih dejavnikov uspeha** v tej panogi in vključitev v lastno strategijo. Zmožnost prekositi tekmece v ključnih dejavnikih uspeha vodi v konkurenčno prednost. V farmacevtski panogi so pogosti naslednji ključni dejavniki uspeha: inovativna zdravila, izkušeni tržniki, poznavanje terapevtskega področja, učinkoviti strokovni sodelavci, biti prvi na trgu z novimi zdravili, finančna sredstva, vključitev na listo zdravil itd.

Tekmece s podobnimi sredstvi, zmožnostmi, strategijami, vedenjem in uspešnostjo na trgu lahko tržniki razporedijo v strateške skupine tekmecev.

Analiza tekmecev (angl. *competitive intelligence*) vključuje obsežno zbiranje, arhiviranje in ovrednotenje pomembnih informacij, ki lahko temeljito vplivajo na poslovne odločitve. Podatke tržniki zbirajo na terenu (prodajno osebje, dobavitelji, trženjskoraziskovalna podjetja), pri ljudeh, ki poslujejo s tekmece, z opazovanjem tekmecev in s pomočjo

⁴ Proces primerjave z najboljšimi (angl. *benchmarking*) uporablja standarde uspešnosti v posamezni panogi, za primerjavo nivoja uspešnosti podjetja z drugimi tekmece, najboljše z vodilnimi zdravili na trgu. Strateški benchmarking je osredotočen na tri elemente: porabnike, tekmece in sposobnosti, ki so potrebne v določeni panogi. Označevalce (angl. *benchmarks*) neprenehno ponovno ovrednotimo in prilagodimo glede na vedno nove standarde odličnosti (Dogramatzis, 2002, str. 113).

objavljenih podatkov. Velikanska zaloga podatkov je na voljo tudi na spletnih straneh in obstajajo tudi komercialno dostopne podatkovne baze o farmacevtskih trgih (Dogramatzis, 2002, str. 119–121; Kotler, 2004, str. 251).

Konkurenčna strategija vpliva na trženjsko strategijo in strategijo zdravila tako, da podjetje pridobi **konkurenčno prednost**, ki je glavni element uspešnega trženja zdravila. Zdravilo dobi konkurenčno prednost, kadar je njegova zaznana vrednost večja kot je pri tekmecih. Elementi, ki so potrebni za pridobitev konkurenčne prednosti, vključujejo večje virov podjetja, boljši položaj na trgu, zelo visoko znanje in odlične odnose na trgu. Konkurenčno prednost morajo tržniki obdržati skozi znatno časovno obdobje in mora biti taka, da jo tekmeci težko posnemajo in tržijo. S časom jo vseeno spodkopljejo napadi tekmecev ali razvoj trga (Dogramatzis, 2002, str. 188).

Analiza tekmecev je bistvenega pomena za razumevanje okolja tekmecev, ne sme pa presegati poznavanje prednosti in lastnosti lastnega izdelka in prav tako ne sme vplivati na osredotočenost k trženju lastnega zdravila.

Izčrpna analiza trga zahteva kombinacijo virov podatkov in interpretacij oziroma presojo izvajalca analize (Dogramatzis, 2002, str. 98; Lidstone & MacLennan, 1999, str. 30).

1.3.3 Analiza trženjskega okolja

S to analizo tržniki dobijo **vpogled v prihajajoče priložnosti in nevarnosti** in kako bodo vplivale na strukturo in velikost trga v prihodnosti. Informacije tako vplivajo na odločitve o strateških možnostih in so v pomoč pri določitvi velikosti trga in napovedih prodaje; lahko pa tudi na odločitve o izdatkih. S sistematično ocenitvijo zunanjega okolja tržniki upoštevajo pri načrtovanju pričakovane spremembe, ki bodo imele pomemben vpliv na trg.

Zunanje okolje, imenovano tudi makro okolje, določa šest glavnih komponent (Dogramatzis, 2002, str. 58, 103; Kotler, 2004, str. 158–178; Lidstone & MacLennan, 1999, str. 30–33; Zupet, 2002, str. 5; Žabkar, 2001, str. 6–15):

- ekonomsko okolje, na primer načrti vlade za financiranje zdravstva, inflacija, obrestne mere,
- tehnološko okolje, na primer razvoj radikalno novih izdelkov ali proizvodnih metod,
- socialno okolje: spremembe v tem okolju pomenijo največje priložnosti ali največje nevarnosti; gre za spremembe v sestavi, vedenju in živlenskem slogu populacije (primer je staranje populacije, brezposelnost, izobrazba) ali za spremembe vedenja in pričakovanj zaposlenih,
- politično-pravno okolje (vlada, zakoni),
- družbeno-kulturno okolje in

- ekološko okolje, na primer pomisleki glede proizvodnje, pomožnih snovi, plastične embalaže.

Pri izdelavi sistematične ocene morajo tržniki razmisliti, ali se bodo spremembe zgodile znotraj obdobja načrtovanja, kolikšen vpliv bodo imele, katere spremembe bodo ključne, in kakšen vpliv bodo imele pri posameznih segmentih. Kjer bodo ključne spremembe domnevno imele pozitiven učinek na segment (na primer večje število receptov, večja povprečna vrednost receptov, manjši izdatki za trženjsko komuniciranje), se bodo dognali do priložnosti, in kjer bodo imele negativen učinek na segment, bodo prišli do nevarnosti (Lidstone & MacLennan, 1999, str. 33–34).

Področje zdravstvene oskrbe je tudi področje, ki vključuje ogromno emocij, kajti nanaša se na zelo raznolike probleme, od dobrega osebnega počutja pa vse do zdravstvenih težav, kjer gre dobesedno za življenje in smrt (Chandler & Owen, 2002, str. 386).

1.3.4 Pregled izdelka

Pregled izdelka in pregled podjetja sta dve analizi, s katerima si tržniki pomagajo pri notranji analizi. Notranja analiza vključuje realistično oceno zmožnosti za konkuriranje v tržnih segmentih.

Pri pregledu izdelka tržniki ocenjujejo zmožnost zdravila pri zadovoljevanju potreb v vsakem tržnem segmentu. **Identifikacija in uporaba konkurenčnih prednosti** je osnovno za razumevanje, od kje bo izviral posel v naslednjem letu in v kakšnem obsegu. Na primer do povečanja prodaje lahko pride zaradi rasti trga ali ker izdelek pridobiva tržni delež na račun tekmecev (Lidstone & MacLennan, 1999, str. 37).

Tržniki morajo odgovoriti na vprašanje: zakaj porabnik izbere ta izdelek in zavrne konkurenčni izdelek, in obratno, zakaj zavrne ta izdelek in izbere konkurenčni izdelek? Razlika je konkurenčna prednost! O konkurenčni prednosti morajo razmisliti od segmenta do segmenta. Konkurenčna prednost je prednost samo, kadar pomeni dodano vrednost porabniku (Lidstone & MacLennan, 1999, str. 37–38).

Analiza izdelka pomaga razumeti **z zdravilom povezane prednosti in slabosti**, nato pa določiti strateške možnosti. Poleg tega tržniki dobijo informacijo, kako izdelek diferencirajo, in osvetlijo zadeve v zvezi s komunikacijo (Lidstone & MacLennan, 1999, str. 38).

Tekom življenjskega cikla izdelka se spreminja vloga trženjske komunikacije. Indirektni učinek trženjske komunikacije ima večji pomen v zgodnjih fazah trženja izdelka, nekje od 6 do 14 mesecev po začetku trženja novega izdelka. Trženjska komunikacija v tej fazi, ko imajo zdravniki z novim zdravilom še omejene izkušnje, zmanjša negotovost zdravnikov

glede kvalitete zdravila in učinkovitosti in zdravniki si nadgradijo svoja predhodna prepričanja o novem zdravilu. Zdravniki proučujejo značilnosti zdravil, na primer kako dobro zdravilo zdravi stanje, za katerega je predpisano, resnost neželenih učinkov, potreben čas zdravljenja, bolnikovo zdravstveno stanje po končanem zdravljenju. Kasneje, ko ima zdravnik že določeno znanje o zdravilu in pridobi določene izkušnje, prevlada direktni oziroma prepričevalni učinek trženjske komunikacije. Na splošno so zdravniki bolj odzivni na osebno komuniciranje, v primerjavi z drugimi trženjskimi aktivnostmi (Narayanan, Manchanda & Chintagunta, 2005, str. 278–280).

Vsak izdelek ima več značilnosti: od osnovnih značilnosti izdelka, pričakovanih značilnosti v očeh porabnika, dodanih vrednosti izdelka, zaradi katerih je še bolj privlačen za porabnike, in potencialnih značilnosti. Dodane vrednosti izdelka imajo še zlasti pomembno vlogo pri trženju in se lahko delijo na fizične, logične in čustvene (Dogramatzis, 2002, str. 50–51).

Dobro definirane in v primerjavi s tekmeci boljše lastnosti zdravil so še vedno le del zaznane vrednosti zdravila s strani porabnikov. Lastnosti zdravil tržniki delijo na (Dogramatzis, 2002, str. 53):

- osnovne: učinkovitost, varnost, hitrost delovanja, in
- dodane vrednosti: enostavnost uporabe, temperaturna obstojnost, rok uporabe, izobraževanje bolnikov, podpora združenjem bolnikov, spletna stran, videz izdelka.

Povzetek glavnih značilnosti zdravila je dokument o zdravilu, ki je priloga ob registraciji zdravila in zajema podatke o (European Commission, Community register of medicinal products for human use, 2010):

- kakovostni in količinski sestavi (zdravilne učinkovine),
- farmacevtski obliki,
- kliničnih podatkih: terapevtskih indikacijah zdravila, odmerjanju in načinu uporabe, kontraindikacijah, posebnih opozorilih in previdnostnih ukrepov, medsebojnemu delovanju z drugimi zdravili in drugih oblikah interakcij, uporabi zdravila med nosečnostjo in dojenjem, vplivu na sposobnost vožnje in upravljanja s stroji, neželenih učinkov, in prevelikem odmerjanju,
- farmakoloških lastnostih: farmakodinamičnih (farmakoterapevtski skupini, mehanizmu delovanja in učinkovitosti v kliničnih raziskavah) in farmakokinetičnih lastnostih (absorpciji, porazdelitvi, metabolizmu in izločanju), ter predkliničnih podatkih o varnosti,
- farmacevtskih podatkih: pomožnih snoveh, inkompatibilnostih, roku uporabnosti, posebnih navodilih za shranjevanje, vrsti ovojnine in vsebini in posebnih varnostnih ukrepov za odstranjevanje in

- imetniku in številkah dovoljenj za promet, datumu pridobitve/podaljšanja dovoljenja za promet in datumu zadnje revizije besedila.

1.3.4.1 Analiza pozicioniranja izdelka

Prednosti zdravila so potrebe, za katere porabniki menijo, da jih izdelek zadovoljuje v večji meri kot drugi izdelki, ki konkurirajo v tem segmentu. Obratno je slabost izdelka potreba, za katero porabniki menijo, da je slabše zadovoljena v primerjavi s konkurenčnimi izdelki ali potreba, ki je slabo zadovoljena s tem izdelkom. Važno je, da tržniki merijo dojetanje porabnikov, kajti njihovo dojetanje je »realnost«, kjer skušajo delovati (Lidstone & MacLennan, 1999, str. 38–39).

Analizo pozicioniranja izdelka izvedejo tako, da za vsak segment določijo glavne potrebe, potem prosijo porabnike, da ocenijo zdravilo glede na njihovo prepričanje, kako zadovoljuje potrebo. Nato enako ocenijo glavne konkurenčne izdelke v tem segmentu. Rezultate prikažejo v obliki diagrama (Lidstone & MacLennan, 1999, str. 39).

Kjer porabniki mislijo, da ima zdravilo slabost, tržniki pa lahko dokažejo, da ima prednost, je področje, na katerem izvajajo trženjsko komunikacijo, da izboljšajo pozicioniranje. Potrebe, ki jih izdelek po mnenju porabnikov zadovoljuje bolje kot tekmeci, so osnova za diferenciacijo izdelka. Potrebe, ki jih tekmeci po mnenju porabnikov zadovoljujejo bolje kot ta izdelek, predstavljajo problem, katerega morajo vzeti v obzir. Če so vse potrebe porabnikov zadovoljene zelo dobro z večino izdelkov na trgu, potem to v bistvu niso več potrebe, temveč pričakovanja porabnikov. Izdelek mora zadostiti tem zahtevam, da ga uvedejo na trg in da se bo lahko široko uporabljal. V tej situaciji morajo tržniki raziskovati še naprej, da odkrijejo resnične potrebe (Lidstone & MacLennan, 1999, str. 39).

1.3.4.2 Zaznavni zemljevidi

Izdelava zaznavnih zemljevidov je še ena tehnika, s katero tržniki pokažejo zaznavanje izdelka pri porabnikih in tistih, s katerimi tekmujejo. Pozicije izdelkov predstavijo na dvodimenzionalni lestvici s setom primerljivih dimenzij: na primer učinkovitost – varnost, cena – resnost zdravstvenega stanja, odmerjanje – enostavnost uporabe itd. Pozicije izdelkov na takih zemljevidih morajo biti pridobljene s pomočjo trženjske raziskave, ne smejo biti vtisi oziroma intuicija produktnega vodja o domnevnem zaznavanju znamk (Lidstone & MacLennan, 1999, str. 40–41).

S pomočjo zaznavnih zemljevidov tržniki pridobijo razumevanje strukture trga, ugotovijo, kakšno je zaznavanje zdravila ali podjetja, identificirajo nazadovoljene tržne segmente in testirajo, kakšno imajo porabniki zaznavo o novih zdravilih (Dogramatzis, 2002, str. 96).

1.3.4.3 Lestvice primerljivih izdelkov

Še ena vizualna tehnika je risanje lestvice primerljivih izdelkov, na kateri lahko ponazorijo več zdravil in več merljivih lastnosti. Ta tehnika lahko pokaže pomembne pomanjkljivosti pri izdelku podjetja v primerjavi s tekmeci (Dogramatzis, 2002, str. 104).

Napoved prodaje novega zdravila temelji običajno na oceni pričakovane stopnje uporabe zdravila na določenem trgu, kjer si tržniki pomagajo s podatki o številu bolnikov, katerih potreba po zdravljenju ustreza indikacijam tega zdravila. Pri napovedi prodaje zdravila upoštevajo tudi omejitve predpisovanja zdravila in pričakovane spremembe cene zdravila. Vse zbrane informacije o vstopu novih tekmecev, trendih uporabe že obstoječih zdravil na tem terapevtskem področju in pričakovanih spremembah cen tekmecev pripomorejo k čim bolj točni določitvi tržnega deleža zdravila.

1.3.5 Pregled podjetja

Pri pregledu podjetja tržniki ocenjujejo sposobnost podjetja, da ravna z nevarnostmi in izkoristi priložnosti. S to analizo dobijo vpogled v s podjetjem povezane prednosti in slabosti. Skupaj s poznavanjem z izdelkom povezanih prednosti in slabosti lahko izdelajo strateške možnosti. Dobijo tudi informacijo, kako lahko dosežejo konkurenčno prednost (Lidstone & MacLennan, 1999, str. 37, 41).

Tržniki iščejo sposobnosti podjetja, ki se razlikujejo od sposobnosti konkurenčnih podjetij v smislu, da ta podjetja teh sposobnosti nimajo ali jih težko posnemajo. Potem razmislijo, ali jim te sposobnosti pomagajo izkoristiti priložnosti in ravnati z nevarnostmi. Na končnem seznamu obdržijo sposobnosti, ki so nujne, da naslovijo določeno priložnost ali nevarnost, in sposobnosti, s katerimi hkrati naslovijo številne priložnosti ali jim pomagajo pri ravnanju z več kot eno nevarnostjo. S pomočjo tega seznama ocenijo pozicijo podjetja znotraj vsakega segmenta. Nato enako ocenijo pozicijo ključnih tekmecev (tistih iz analize trga in tistih, za katere predvidevajo, da bodo vstopili v ta segment tekom intervala načrtovanja). Rezultate analize zberejo v diagramu (Lidstone & MacLennan, 1999, str. 41–42).

Sposobnosti podjetja so lahko: kvaliteta izdelka, cena, sprejemanje in poznavanje izdelka, učinkovitost oglaševanja, strokovni sodelavci, sposobnost distribucije, viri za komunikacijo, informacije, sposobnost načrtovanja itd. (Lidstone & MacLennan, 1999, str. 43).

Kjer je konkurenčna pozicija pri eni sposobnosti šibka v primerjavi s tekmeci, se lahko odločijo za močno investiranje, da to pozicijo izboljšajo. Investiranje v sposobnosti, ki niso dobro pokrite ne s strani tržnikov in ne s strani tekmecev, lahko predstavlja priložnost za

konkurenčno prednost. Kjer je pozicija pri eni sposobnosti močna v primerjavi s tekmeči, morajo razmisliti, kako to prednost obdržati. Če je sposobnost pri večini tekmecev ocenjena z zelo dobro ali odlično, lahko razmislijo, kako bi stvari lahko naredili drugače, da bi prednost ustvarili (Lidstone & MacLennan, 1999, str. 42).

Razumevanje konkurenčne pozicije pomaga pri identifikaciji strateških opcij, odločitvi za strategijo in nato določitvi ključnih stvari za uspeh (Lidstone & MacLennan, 1999, str. 47).

1.4 Analiza zbranih informacij o izbranem trgu zdravil

SWOT analiza je metoda za integriranje in navzkrižno analiziranje vseh podatkov, ki so jih tržniki zbrali pri analizi trga, analizi okolja, pregledu izdelka in pregledu podjetja. Z njeno pomočjo identificirajo (Lidstone & MacLennan, 1999, str. 49):

- **ključne tržne segmente**, ki so vsestransko privlačni; privlačen segment je lahko tisti, ki ima veliko priložnosti in kjer so tržniki konkurenčni za te priložnosti, ali pa segment, kjer so prepričani v svoje sposobnosti, da priložnost ustvarijo in/ali izboljšajo svojo pozicijo in postanejo konkurenčni za to priložnost,
- **ključne priložnosti znotraj segmenta**, ki so najboljše za podjetje in izdelek, ker obstajajo ali lahko pridobijo prednosti, da te priložnosti izkoristijo.

SWOT analiza je tehnika, ki pomaga pri odločitvi o strategiji in specifičnih stvareh, ki jih morajo tržniki narediti, da pridejo do ciljev (taktike). S to metodo dobijo (Lidstone & MacLennan, 1999, str. 50):

- optimalen segment, katerega se bodo lotili, in razloge zakaj (tj. pozicioniranje izdelka),
- sporočilo za komunikacijo in razloge zakaj (tj. kako izdelek diferencirati),
- ciljno skupino in zakaj (tj. ljudi, ki morajo to sporočilo slišati),
- kot kombinacijo zgoraj naštetega, strategijo, ki bo prinesla uspeh,
- taktične cilje in njihovo prioriteto,
- načrt taktike za doseg taktičnih ciljev in ciljev izdelka.

Jaakkola in Halinen (2006, str. 416) poiščeta, pregledata in združita dejavnike iz 29 empiričnih raziskav, ki vplivajo na predpisovalne odločitve zdravnikov. Dejavnike razvrstita v naslednje skupine: z zdravilom povezani dejavniki, dejavniki povezani z zdravnikom, prednostni dejavniki pri bolnikih, stroškovni dejavniki, informiranost in smernice, organizacijski/administrativni dejavniki in navade (Tabela 1).

Trim in Pan (2005, str. 327) poudarjata, da inovativna zdravila ustvarjajo priložnosti za postavljanje ovir tekmečem in farmacevtska podjetja lahko s strateškim pozicioniranjem zdravila postavijo ovire za prihod nadomestnih izdelkov.

Tabela 1: Dejavniki, ki vplivajo na predpisovalne odločitve zdravnikov, s pripisanim številom raziskav

Dejavniki, ki vplivajo na predpisovalne odločitve zdravnikov	Število raziskav
Z zdravilom povezani dejavniki	
učinkovitost, nadzor nad boleznijo, zanesljivost	6
neželeni učinki, kontraindikacije, varnost	6
enostavnost uporabe, zavzetost za zdravljenje	5
bolnikovo stanje (na primer simptomi, starost)	5
osebne izkušnje z zdravilom	3
mehanizem delovanja	1
učinek placeba	1
potrebno spremljanje zdravljenja	1
indikacije odobrene s strani FDA	1
Dejavniki povezani z zdravnikom	
količina strokovnega izpopolnjevanja	2
delovna doba, izkušnje	2
starost	1
Prednostni dejavniki pri bolnikih	
zaznane ali izražene zahteve/želje bolnika	13
zdravnikova želja po zadržanju bolnika	5
Stroškovni dejavniki	
cena zdravila	8
bolnikovo zdravstveno zavarovanje	4
razvrstitev na listo	2
dostopnost do brezplačnih zdravil za revne bolnike	1
Informiranost in smernice	
nasveti/mnenja/praksa drugih zdravnikov	5
smernice za predpisovanje	2
informacije iz oglasov	1
znanstvene informacije	1
Organizacijski/administrativni dejavniki	
razpoložljiva sredstva	1
omejitve predpisovanja	1
ureditev ordinacije	1
Navade	
navade	4
socialne norme in pričakovanja	1
regijske razlike	1

Vir: E. Jaakkola in A. Halinen, *Problem solving within professional services: evidence from the medical field*, 2006, str. 416.

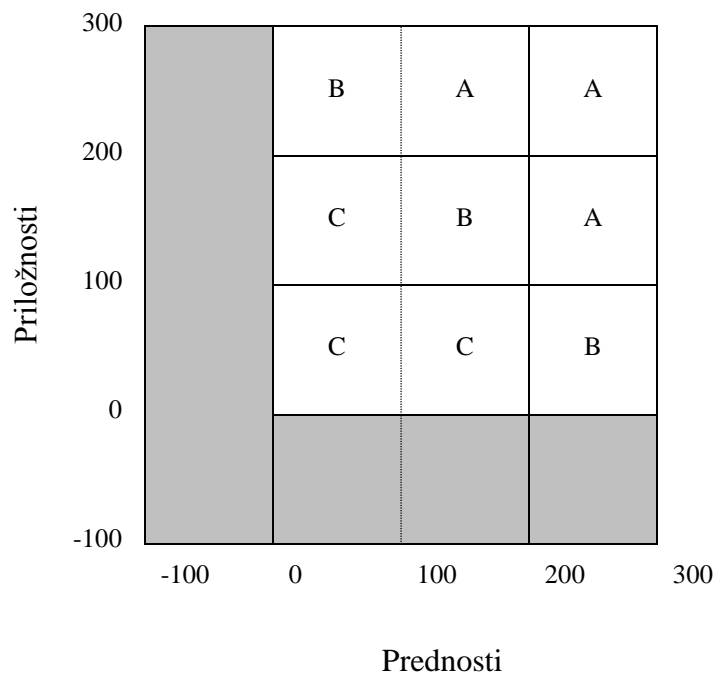
Iz analize trga in analize okolja **tržniki identificirajo** tiste **priložnosti in nevarnosti**, ki imajo pozitivne ali negativne posledice za njihovo podjetje in njihove izdelke. Priložnosti na trgu so na primer velikost segmenta, povečanje števila diagnoz, povečanje števila zdravljenih bolnikov, veliko zanimanje porabnikov, veliko novih porabnikov, nezadovoljena potreba, visoka stopnja nezadovoljstva, status razvrstitve na listo itd. Primeri priložnosti v okolju so: malo regulative s strani vlade, malo negativnega mnenja javnosti, rastoča ekonomija, malo tekmecev, slabe spretnosti trženja tekmecev, omejeni finančni viri tekmecev, malo trženjskih aktivnosti, veliko izdelkov itd. (Lidstone & MacLennan, 1999, str. 50–51).

Iz pregleda podjetja in pregleda izdelka **identificirajo** tiste **prednosti in slabosti**, kjer so nad ali pod povprečjem. Primeri prednosti pri izdelku so: dobra učinkovitost izdelka, dobri podatki/dokazi, dobro pozicioniranje, zanesljivost, prikladno pakiranje, sprejemljiva cena, dobra blagovna znamka itd. Primeri prednosti pri podjetju so: veliko strokovnih sodelavcev, dobro ime, zadostni viri za komunikacijo, stalen razvoj novih izdelkov, motivirani strokovni sodelavci, učinkoviti strokovni sodelavci, dobro izučeni strokovni sodelavci itd. (Lidstone & MacLennan, 1999, str. 51–52). Tako na primer tržniki ne morejo pričakovati, da bi imeli strokovni sodelavci, ki obiskujejo splošne zdravnike, dovolj znanja, da bi obiskovali mnenjske vodje v akademskih ustanovah, kar bi bilo ključno za uspeh zdravila, ki bi ga uporabljali pretežno specialisti (Trim & Pan, 2005, str. 331).

Priložnosti in nevarnosti na prvem seznamu in prednosti in slabosti na drugem seznamu nato razvrstijo glede na pomembnost, in sicer tako, da razdelijo 100 točk preko dejavnikov na vsakem seznamu, pri prednostih in slabostih jih razdelijo pri vsakem posameznem segmentu. Nato v drugem stolpcu rangirajo priložnosti in nevarnosti ter prednosti in slabosti pri vsakem posameznem segmentu od -1 do 3, kjer pri priložnostih in nevarnostih upoštevajo vse stvari znotraj intervala načrtovanja, prednosti in slabosti pa take, kot so trenutno. Točke morajo dodeliti glede na realno stanje na trgu, tudi glede na dejansko vedenje in zaznavanje ciljne skupine, in ne glede na mnenja v podjetju. V tretjem stolpcu pomnožijo dodeljene točke iz prvega stolpca z rangom v drugem stolpcu in tako dobijo rezultat za vse priložnosti in nevarnosti, ter prednosti in slabosti za vsak segment. **Ciljni segmenti so tisti**, ki imajo visok rezultat pri priložnostih in prednostih (oznaka A na Sliki 6).

Zanimivi so lahko tudi segmenti pod oznako B na Sliki 6 (bodisi visok rezultat za priložnost bodisi za prednost, ali za oboje povprečen rezultat); tržniki morajo pogledati, če gre za nevarnosti, na katere lahko delujejo oziroma iz njih ustvarijo priložnost, ter identificirati sposobnosti, ki jih zato potrebujejo. Pri priložnostih morajo ugotoviti, ali gre za take, kjer trenutno niso konkurenčni, ter ali lahko in kako hitro lahko postanejo konkurenčni (Lidstone & MacLennan, 1999, str. 56).

Slika 6: Diagram za odločitev o strategiji



Vir: J. Lidstone in J. MacLennan, *Marketing planning for the pharmaceutical industry*, 1999, str. 52–56.

Določitev ključnih priložnosti in nevarnosti, ter prednosti in slabosti (glede na dobljene rezultate) za vsak posamezen segment pokaže strateške možnosti in kaj morajo tržniki doseči. Tako pridejo do ključnih dejavnikov uspeha in ciljev za diferenciacijo, pozicioniranje, širino in globino predpisovanja, ciljanje itd. (Lidstone & MacLennan, 1999, str. 56–58).

Po Dogramatzisu (2002, str. 107–109) je potrebnih sedem osnovnih korakov za izvedbo osredotočene SWOT analize: identifikacija relevantnih tržnih segmentov, zbiranje in filtriranje pomembnih informacij, seznam pomembnih dejavnikov, pregled dejavnikov, vnos pomembnih dejavnikov v štiri kvadrante SWOT mreže, zmanjšanje števila pomembnih dejavnikov na največ 10 v vsakem kvadrantu (namen SWOT analize je identifikacija ključnih dejavnikov uspeha in prijemališč za ukrepanje), ter razvrstitev dejavnikov po prioriteti.

Tovrstna kvantitativna SWOT analiza je eno najbolj dragocenih orodij pri načrtovanju trženja, kajti z njeno pomočjo tržniki pridejo do številnih odločitev o trženju in do odločitve o najboljšem načrtu aktivnosti (Lidstone & MacLennan, 1999, str. 59).

1.5 Začrtanje strategije trženja novega zdravila

Preden lahko tržniki zasnujejo komunikacijsko strategijo morajo postaviti in se strinjati glede strategije trženja. Trženjska strategija je načrt, ki opredeli ključne cilje in tudi kako

jih bodo tržniki dosegli znotraj nekega časovnega obdobja. Lahko se nanaša na terapevtsko področje, terapevtsko skupino ali na posamezno zdravilo. Splošen stavek, s katerim je strategija opredeljena, zajema ciljno skupino, glavne značilnosti zdravila oziroma prednosti, ki jih bodo tržniki poudarili, in izbrane segmente. **Razumevanje porabnikov in njihovih potreb**, skupaj s pametnimi principi trženja, so nekateri ključni elementi do uspeha (Dogramatzis, 2002, str. 67; Lidstone & MacLennan, 1999, str. xv, 61–62).

Že leta 1982 so tržniki razvili t.i. SOCO lestvico (angl. *Sales Orientation – Customer Orientation*) z namenom merjenja stopnje, koliko se tržnik poglubi v h kupcu usmerjeno prodajo oziroma koliko tržnik skuša pomagati svojim kupcem, da pridejo do nakupnih odločitev, ki zadovoljijo njihove potrebe. Specifično, s pomočjo SOCO lestvice tržniki merijo šest komponent:

1. željo po pomoči kupcem, da pridejo do dobrih nakupnih odločitev,
2. pomoč kupcem, da ocenijo svoje potrebe,
3. ponudbo izdelkov, ki zadovoljijo te potrebe,
4. točen opis izdelkov,
5. izogibanje zavajajočim ali manipulativnim taktikam in
6. izogibanje uporabi velikega pritiska.

SOCO lestvica je sestavljena iz 24 trditvev, ki se nanašajo na specifično delo tržnika, ko je v kontaktu s kupcem. Trditve se ocenjujejo s točkami od 1 do 9 (Gillis, Pitt, Robson & Berthon, 1998, str. 100–101).

Obdržati nivo prodaje z učinkovitim izvajanjem osebne komunikacije je nujno za tehnološko intenzivno panogo, za katero so značilne neprenehne inovacije. Tržniki morajo biti v kontaktu s trgovino in izkoristiti trženjske priložnosti, s kupci pa vzpostaviti kar najbolj učinkovit odnos, ki bo maksimiziral ponovne nakupe (Gillis et al., 1998, str. 102, 105).

Tudi Alt in Puschmann (2005, str. 297–302) opisujeta, da so farmacevtska podjetja zaradi vse večje konkurence prisiljena privzeti strategije, ki so usmerjene h kupcem. Med cilji ravnanja odnosov s kupci (angl. *customer relationship management – CRM*) je tudi intenziviranje interakcij s kupci in vzpostavitev enotnega pogleda na podatke o kupcih, kar pomaga, da se tržniki orientirajo na privlačne kupce, zmanjšajo stroške dela s kupci in povečajo ohranjanje kupcev, ker zagotavljajo obstoječim in novim kupcem njim prikrojene storitve.

Glavni izzivi pri ravnanju odnosov s kupci v zdravstvu so (Alt & Puschmann, 2005, str. 297–302):

- zaradi vse večje konkurence vse bolj zahtevni kupci (zdravniki, pa tudi bolniki),

- omejeni dostopi do zdravnikov: strokovni sodelavci farmacevtskih podjetij morajo biti bolj učinkoviti, pri določenih zdravnikih tržiti več zdravil, ki so zanimiva za te zdravnike, s ključnimi kupci morajo podjetja poiskati tudi nove načine komunikacije,
- vse večji pritiski na cene zdravil s strani vlade z namenom obvladovanja stroškov v zdravstvu, pa tudi zaradi paralelnih uvozov iz nizko cenovnih držav in naraščajoče konkurence generičnih proizvajalcev zdravil in
- prepovedano oglaševanje zdravil za humano uporabo končnim porabnikom v Evropski uniji.

Določitev trženjske strategije je potrebna iz več razlogov (Dogramatzis, 2002, str. 63):

- da tržniki proaktivno začrtajo smer aktivnosti,
- da vsi zaposleni v podjetju delujejo usklajeno,
- da se tržniki izognejo usmeritvi naporov in sredstev k porabnikom, katerih potrebe lahko bolje zadovolji tekmeč.

Vrhovno vodstvo podjetja najprej definira vizijo podjetja, nato sledi določitev usmeritev, vključno z glavnimi izdelki, ciljnim kupci, vrednotami podjetja in geografskimi ter tehničnimi podatki o podjetju. Po določitvi ciljev korporacije določijo cilje za posamezno terapevtsko področje in potem za posamezno zdravilo, ti cilji pa so sestavljeni iz trženjskih ciljev in prodajnih ciljev. Cilji za posamezno zdravilo na nivoju korporacije so nato razdeljeni do ciljev za posamezno regijo, državo in na koncu do ciljev za posameznega strokovnega sodelavca. Strategija mora biti povezana z načrtovanjem virov za trženjsko komuniciranje, učinkovito izvedena, ocenjena in periodično korigirana (Dogramatzis, 2002, str. 64).

Različni posamezniki in organizacije so naredili **liste strateških možnosti** (Dogramatzis, 2002, str. 99–102, 125; Lidstone & MacLennan, 1999, str. 63–65; Kotler, 2004, str. 94–95, 99–100):

- Lidstone in MacLennan ter Kotler povzemajo po Ansoffu naslednje strateške možnosti: strategijo tržnega prodora, razvoja izdelka, razvoja trga in strategijo diverzifikacije; strategija diverzifikacije pomeni prihod novega zdravila na nov trg, zato je ta strategija najbolj tvegana, z visokimi izdatki,
- Lidstone in MacLennan ter Kotler povzemajo po Boston Consulting Group (BCG, vodilnem podjetju za svetovalno dejavnost) kot alternativne strategije: investiranje, zadržanje, žetev in opustitev,
- Lidstone in MacLennan povzemata po Porterju dve dimenziji kot možni izbiri za poslovno strategijo: cenovno vodstvo ali diferenciacijo,
- podjetje lahko izbere strategijo trženja v enem samem segmentu, v samo določenih segmentih, specializiranje na trženje enega samega izdelka v različnih segmentih,

specializiranje na posamezen segment z večimi izdelki, ali strategijo trženja na celotnem trgu z večimi izdelki. Nediferencirano, masovno trženje pride v poštev, kadar zdravilo zadovoljuje potrebe vseh segmentov. Tako trženje sicer omogoča homogen trženjski pristop, zahteva pa enormne vire za trženjske aktivnosti pri vseh različnih specialnostih, poleg tega težko ustvarimo edinstveno konkurenčno prednost. V praksi nobeno farmacevtsko podjetje, pa če je še tako globalno in uspešno, ne more učinkovito ciljati vseh identificiranih tržnih segmentov na vseh terapevtskih področjih in v vseh državah, ker bi bila za to potrebna masovna sredstva, ki niso na voljo nikjer znotraj te panoge, poleg tega bi bila to velika potrata finančnih in človeških virov, z nizko profitabilnostjo. Trženje v enem samem segmentu (angl. *niche marketing*) je običajna strategija majhnih ali srednje velikih farmacevtskih podjetij, ki nimajo dovolj sredstev za konkuriranje na večih in večjih tržnih segmentih, v tem segmentu pa zgradijo visoko konkurenčno prednost in velike prepreke za vstop novih tekmecev, izvajanje trženjskih aktivnosti je ostro osredotočeno. Vendar ima trženje v enem segmentu omejene možnosti rasti in podjetju ne omogoča dolgoročne stabilnosti in preživetja.

Ciljanje, to je postavitvev različnih trženjskih strategij za različne porabnike ali segmente, je pomembna praksa trženja. Sheme ciljanja so lahko različne: na individualni ravni porabnikov, na nivoju segmentov ali množično trženje (brez ciljanja). Farmaceutvska podjetja običajno naredijo načrt za število osebnih obiskov v določenem obdobju in komunikacijska sporočila na nivoju segmentov, ki so osnovani glede na celotno število predpisanih receptov. Ta načrt nato prenesejo strokovnim sodelavcem, ki imajo pri realizaciji načrta nekoliko svobode, da komunikacijo prilagodijo posameznemu zdravniku. Poleg tega je interakcija z zdravnikom še odvisna od razpoložljivega časa zdravnika in njegovega razpoloženja. V raziskavi Dong, Manchanda in Chintagunta (2009, 207–208, 211, 216) se izkaže, da ima, ob upoštevanju strateškega vedenja podjetja, ciljanje na individualni ravni prednost pred ciljanjem na nivoju segmentov, in sicer za 14 do 23 % izboljša donosnost.

Za to, da je tržni segment privlačen, morajo biti izpolnjeni štiri pogoji: segment mora biti merljiv, da tržniki lahko spremljajo njegovo velikost in prodajo izdelka v primerjavi s konkurenčnimi, dostopen, znaten (dovolj velik in dobičkonosen) in homogen (porabniki morajo imeti dovolj podobne potrebe, da so trženjske aktivnosti za izdelek stroškovno učinkovite). Pri izbiri ciljne skupine tržniki koncentrirajo razpoložljive vire za trženje na mnenjskih vodjih in vplivnežih. V današnjem okolju so to običajno plačniki, dobavitelji, predpisovalci in javnost (Lidstone & MacLennan, 1999, str. 67–68).

Dogramatzis (2002, str. 126–127, 135) definira ciljanje kot izbiro specifičnih posameznikov, s katero tržniki dobijo konkurenčno prednost in kamor usmerijo trženjske napore. Izbiri terapevtskih segmentov, kjer konkurirajo s specifičnim zdravilom imenuje **pozicioniranje**. Izraz **profiliranje** (angl. *profiling*) uporablja za izbiro komunikacijskih

sporočil, s katerimi tržniki konkurirajo pri ciljni populaciji v izbranih segmentih. Ciljanje se nanaša na ciljne porabnike, pozicioniranje na bolnike, indikacije ali situacije oziroma na izbiro lastnosti izdelka, ki so pomembne porabnikom, profiliranje pa na komunikacijska sporočila, ki jih oblikujejo na podlagi odobrenih lastnosti izdelka s strani regulatornih agencij in katera prednostno in večkrat komunicirajo porabnikom.

Dobro pozicioniranje izdelka je taka kombinacija glavnih in poudarjenih lastnosti izdelka, ki hkrati zadovolji potrebe porabnika in jo konkurenčni izdelki težko posnemajo. Po drugi strani se mora ta kombinacija lastnosti izdelka popolnoma skladati s celotno strategijo podjetja – podjetje mora imeti znanje, portfelj izdelkov in vire, ki zagotavljajo uspeh v tem segmentu (Dogramatzis, 2002, str. 128).

Podjetje lahko zelo učinkovito poveča svojo produktivnost s tem, da pozicionira nova zdravila zelo prepričljivo že od samega začetka trženja. Bolje kot je novo zdravilo pozicionirano, več receptov bodo zdravniki predpisali, ne glede na nivo virov za trženje. Agresivno pozicioniranje mora prekositi osnovne lastnosti zdravila za 10 do 30 %. K temu običajno prispeva poglobljeno trženjsko raziskovanje. Stephan (2009, str. 92) omenja zanimivo paralelo med tem, kako z uspešnim pozicioniranjem zdravila pri zdravnikih tržniki določijo, kako velika bo prodaja zdravila, in tem, kako geni neke osebe določajo, koliko bo ta oseba visoka. Nivo in splet trženjskih aktivnosti določa le, koliko možne prodaje bo blagovna znamka dosegla; podobno kot prehranjevanje prispeva k rasti posamezne osebe.

Pri dejanskem izboru trženjske strategije morajo tržniki pomisliti še na (Lidstone & MacLennan, 1999, str. 69):

- razpoložljive vire podjetja (finančni viri, proizvodnje kapacitete, število strokovnih sodelavcev itd.),
- homogenost izdelka,
- življenjski cikel izdelka,
- homogenost trga in
- na trženjske aktivnosti tekmecev.

Podobno v tem poglavju magistrskega dela opisanemu celotnemu postopku zbiranja in analize informacij ter načrtanja strategije trženja novega zdravila sta Trim in Pan (2005, str. 337) na podlagi primarnega in sekundarnega raziskovanja razvila NPLS model (angl. *New Product Launch Strategy*) za farmacevtska podjetja. Model prav tako zajema:

- zunanjo analizo: analizo porabnikov, analizo tekmecev in analizo trga, od koder izvirajo priložnosti in nevarnosti,
- notranjo analizo: analiza prodaje, determinant strateških možnosti, od koder dobimo prednosti in slabosti,

- dejavnike znotraj farmacevtske panoge: stvari povezane z zdravilom, regulativo, tehnologijo ali geografskim področjem,
- strateške odločitve: strategija izdelka, strategija trga in strategija podjetja, ter
- taktične odločitve: o izdelku (blagovna znamka, nabor izdelkov), ceni (nivo, strategija), trženjskem komuniciranju (stroški, načini) in tržnih poteh (kanali, stroški).

2 TRŽENJSKO RAZISKOVANJE PRI NAČRTOVANJU TRŽENJA NOVEGA ZDRAVILA

2.1 Doprinos trženjskega raziskovanja pri načrtovanju trženja zdravil

V neprestano spreminjajočem se farmacevtskem trženjskem okolju, za katerega so značilni ogromni stroški za razvoj in raziskave, velika konkurenca, vse strožja regulativa in vse bolj zahtevni porabniki, morajo farmacevtski tržniki skoraj dnevno delati kritične presoje in odločitve. Ocenjujejo tržni potencial, možne vplive novih regulatornih omejitev s strani vlade, učinke preteklega zniževanja cen tekmecev ali v kakšni meri novo zdravilo zadovoljuje potrebe predpisovalcev in bolnikov. Pri tem se zanašajo na točne, pravočasne in podrobne informacije, ki opisujejo dejavnike, ki so, vplivajo ali bodo vplivali na njihovo trženjsko okolje v prihodnosti. Te informacije jim omogočajo identifikacijo potencialnih problemov in priložnosti, pripravo, oceno in prilagoditev trženjskih aktivnosti, spremljanje uspešnosti na trgu, primerjavo njihove terapevtske ponudbe s tekmeči in preizkus novih idej glede na potrebe, želje in vedenje porabnikov. Nekateri strokovnjaki celo trdijo, da bo farmacevtska panoga v 21. stoletju enako upoštevala interne zmožnosti, finančne vire in informacije (Dogramatzis, 2002, str. 73–74).

Podjetja imajo na voljo več virov trženjskih informacij, ki jih vodilni lahko uporabljajo za sprejemanje boljših odločitev: od trženjskega raziskovanja, do pritožb porabnikov, raziskav zadovoljstva porabnikov, raziskav kvalitete izdelkov in storitev, finančnih podatkov, podatkov o poslovanju s porabniki, informacij o vedenju tekmecev, analiz tveganja in zunanjih baz podatkov (Mahajan & Wind, 1999, str. 11).

Berkowitz (2006, str. 4, 133) **definira trženjsko raziskovanje** kot proces sistematičnega zbiranja informacij ali podatkov o porabnikih, z namenom identificirati njihove potrebe. Z uporabo teh podatkov podjetja začrtajo trženjske strategije, ki se nanašajo na potrebe porabnikov.

Trženjsko raziskovanje je sistematičen in objektivni proces zbiranja informacij, ki so potrebne za sprejemanje trženjskih odločitev. **Namen trženjskega raziskovanja** je (Dogramatzis, 2002, str. 74, 76–77):

- identificirati nezadovoljene terapevtske potrebe,

- dobiti epidemiološke podatke o bolezni,
- predvideti povpraševanje porabnikov po novem zdravilu,
- ugotoviti, kakšna je prepoznavnost blagovne znamke,
- dobiti podatke o vedenju porabnikov, predpisovalnih navadah (število receptov na mesec, zaščitene imeni zdravil, dozah, jakostih, terapevtski uporabi, novih bolnikov ali nadaljevanju zdravljenja, zamenjavi zdravil),
- preveriti pozicioniranje zdravila, kvaliteto materialov za trženjsko komuniciranje in strokovnih sodelavcev, ključna komunikacijska sporočila,
- ugotoviti, zakaj so tekmeči uspešni,
- dobiti podatke o velikosti trga in rasti,
- poznati prodajo in tržne deleže za vsa zdravila v določeni kategoriji,
- določiti primerno ceno za novo zdravilo,
- ugotoviti povpraševanje glede na sezono in trende,
- preprečiti krize in napake,
- identificirati ključne cilje,
- ovrednotiti podobo podjetja v javnosti in
- predlagati možne uspešne programe oglaševanja in drugih aktivnosti.

Večina zdravnikov glede na trženjske aktivnosti farmacevtske panoge v začetku predpisuje večino blagovnih znamk znotraj terapevtskega razreda, čez čas pa razvijejo določene preference, da se za eno izmed blagovnih znamk odločajo pogosteje kot za druge. Kot rezultat imajo zdravniki različne predpisovalne navade, ker pridejo do različnih prepričanj glede delovanja zdravil. Analiza predpisovalnih navad zdravnikov prinese dragocene in pravočasne informacije o dojetanju učinkovitosti zdravil in pojavljanju tekmecev znotraj terapevtskega razreda (DeSarbo et al., 2001, str. 430).

Izvedba trženjske raziskave med zdravniki lahko pomaga tržnikom razumeti predpisovanje različnih blagovnih znamk znotraj določenega terapevtskega razreda in kako je pogostnost predpisovanja teh zdravil povezana z zdravniki različnih specialnosti. Na splošno imajo specialisti več znanja kot splošni zdravniki o farmakoloških lastnostih zdravil in razumevanju njihovega delovanja. DeSarbo et al. (2001, str. 431–432) na podlagi uporabe metodologije prostorskih zemljevidov (angl. *spatial maps*) identificirajo tri segmente specialistov glede na hitrost sprejemanja novih zdravil na danem terapevtskem področju:

- počasneže, ki raje predpisujejo starejša zdravila in nekoliko cenejše blagovne znamke,
- velike porabnike novejših blagovnih znamk, ki jih sicer ne začnejo predpisovati posebno hitro, in
- inovatorje.

Iz poznavanja preferenc zdravnikov lahko najdejo načine, kako vplivati na te preference in katera zdravila konkurirajo med sabo v določenem segmentu. Tržnik se lahko osredotoči

na tistega tekmeца, kjer bo zdravnik najlažje spremenil svoje predpisovalne navade, in temu tudi prilagodi pozicioniranje svojega zdravila (DeSarbo et al., 2001, str. 432–434).

Analiza mišljenja zdravnikov pokaže, kako zdravniki dojemajo različna zdravila na recept. Taka analiza je običajno pristranska k večjim blagovnim znamkam, kar lahko vpliva na to, da tržniki ne dobijo jasne slike o dejanskih potrebah in trendih. Bates in Bailey (2003, str. 145–148) omenjata metodo *Campbell Belman Brand Confidence Predictor* (v nadaljevanju CBBCP), ki omogoča merjenje vplivov trenutnih trženjskih aktivnosti v smislu, katere prispevajo k porastu in katere k padcu tržnega deleža. Metoda pokaže uspešnost blagovne znamke glede na tržni delež preko številnih pomembnih dejavnikov. Tako avtorja navajata pet dejavnikov, ki vplivajo na pogled zdravnika na blagovno znamko zdravila na recept in s tem na ekonomski uspeh določene blagovne znamke zdravila:

1. lastnosti zdravila na recept,
2. predstavitev strokovnih informacij s strani strokovnega sodelavca,
3. vizualni oglasi, ki jih uporablja strokovni sodelavec,
4. način oglaševanja zdravila, in
5. zdravnikov pogled na blagovno znamko zdravila.

CBBCP metoda upošteva pomembnost vsakega od dejavnikov, s katerimi merijo zaupanje v blagovno znamko, in sicer oceno dejavnika pri blagovni znamki v primerjavi z ocenami dejavnika pri konkurenčnih blagovnih znamkah. Dobljene informacije se matematično pretvorijo v funkcijo tržnega deleža blagovne znamke v primerjavi s tržnimi deleži tekmecev. Tako dobijo izračunane tržne deleže. Razlika med izračunanimi in dejanskimi tržnimi deleži pokaže, koliko lahko zaupanje v dejavnik vpliva na dejanski tržni delež. Na primer, če za določen dejavnik izračunajo večji tržni delež od dejanskega tržnega deleža, bi zaupanje v ta dejavnik prispevalo k večjemu tržnemu deležu.

2.2 Izvajanje trženjskega raziskovanja

Trženjsko raziskovanje je v pomoč produktnim vodjem pri pomembnih odločitvah. Produktni vodja mora najprej definirati problem, potem določiti, kakšne informacije želi zbrati, kako jih bo zbral in kako naj bi jih analiziral. Odločiti se mora za načrt raziskave, metodo zbiranja podatkov in pripraviti vprašalnik za zbiranje podatkov, ter narediti načrt za vzorčenje. **Definiranje problema** je kritični del celotne raziskave, kajti napačna definicija problema lahko vodi farmacevtske tržnike do zavajajočih in nevarnih zaključkov. Pri definiranju problema si lahko pomagajo z raziskavo prepričanj, vedenja in dejanskih izkušenj majhnega števila anketirancev in na osnovi teh ugotovitev postavijo hipotezo. V to fazo raziskovanja naj bi bili vključeni vsi pomembni zaposleni v podjetju, vključno z vodstvom, da dobijo točno oceno definicije problema. Pri ciljih raziskovanja pogosto razlikujejo med primarnimi in sekundarnimi cilji, večji poudarek in temeljitost sta na primarnih ciljih. Vzorec mora biti dovolj velik, da se pokažejo statistično značilne razlike,

in ne prevelik glede na razpoložljiva sredstva. Tehnike vzorčenja temeljijo na verjetnosti ali pa tržniki določijo ciljno populacijo (Berkowitz, 2006, str. 133–134; Dogramatzis, 2002, str. 78, 83; Lidstone & MacLennan, 1999, str. 113).

Berkowitz (2006, str. 133) in Kotler (2004, str. 129) razdelita postopek trženjske raziskave na pet podobnih stopenj:

- opredelitev problema in ciljev raziskave,
- priprava načrta raziskave,
- zbiranje informacij,
- analiza in ovrednotenje rezultatov in
- sprejem odločitev.

Načrt vzorca raziskave vsebuje določitev vzorčne enote, velikosti vzorca in izbiro metode vzorčenja. Pri izbiri metode vzorčenja tržnike zanima, kako izbrati osebe, ki bodo vključene v vzorec (Kotler, 2004, str. 136–137). Poznani so vzorci, ki temeljijo na verjetnostnem računu, pri katerih ima vsaka enota populacije vnaprej znano verjetnost, da bo izbrana v vzorec. To so: enostavni slučajni vzorec, sistematični vzorec, stratificirani vzorec, vzorčenje v skupinicah ter vzorčenje v dveh ali več stopnjah. V primerih, ko je verjetnostno vzorčenje predrago ali preveč dolgotrajno, se trženjski raziskovalci odločijo za vzorce, ki ne temeljijo na verjetnostnem računu: priložnostni, namenski ter kvotni vzorec (Rojšek, 1997, str. 45–47).

Informacije, ki jih tržniki želijo zbrati, so lahko **kvalitativne ali kvantitativne** (Lidstone & MacLennan, 1999, str. 114):

- **kvalitativno raziskovanje** primarno uporabljajo v zgodnjih fazah raziskovanja, ko želijo poiskati, razviti in odkriti stvari kot so: potrebe in priložnosti, koncepte za nove izdelke, pozicioniranje izdelka, koncepte za oglaševanje in komunikacijo, navade, mnenja, prepričanja in vedenje porabnikov. Običajno se izvaja s poglobljenimi intervjuji, skupinskimi diskusijami ali fokusnimi skupinami. To raziskovanje ne more biti statistično analizirano;
- **pri kvantitativnem raziskovanju** si prizadevajo priti do podatkov v številkah. Za tovrstno raziskovanje se uporabljajo strukturirani vprašalniki in gre za velik podvig.

Tržniki lahko informacije dobijo z branjem (t.i. **sekundarno raziskovanje** ali raziskovanje za mizo) ali preko kontaktiranja ljudi (t.i. **primarno raziskovanje**) (Berkowitz, 2006, str. 135; Lidstone & MacLennan, 1999, str. 114).

Sekundarno raziskovanje je običajno prvi vir informacij in najhitrejša pot, da dobijo splošno zavedanje situacije. Obseg in kvaliteta teh podatkov se razlikuje, tako je tudi

stopnja, do katere lahko uporabljajo sekundarno raziskovanje, različna. Tipična področja, kjer tržniki iščejo podatke, so (Lidstone & MacLennan, 1999, str. 114–116):

1. objavljeni viri: knjige, članki, servisi za medicinske informacije, revije,
2. viri podjetja: izbrane informacije iz podatkovne baze IMS⁵ (podatki o prodaji v denarju in enotah, podatki o številu receptov, o bolnišnični prodaji, prodajni indeksi, spremljanje izdatkov za medije na nacionalnem nivoju), strokovni sodelavci, medicinsko osebje, osebje za nabavo itd.,
3. direktne informacije pri porabnikih,
4. javne organizacije: vladna statistika, Svetovna zdravstvena organizacija, profesionalne inštitucije,
5. fakultete: na primer sociologi, ki proučujejo spremembe v okolju, poklicih in navadah.

V zdravstvu narašča tudi količina dostopnih sekundarnih trženjskih podatkov, ki jih tržniki lahko odkupijo od določenih podjetij in tako dobijo informacije o določenem vprašanju ali področju problematike. V farmacevtski panogi v ZDA najbolj obsežne vire sekundarnih podatkov zagotavlja *NDC Health Information Services*, kjer v eni od baz, t.i. *NDC Patient Trends*, tržniki dobijo podatke o tem, koliko novih bolnikov se je začelo zdraviti z določeno terapijo v zadnjih dvanajstih mesecih, koliko je bilo zamenjav z drugo terapijo, kakšne diagnoze imajo bolniki na določeni terapiji in še množico podobnih informacij. V drugi bazi dobijo podatke o tedenski prodaji, v tretji celo podatke o zgodnjih predpisovalcih (Berkowitz, 2006, str. 139–142).

Zaradi vse večjih zahtev glede točnosti in kompleksnosti je potrebno **primarno trženjsko raziskovanje**, kot glavni doprinos k načrtovanju trženja novega zdravila. Poznavanje in komuniciranje vseh možnih perspektiv načrtovanja trženja zdravila in s tem povezan program primarnega trženjskega raziskovanja je ključno za vsesplošne rezultate in pričakovan uspeh (John, 2008, str. 13). Primarno raziskovanje je znano tudi kot originalno raziskovanje oziroma raziskovanje s pomočjo vprašalnikov, ki ga tržniki uporabljajo, kadar potrebni podatki niso na voljo ali pa so obstoječi podatki zastareli, netočni, nepopolni ali nezanesljivi. To raziskovanje sicer vključuje večje stroške in daljši čas, toda podatki so običajno bolj relevantni in tudi točni (Berkowitz, 2006, str. 135; Lidstone & MacLennan, 1999, str. 116).

Najbolj običajni koraki v procesu integriranja primarnega trženjskega raziskovanja v načrtovanje trženja zdravila so naslednji (Slika 7):

- zbiranje epidemioloških podatkov,

⁵ IMS (angl. *Intercontinental Marketing Services*): ime izvira iz leta 1954, ko sta B. Frohlich in D. Dubow ustanovila podjetje, katerega vizija je bila poleg zbiranja informacij omogočiti organizacijam, da oblikujejo utemeljene, strateške odločitve o trgih (Our History: Advancing global healthcare for more than 50 years, 2009).

- zbiranje podatkov o trgu,
- primerjava razlik med obema viri podatkov,
- proučevanje trendov v začetku načrtovanja trženja in
- prilagajanje podatkov oziroma napovedi glede na dogodke v prihodnosti.

Slika 7: Integriranje primarnega trženjskega raziskovanja v celoten postopek načrtovanja trženja novega zdravila



Vir: E. G. John, *Primary Marketing Research for Forecasting, Context is Everything*, 2008, str. 14.

Pridobitev epidemioloških podatkov je običajno začetna točka večine trženjskih načrtov na osnovi modelov bolnikov. Tudi skupina raziskovalcev iz St. Louisa je izpostavila kot način za identifikacijo možnih kupcev določenega izdelka uporabo modelov bolnikov, s katerimi tržniki dobijo boljšo sliko celotnega trga določene bolezni. Ocenitev števila novih (incidenca) in obstoječih (prevalenca) primerov posamezne bolezni v določenem časovnem intervalu je začetna točka za analizo eventualnih priložnosti za novo zdravilo, s katerim bo zdravljenih nekaj od teh bolnikov. Trženjsko raziskovanje običajno ni dober vir epidemioloških podatkov, ker bolniki ali zdravniki težko ocenijo stanje določene diagnoze tekom intervjujev, in vzorčenje ni dovolj veliko, da bi bila robustnost podatkov zadostna za analizo. V poštev pride v določenih situacijah, kjer gre za populacijo bolnikov, za katero še ni nobenih podatkov, ali v določenih državah ali regijah, kjer primanjkuje epidemioloških podatkov (John, 2008, str. 14; Smith et al, 2002, str. 19–20).

V fazi uvajanja zdravila na trg so podatki o trgu glavna informacijska potreba tržnikov. Ti podatki so jim v pomoč pri določitvi optimalnega ciljanja, pozicioniranja in profiliranja zdravila (Dogramatzis, 2002, str. 162).

Ob pridobivanju podatkov o trgu se običajno značilno poveča uporaba trženjskega raziskovanja. Pri tem tipu informacij je namreč več vrzeli pri obstoječih virih, odvisno od specifične situacije zdravila. Primarno trženjsko raziskovanje lahko zelo učinkovito zapolni vrzeli pri naslednjih podatkih o trgu, ki zajemajo obsežne informacije za trženjski načrt (John, 2008, str. 14):

- število in tip bolnikov, ki se zdravijo,
- uvajanje terapije novim bolnikom/zamenjave,
- zaporedje uvajanja terapij/sočasna uporaba,
- tržni deleži (v bolnikih/predpisanih receptih/prodaji),
- dolžina zdravljenja,
- zavzetost za zdravljenje,
- vpliv list zdravil/zavarovanj,
- moč trženjskega komuniciranja (angl. *share of voice*),
- odziv na model komuniciranja (angl. *promotional response modeling*),
- oglaševanje direktno končnim porabnikom in
- povezava med diagnozo in predpisovanjem.

Po uskladitvi epidemioloških podatkov in podatkov o trgu in upoštevanju sedanjih trendov trženjski načrt prilagodijo glede na dogodke v prihodnosti. Dogodki v prihodnosti vključujejo:

- nove podatke iz kliničnih raziskav (pozitivne ali negativne) ali nove indikacije,
- nove trženjske aktivnosti (spremenjeno pozicioniranje, komunikacijska sporočila, število strokovnih sodelavcev),
- oglaševanje direktno končnim porabnikom,
- novo odmerjanje zdravila,
- nove smernice za zdravljenje,
- nove diagnostične metode,
- potek patenta za konkurenčno zdravilo,
- umik zdravila s trga ali dodano opozorilo za resen ali življenjsko ogrožujoč neželeni učinek in
- ocenjevanje in napovedovanje aktivnosti ali situacij konkurenčnih zdravil, ki lahko prispevajo k uspešnosti trženja zdravila.

Primarno trženjsko raziskovanje je najboljši način za zajetje tovrstnih podatkov in vključitev v trženjski načrt (John, 2008, str. 14).

2.3 Metode, različni pristopi in tveganja pri primarnem trženjskem raziskovanju

Pri primarnem raziskovanju imajo tržniki na razpolago številne **metode raziskovanja** (Lidstone & MacLennan, 1999, str. 114):

- fokusne skupine (v živo, preko telefona, interneta),
- poglobljene osebne intervjuje,
- raziskave preko telefona,
- opazovanja (ob dogodkih),
- raziskave preko pošte,
- raziskave preko interneta,
- skupinske diskusije preko telefona in
- testiranja trženjskih storitev.

Intervjuji so lahko (Lidstone & MacLennan, 1999, str. 116):

- **nestrukturirani intervjuji:** lahko jih uporabljajo za posameznike ali skupine. Sodelujoče seznanijo z eno ali več splošnih tem in nato pustijo, da poteka diskusija z njihovimi lastnimi besedami in z vidika njihovih izkušenj. So izjemno uporabni za pridobivanje začetnega občutka o situaciji in služijo kot okvir za bolj specifično raziskovanje. Vendar pa je analiza težavna in na ta način dobljeni podatki so vedno kvalitativni (ni jih mogoče statistično meriti);
- **semi-strukturirani intervjuji:** ki pomenijo korak naprej, ker tržniki vodijo diskusijo v predhodno določeni splošni smeri. V ta namen pripravijo osnutek z glavnimi področji vprašanj, izvajalec intervjuja ima svobodo, da uporabi drugačne besede ali zamenja vrstni red glede na potrebe v danem trenutku. Zelo so uporabni, kadar tržniki želijo poglobljeno raziskati specifično temo. Informacije so sicer še vedno kvalitativne in analiza je težka;
- **strukturirani intervjuji:** so končna kvantitativna faza. Pripravljena so vprašanja in sprememba besed ali vrstnega reda ni dovoljena. Z njimi dobijo resnično trdne podatke.

Kadar tržniki proučujejo prepričanja oziroma vedenje porabnikov, so najbolj znane metode: primerjava parov (zdravilo A v primerjavi z zdravilom B, zdravilo B v primerjavi z zdravilom C in zdravilo A v primerjavi z zdravilom C), zaznavni zemljevid, določena vsota (običajno 100 točk, ki so razdeljene med različne možnosti), rangiranje od najslabšega, preko povprečnega do najboljšega, Likertova lestvica (močno strinjanje ali nestrinjanje s trditvijo), semantično razlikovanje (5 ali 7 točkovna lestvica z nasprotujočimi si pari opisnih besed) in tehnike projiciranja (besedne asociacije, razlaga slik, igranje vlog itd.) (Dogramatzis, 2002, str. 85).

Vsaka od metod zbiranja podatkov (osebno, preko pošte, preko telefona) ima določene prednosti in slabosti. Osebna metoda omogoča natančno raziskovanje, z vključitvijo odprtih vprašanj, uporabo pomožnih materialov (vzorcev, brošur itd.), lahko pa je draga in časovno zamudna. Metoda preko pošte omogoča velik vzorec in je lahko stroškovno učinkovita, tržniki pa nimajo kontrole nad številom in časom odzivov, število odzivov je majhno, vprašanja morajo biti enostavna, ter tržniki ne vedo, kdo izpolni vprašalnik in ali so te osebe tipične. Metoda preko telefona je dokaj hitra, omogoča fleksibilnost pri spraševanju, podpora računalniških tehnik omogoča takojšen dostop do rezultatov, kontaktirani pa lažje odklonijo sodelovanje in težko obdržijo njihovo pozornost (Lidstone & MacLennan, 1999, str. 116–117).

Skupinske diskusije in fokusne skupine so primerne, kadar je primarna skrb razumevanje in ne merjenje. So dopolnilo kvantitativnemu raziskovanju in tržniki jih lahko izvedejo pred njim ali za njim. Vključen je majhen vzorec porabnikov, uporabljajo se različne tehnike zbiranja podatkov. Ključni del pri takem zbiranju podatkov je interpretacija ugotovitev. Izvajalci morajo imeti veliko znanja in biti pozorni. Pri takšnih diskusijah je dobrodošlo snemanje. Skupina mora biti dovolj homogena. Fokusne skupine tržniki uporabijo za testiranje koncepta, testiranje oglaševanja, oceno trženjske strategije, testiranje embalaže in dizajna, za pridobivanje idej itd. (Lidstone & MacLennan, 1999, str. 118).

Z **vprašalniki** tržniki običajno zberejo mnenja, zaznavanja in izkušnje naključno izbranih posameznikov. Z njimi lahko dobijo tudi demografske informacije. Najbolj priročna metoda za pridobivanje ažurnih trženjskih informacij postajajo vprašalniki preko interneta. Vprašalnike uporabijo za testiranje izdelkov ali konceptov, za zbiranje podatkov o nagnjenjih in mnenjih porabnikov, za izvedbo raziskav zadovoljstva porabnikov, za pridobivanje kvantitativnih informacij, oceno novih trženjskih strategij, razumevanje nakupnega procesa, sledenje uporabe izdelka in pridobivanje podatkov o segmentaciji (Lidstone & MacLennan, 1999, str. 118–119).

Tudi *conjoint* analize so postale široko priznan metodološki pristop v zdravstvenem sektorju. Z njimi dobijo podatke o spremembah trgov glede na različne »kaj če« scenarije, tako da gledajo, kaj se zgodi, če spremenijo enega od dejavnikov oziroma lastnosti zdravila (na primer različne farmacevtske oblike zdravila). S *conjoint* raziskavo lahko pridobivajo informacije o (Bowditch, Gurrieri & Henry, 2003, str. 390, 394–395):

- glavnih prednostnih lastnosti zdravila, ki so ključne za predstavitev novega zdravila potencialnim kupcem,
- verjetnih trendih na trgu že obstoječih zdravil (na primer prihod novih farmacevtskih oblik, potek patentne zaščite pri glavnem tekmecu) in
- prihodu novih zdravil na trg.

Metode *conjoint* raziskovanja so različne. Kadar tržniki želijo upoštevati veliko število možnih dejavnikov oziroma lastnosti zdravil, si lahko pomagajo tudi z računalniškimi programi in z njimi izvedejo na primer prilagojeno *conjoint* analizo (angl. *Adaptive Conjoint Approach – ACA*) ali na izbiri temelječo *conjoint* analizo (angl. *Choice-based Conjoint Approach – CBC*), ki je bolj primerna za cenovne raziskave (Bowditch et al., 2003, str. 391–392).

Količina doprinosa primarnega trženjskega raziskovanja k načrtovanju je odvisna od dveh dejavnikov: časa za izdelavo trženjskega načrta za določeno zdravilo in razpoložljivosti relevantnih podatkov. To predstavlja tudi okvir za odločitev, kakšne raziskovalne metode bi bile uporabne v različnih situacijah. Med številnimi obstoječimi John (2008, str. 15–16) navaja, da se pogosto uporabljajo naslednje **štiri metode za postavitve predpostavk za načrtovanje trženja novega zdravila**:

1. **kvalitativna raziskava**: kadar tržniki želijo v majhnem obsegu oceniti dovzetnost trga za novo zdravilo; tržniki sprašujejo zdravnike, kakšni so njihovi trenutni vzorci predpisovanja, nato jih prosijo, da pregledajo lastnosti novega zdravila in povejejo, kakšen bi bil možen vpliv take nove terapije na njihovo predpisovanje, če bi bila na razpolago. Tak raziskovalni projekt običajno traja od tri do šest tednov. Člani načrtovalne skupine slišijo racionalnost oziroma razloge za uporabo ali neuporabo novega zdravila, še zlasti če trženje tega zdravila pomeni za podjetje novo terapevtsko področje;
2. **kvantitativna raziskava**: metodologija je podobna načrtu kvalitativne raziskave, vendar je velikost vzorca večja, ter raziskava poteka s strukturiranim vprašalnikom, s pomočjo katerega tržniki dobijo številčne podatke o načinih zdravljenja oziroma algoritmih za zdravljenje in oceno dovzetnosti za novo zdravilo. Velikost vzorca pri neverjetnostnem, priložnostnem vzorčenju omogoča analitično povezavo med vzorci zdravljenja in dovzetnostjo, ter tudi analizo podskupin. S to metodo tržniki dobijo bolj zanesljive predpostavke za oceno tržnega deleža. Tovrstno raziskovanje običajno poteka daljši čas: običajno štiri pa vse do osem tednov;
3. **načrtni eksperimenti** (*Monadic* načrt, *Trade-off* in cenovne raziskave): so najbolj robustna metodologija na velikem vzorcu kvantitativnih raziskav, katere namen je ocenitev dovzetnosti trga za novo zdravilo z omejitvijo možnih pretiranih ocen s strani sodelujočih. Ta metoda bolj temeljito ovrednoti prednosti in slabosti novega zdravila preko predstavitve različnih scenarijev, od najslabšega do najboljšega. Velik vzorec teh raziskav omogoča analitično povezavo med vzorci zdravljenja in dovzetnostjo, ter tudi analizo podskupin. Metodologija omogoča ocenitev in povezavo dovzetnosti ciljnih kupcev (zdravnikov, bolnikov in drugih) do novega zdravila z gonilnimi silami v njihovem procesu odločanja. Dodatno omogoča tudi povezavo odgovorov različnih strank (na primer zdravnikov in plačnikov) in tako bolj realistično oceno dovzetnosti za novo zdravilo. Slaba stran tega pristopa je velika poraba sredstev in časa (običajno traja

šest do dvanajst tednov); zaradi možnih dejavnikov in posledično scenarijev pa pomeni precejšen miselni napor za sodelujočega;

4. **kvalitativna Delphi tehnika:** obogati kvalitativno raziskovanje z robustnostjo izvajanja intervjujev s sodelujočimi več kot enkrat. Poleg tega sodelujoči podajo svojo oceno ob slišanju ocen svojih kolegov. Gre torej za večkratno, iterativno raziskavo med specifično skupino sodelujočih (običajno mnenjskih vodij za določeno temo) z namenom oceniti prihod in vpliv bistvenih dogodkov v prihodnosti. Tako raziskovanje lahko izostri osredotočenje kliničnega programa in učinkovito razporeditev sredstev. Pri tej raziskavi je izziv pritegniti k sodelovanju »prave« mnenjske vodje – do dvajset – od majhnega števila možnih kandidatov. Izziv je tudi čas izvajanja raziskave. Pristop zahteva znatne predpriprave in oseba, ki izvaja intervju, mora imeti ekstremno široko znanje in tehnike, da se lahko prijetno pogovarja z mnenjskimi vodji o določenem terapevtskem področju.

Za tržnike predstavlja znaten izziv dobiti številčne podatke o konkurenci, zaznavanju porabnikov farmacevtskih izdelkov, problemih v zvezi z razvrstitvijo zdravila, s količino trženjskega komuniciranja, z zavzetostjo za zdravljenje itd. (Cook, 2006, str. 17).

Organizacijska ureditev trženjskega raziskovanja znotraj posameznega podjetja je v veliki meri odvisna od velikosti in organizacijske strukture podjetja. V manjših podjetjih je za potrebe raziskovanja običajno zadolžena ena oseba, ki je odgovorna prodajnemu ali trženjskemu managerju ali direktorju podjetja (Velepec, 2004, str. 20). V farmacevtskih podjetjih so za trženjsko raziskovanje običajno zadolženi kar produktni vodje, ki zbirajo podatke preko osebnih stikov z zdravniki, s pomočjo strokovnih sodelavcev, včasih pa se odločijo tudi za sodelovanje z zunanjim izvajalcem trženjske raziskave (odvisno od finančnih zmožnosti, ker so stroški za izvedbo takšne raziskave precej visoki). Da se podjetja ne odločajo prav pogosto za zunanjega izvajalca so pokazali tudi rezultati raziskave na vzorcu 130 srednjih in velikih slovenskih podjetij med letoma 1996 in 1998: kljub temu, da so se izdatki za trženjske raziskave v proučevanem obdobju povečali za več kot 50 %, so ti izdatki v povprečju znašali le 0,17 % celotne vrednosti prihodkov od prodaje (Milenković & Žabkar, 2002, str. 13–14).

Kadar se farmacevtska podjetja pri izvajanju trženjskega raziskovanja le odločijo za **zunanjega izvajalca**, je ključni prvi korak jasna predstavitev problema, da zunanja agencija ve, kakšne informacije iščejo oziroma kaj želijo z raziskavo ugotoviti ter kaj nameravajo narediti s podatki. Agenciji morajo tudi povedati za pomembne že obstoječe raziskave in trženjske podatke in razložiti, zakaj so se odločili za izvedbo raziskave. Seznaniti jo morajo z lastnostmi zdravila, terapevtskim področjem, značilnostmi trga in vzorcem porabnikov, ki jih želijo vključiti v raziskavo. Pri izboru agencije je pogosto najbolje, da se odločijo za agencijo, ki jo že poznajo, ima izkušnje s trženjskimi raziskavami v farmaciji, razpoložljive človeške vire in razumne cene (Dogramatzis, 2002, str. 79–80; Lidstone & MacLennan, 1999, str. 119; Mowbray, 1997, str. 49).

Vse več podjetij se zanaša na zunanje izvajalce raziskav raje kot na svoje zaposlene, ker zaupanje v odnosu med naročnikom in zunanjim izvajalcem raziskave pozitivno vpliva na uporabnost rezultatov trženjskega raziskovanja (Moorman, Zaltman & Deshpande, 1992, str. 315).

Dobro ujemanje med naročnikom in zunanjim izvajalcem temelji na zelo specifičnih dejavnikih. Poleg tega, da je raziskovalec izurjen in izjemno podkovan v določenem področju delovanja podjetja, mora imeti način dela in osebnostne lastnosti, ki so združljive z naročnikom. Da se razvije uspešno partnerstvo, mora zunanji raziskovalec biti fleksibilen, sposoben se prilagoditi menjajočim se prioritetam, imeti dobre komunikacijske sposobnosti in biti sposoben pristopiti k raziskavi z vidika trženjskega problema, tako da potem lahko poda za podjetje ustrezna priporočila (Mowbray, 1997, str. 49).

Raziskovanje v farmacevtski panogi se razlikuje od ostalih panog, da so v večino raziskovanj vključeni zdravniki, medicinske sestre in drugi strokovnjaki na področju zdravstva, ne pa končni porabniki. Komunikacija je zato večkrat usmerjena k lastnostim izdelkov namesto k njihovim prednostim. Farmacevtska panoga se večinoma odloči za trženjsko raziskovanje izvajanja strategije, pred začetkom trženja izdelka in za pridobivanje osnovnih informacij o uspešnosti izdelka. Naročnik raziskave mora poznati prednosti in slabosti izbrane agencije, vzpostaviti močno sodelovanje z agencijo in zgraditi zaupanje do agencije (Lidstone & MacLennan, 1999, str. 120–123).

Trženjsko raziskovanje vključuje **različna tveganja**: slabo načrtovano raziskovanje lahko vsebuje pristranskost raziskovalca ali vodi k napačnim interpretacijam, ki lahko vodijo podjetje v drage in brezplodne razvojne in raziskovalne načrte ali v izvedbo slabe trženjske strategije. Možna tveganja raziskovanja so tudi subjektivna prepričanja vodilnih, pomanjkanje zaupanja, preveliko zanašanje na kvantitativne podatke, slab načrt, časovne zamude, napačna predvidevanja, napačni podatki, napačna interpretacija ali napačna vrsta raziskave. Raziskava je zanesljiva, kadar da s ponavljanjem meritev enake rezultate (Dogramatzis, 2002, str. 74).

V nekaterih primerih naročniki od zunanjih izvajalcev trženjskih raziskav ne dobijo ustreznih rešitev. Razlogi se kažejo v tem, da raziskovalci ne poznajo dovolj naročnikovih izdelkov ali storitev, pri reševanju naročnikovih problemov ne podajo novih oziroma kreativnih rešitev in v večini primerov interpretirajo le z raziskavo pridobljene informacije ter se ne osredotočijo na svetovanje naročnikom. Po drugi strani do nesporazumov prihaja tudi s strani naročnikov, saj bi le-ti morali omogočiti raziskovalcem boljši vpogled v njihove cilje in poslovne procese, pri čemer je zelo pomembno, da se najprej razvije medsebojno zaupanje (Velepec, 2004, str. 2). To prinese tudi bolj pozitivne učinke na uspešnost poslovanja podjetja.

Zbiranje informacij je ponavadi najdražji del trženjske raziskave in tudi najbolj izpostavljen morebitnim napakam (Kotler, 2004, str. 138). Pri anketnih raziskavah so težave povezane z zavrnitvijo sodelovanja s strani vzorčnih oseb, njihovo nedosegljivostjo ali nepoštenim odgovarjanjem. Zelo pomemben je tudi postopek izbire, uvajanja in kontrole osebja, ki je zadolženo za zbiranje podatkov.

3 INFORMACIJE ZA NAČRTOVANJE TRŽENJA NOVEGA PERORALNEGA ZDRAVILA ZA ZDRAVLJENJE SLADKORNE BOLEZNI TIPA 2

Tematike pridobivanja in ovrednotenja informacij za načrtovanje trženja novega zdravila med zaključnimi nalogami v Sloveniji nisem zasledila. Po pregledu obstoječe literature prav tako ugotavljam, da ne vsebuje natančnih predlogov zasnove kvantitativne trženjske raziskave v farmacevtski panogi, kljub temu, da farmacevtska podjetja tovrstne raziskave velikokrat izvajajo. Dostikrat sicer naročijo trženjske raziskave pri različnih zunanjih izvajalcih, kjer pa so stroški za izvedbo precej visoki. V sklopu magistrskega dela izvedem takšno raziskavo sama.

3.1 Namen in cilji empiričnega dela

V podjetju MSD bi potrebovali za učinkovito trženjsko komuniciranje oziroma oblikovanje komunikacijskih sporočil razumevanje specifičnih situacij in okoliščin pri ciljni skupini zdravnikov, ki zdravijo bolnike s sladkorno boleznijo tipa 2. Na tem za podjetje novem terapevtskem področju je podjetje začelo tržiti dve novi zdravili za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2, s povsem novim mehanizmom delovanja.

Kot je predstavljeno že v uvodu tega magistrskega dela, je cilj dela prikazati, kako naj bi potekalo zbiranje in analiza informacij za načrtovanje trženja novega zdravila na primeru peroralnih zdravil za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2 in kakšna je lahko zasnova vprašalnika za izvedbo trženjske raziskave na tem terapevtskem področju. S tem postavljam model oziroma pristop, ki je prenosljiv še na druga terapevtska področja pri načrtovanju trženja zdravil tudi drugih farmacevtskih podjetij.

Prvi del empiričnega dela zajema zbiranje sekundarnih informacij o:

- segmentaciji trga oziroma opredelitvi trga kot potreb porabnikov,
- analizi trga: identifikaciji tržnega potenciala, razumevanju okolja tekmecev in razumevanju dinamike trga,
- analizi okolja oziroma vpogledu v prihajajoče priložnosti in nevarnosti,
- pregledu izdelka oziroma z zdravilom povezanih prednosti in slabosti in
- pregledu podjetja oziroma sposobnosti podjetja, ki se razlikujejo od sposobnosti konkurenčnih podjetij.

Drugi del empiričnega dela magistrskega dela zajema pridobivanje kvalitativnih in kvantitativnih podatkov o trgu peroralnih zdravil za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2 s pomočjo trženjske raziskave. Primarni cilji te raziskave so pridobivanje informacij o:

- številu sladkornih bolnikov tipa 2 v ambulanti posameznega zdravnika, in številu bolnikov, ki prejemajo peroralna antidiabetična zdravila,
- spremembah peroralne terapije pri teh bolnikih,
- razlogih za zamenjavo enega zdravila z drugim,
- značilnostih bolnikov, ki vplivajo na predpisovanje zdravil,
- o tem, katera zdravila uporablja posamezni zdravnik in kako pogosto,
- pomembnosti lastnosti zdravil in oceni zdravil glede na te lastnosti, s pomočjo katerih določim prednosti in slabosti blagovne znamke v primerjavi s konkurenčnimi zdravili,
- izkušnjah s peroralnimi zdravili za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2 in predpisovanjem teh zdravil v prihodnje,
- številu bolnikov, ki so zdravljeni z antidiabetičnima zdraviloma podjetja MSD, in tipu bolnikov, katerim sta bili zdravili predpisani,
- poznavanju komunikacijskih sporočil za antidiabetični zdravili podjetja MSD,
- poznavanju patofizioloških spoznanj, ki so pomembna za trženje obeh novih zdravil za sladkorno bolezen tipa 2, in
- pomembnosti lastnosti farmacevtskih podjetij in strokovnih sodelavcev ter letnem številu obiskov predstavnikov farmacevtskih podjetij.

Sekundarni cilji trženjske raziskave so zbiranje podatkov o:

- napotitvah bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2 iz drugih ambulant in v druge ambulante,
- zadovoljstvu s posameznimi peroralnimi zdravili in
- razlogih za redko predpisovanje oziroma načrtovano manjše predpisovanje v prihodnosti antidiabetičnih zdravil podjetja MSD.

3.2 Metodologija empiričnega dela

Magistrsko delo temelji na uporabi spoznanj iz strokovne literature pri praktičnem primeru načrtovanja trženja dveh novih zdravil. Pri prvem delu empiričnega dela magistrskega dela si pomagam predvsem s sekundarnim raziskovanjem (podatki iz objavljenih virov, virov podjetja oziroma podatkovne baze IMS, podatki s strani strokovnih sodelavcev, medicinskega osebja in osebja za nabavo, ter podatki Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije) in v manjši meri s primarnim kvalitativnim raziskovanjem.

Prvi del empiričnega dela vsebuje opredelitev trga sladkorne bolezni tipa 2, identifikacijo velikosti trga in tržnega potenciala, analizo glavnih tekmecev, analizo trženjskega okolja,

segmentacijo trga in določitev ključnih tržnih segmentov. Nato naredim pregled izdelka in pregled podjetja. Iz ugotovljenih prednosti in slabosti izdelka in podjetja ter priložnosti in nevarnosti iz analize trga in okolja izvedem SWOT analizo ter načrtam strategijo trženja dveh novih zdravil za sladkorno bolezen tipa 2 podjetja MSD.

Osrednji empirični del magistrskega dela je predstavitev rezultatov trženjske raziskave, s katero poizkušam dobiti še manjkajoče podatke o strukturi bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2, spremembah predpisane peroralne antidiabetične terapije, nakupnem odločanju ciljnih skupin zdravnikov, predpisovalnih navadah pri uvajanju zdravil, pomembnih lastnostih peroralnih antidiabetikov ter o zadovoljstvu in izkušnjah s temi zdravili. Več izvem tudi o izkušnjah in vzorcu predpisovanja za zdravili podjetja MSD, poznavanju komunikacijskih sporočil za ti dve zdravili in patofizioloških spoznanj v zvezi s sladkorno boleznijo tipa 2, ter pomembnosti lastnosti farmacevtskih podjetij in strokovnih sodelavcev ter letnem številu obiskov predstavnikov farmacevtskih podjetij, ki tržijo zdravila za sladkorno bolezen tipa 2.

Za zbiranje podatkov v drugem delu empiričnega dela in glede na fazo trženja zdravila je najbolj primerna kvantitativna metoda raziskovanja (John, 2008, str. 15–16; Lidstone & MacLennan, 1999, str. 114). Izvedem empirično raziskavo trga zdravil za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2, in sicer s pomočjo natančnega vprašalnika. K izpolnjevanju vprašalnika povabim specialiste interne medicine (z diabetološko ambulanto) in specialiste splošne medicine (z diabetološko posvetovalnico), pri čemer se trudim, da je čim bolj enakomerna regijska zastopanost. V raziskavo vključim od načrtovanih 30 zdravnikov dejansko 28 zdravnikov: 22 specialistov interne medicine in 6 specialistov splošne medicine, z metodo neverjetnostnega vzorčenja (Berkowitz, 2006, str. 151) – izbira sodelujočih temelji na moji lastni presoji. Vprašalnik zajema predvsem zaprta vprašanja, z navedbo številčnih odgovorov, razporeditvijo %, izbiro odgovorov ali ocenjevanje po lestvici večinoma od 0 do 10, pa tudi od 1 do 5, ter nekaj odprtih vprašanj. Raziskavo izvedem v tiskani obliki, zdravnike k sodelovanju povabim osebno in jim zagotovim anonimnost pri sodelovanju. Za izpolnjevanje vprašalnika je potrebno 20–30 minut.

S to metodo dobim prečni prerez trga zdravil za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2, kajti vprašalnike izpolni vsak zdravnik le enkrat v času (brez ponovitev izpolnjevanja vprašalnika pri posameznih zdravnikih) in je tako možen precejšen vpliv trenutnega razpoloženja in mišljenja zdravnika na rezultate. Tudi Rindfleisch, Malter, Ganesan in Moorman (2008, str. 261–262, 276) opozarjajo na omejitve tovrstnega izvajanja raziskave in navajajo tri strategije zbiranja podatkov, da se zmanjša odstopanje rezultatov: vključitev večjega števila v raziskavi sodelujočih oseb, pridobivanje več različnih vrst podatkov in zbiranje podatkov v različnih časovnih obdobjih. V zaključku prispevka ugotavljajo, da je presečno raziskovanje zelo primerno, kadar pri izpolnjevanju vprašalnikov sodelujejo visoko izobražene osebe.

Ko vprašalnike zberem, preverim, če so popolno in dosledno izpolnjeni. Nato pripravim bazo podatkov in kodiram odprte odgovore, da je možna statistična analiza podatkov. Analizo podatkov predstavim v poročilu raziskave, v tabelah in v diskusiji v nekoliko skriti obliki (brez imen zdravil in farmacevtskih podjetij) zaradi varstva pred uporabo podatkov v konkurenčnih podjetjih.

Rezultate raziskave nato primerjam z že izvedeno manjšo trženjsko raziskavo na področju zdravil za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2 (MSD d.o.o., Raziskava uporabe zdravila Januvia, 2009).

Pri izvedbi analize raziskave na koncu še preverim medsebojno povezanost dobljenih podatkov, in sicer preverim več raziskovalnih hipotez:

- predpisovalne navade zdravnikov so odvisne od specializacije in starosti zdravnika,
- na predpisovalne navade vpliva strinjanje s patofiziološkimi trditvami,
- število bolnikov na antidiabetičnih zdravilih podjetja MSD je odvisno od zaznavanja lastnosti zdravil,
- število bolnikov na antidiabetičnih zdravilih podjetja MSD je povezano s pogostnostjo predpisovanja različnim profilom bolnikov,
- izkušnje z zdraviloma podjetja MSD so povezane s poznavanjem komunikacijskih sporočil za ti dve zdravili in
- število obiskov predstavnikov farmacevtskih podjetij vpliva na predpisovanje peroralnih antidiabetičnih zdravil.

3.3 Analiza trga sladkorne bolezni tipa 2

Dobro raziskovanje in analiza informacij za načrtovanje trženja novega zdravila izvira iz združitve vseh pomembnih in na različne načine pridobljenih informacij v celoto (Rao, 2002, str. 7).

3.3.1 Analiza trga: tržni potencial in glavni tekmeci

Celoten trg zdravil za zdravljenje sladkorne bolezni v Sloveniji je v letu 2010 znašal 21,3 milijonov evrov in ga lahko razdelim na trg insulinov z vrednostjo 14,0 milijonov evrov in trg peroralnih antidiabetičnih zdravil z vrednostjo 7,3 milijonov evrov, kamor sodita tudi novi zdravili podjetja MSD. Rast trga peroralnih antidiabetičnih zdravil je bila v letu 2010 14,8 % v primerjavi z letom 2009, predvsem na račun predpisovanja novih (dražjih) zdravil. Vrednost trga peroralnih zdravil v enotah (škatlicah) je v letu 2010 znašala 1,1 milijona enot (s 5,8 % rastjo) oziroma 63,5 milijonov tablet (s 5,4 % rastjo) (MSD d.o.o., IMS sales reports, 2011). Rast v enotah in tabletah je pričakovana, ker tudi število bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2 iz leta v leto narašča predvsem zaradi nezdravega

načina življenja: prekomerne telesne teže, nepravilne prehrane in premalo gibanja (Esih, 2008, str. 47).

Računanje tržnega deleža za novi zdravili podjetja MSD je smiselno znotraj trga peroralnih zdravil. Iz prodaje zdravil v denarni vrednosti, v enotah in v tabletah izračunam rast v letu 2010 v primerjavi z letom 2009 in tržne deleže (Tabela 2). Rast v letu 2010 je v primerjavi z letom 2009 visoka, ker leto 2010 predstavlja drugo celo leto trženja po prihodu obeh novih zdravil na trg v drugi polovici leta 2008.

Tabela 2: Prodaja, rast in tržni delež zdravil podjetja MSD v EUR, enotah in tabletah

Prodaja zdravil podjetja MSD	Prodaja v letu 2010	Rast v letu 2010 v primerjavi z letom 2009 v %	Tržni delež v %
Prodaja v tisoč EUR	1.127	97,6	15,4
Prodaja v enotah	30.538	97,7	2,7
Prodaja v tisoč tabletah	1.101	121,6	1,7

Vir: MSD d.o.o., IMS sales reports (interno gradivo), 2011.

Ker so pakiranja zdravil zelo različna in prav tako tudi dnevni odmerki zdravil (nekatera zdravila bolniki jemljejo po dve ali več tablet na dan), je podatek o tržnem deležu v enotah in tabletah manj primeren. Rešitev v tej situaciji, ki se pojavlja pri večini terapevtskih področij, je izračun števila dni, kolikor bi trajalo zdravljenje, če bi bolniki prejeli povprečen odmerek vsakega zdravila (angl. *Patient Days of Therapy – PDoT*). PDoT tržniki lahko izračunajo iz števila tablet posameznega zdravila, ki ga pomnožijo z jakostjo tablet (v mg ali g) in delijo s povprečnim odmerkom tega zdravila.

Velik tržni delež med peroralnimi antidiabetičnimi zdravili ima učinkovina metformin, ki je zaradi svojih lastnosti in dokazov o zmanjševanju srčno-žilnih dogodkov tako v Slovenskih smernicah za klinično obravnavo sladkorne bolezni tipa 2 pri odraslih osebah (Mrevlje, 2011, str. 11) kot tudi v evropskih in ameriških smernicah zdravilo prvega izbora. Tržni delež metformina je znašal v letu 2010 17,6 % v vrednosti, 33,1 % v enotah in kar 49,5 % v tabletah (MSD d.o.o., IMS sales reports, 2011). Zdravilo podjetja MSD ima z metforminom komplementaren mehanizem delovanja in kombinacija obeh zdravil je zelo smiselna; drugo zdravilo podjetja MSD je dejansko fiksna kombinacija z metforminom.

Glavni tekmeči novima zdraviloma podjetja MSD so zdravila iz skupine sulfonilsečnin, ki imajo med peroralnimi antidiabetičnimi zdravili največji tržni delež tako v vrednosti (39,5 % v letu 2010) kot tudi v enotah (44,9 % v 2010) (MSD d.o.o., IMS sales reports, 2011). Prva sulfonilsečnina je prišla na trg leta 1958 kot eno izmed prvih peroralnih zdravil za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2. Po štirih učinkovinah sulfonilsečnin prve generacije so sledile še mnoge učinkovine druge in tretje generacije, ter postale široko

uporabljena terapija za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2. Sulfonilsečnine stimulirajo sproščanje insulina iz beta celic trebušne slinavke in tako so pogost neželeni učinek hipoglikemije (kadar je potenciranje sproščanja insulina večje kot je potreba organizma). Zdravljenje s sulfonilsečninami je povezano tudi s porastom telesne teže in drugimi neželenimi učinki, kot sta neprijeten občutek v trebuhu in glavobol. Vse več dokazov je zbranih tudi o tem, da so sulfonilsečnine povezane s povečano smrtjo beta celic (Knop, Holst & Vilsbøll, 2008, str. 497, 499).

Tudi diferenciacija med konkurenčnimi zdravili iste skupine je vse manjša, kajti podobni klinični razvojni programi potekajo vzporedno pri večjih farmacevtskih podjetjih. Nova konkurenčna zdravila iz iste terapevtske skupine pridejo na trg skoraj istočasno, medtem ko je v preteklosti bilo število let do prihoda glavnih tekmecev veliko večje (Moss & Schuiling, 2004, str. 56). Prvo konkurenčno zdravilo iz iste skupine je prišlo na trg že v letu 2009, drugo v letu 2010.

3.3.2 Segmentacija trga

Na osnovi analize statusa sladkorne bolezni uporabim za segmentacijo trga **bolnike**, ki predstavljajo možen ciljni trg za zdravilo. Bolnike s sladkorno boleznijo segmentiram na bolnike s sladkorno boleznijo tipa 1, ki se zdravijo z insulinom, in na bolnike s sladkorno boleznijo tipa 2, kjer bolniki uravnavajo krvni sladkor najprej s spremembo življenjskega sloga (dieta in telesno aktivnostjo), nato s peroralnimi antidiabetiki in kasneje z insulinom.

Na podlagi podatkov presečne raziskave iz let 2005 in 2006 so znani naslednji **epidemiološki in trženjski podatki** (Mrevlje, 2006, str. 28):

- Po ocenah je v Sloveniji vsaj 120.000 bolnikov s sladkorno boleznijo, približno 95 % jih ima sladkorno bolezen tipa 2.
- Peroralne antidiabetike (POAD) prejema 50 % bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2.
- Od teh bolnikov prejema metformin 64 % bolnikov, sulfonilsečnine 63 %, kombinacijo metformin in sulfonilsečnina 34 %.
- Samo z insulinom se zdravi 23 %, z insulinom in peroralnimi antidiabetiki 11 % in samo z dieto 17 % bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2.

Na osnovi podatkov Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije je bilo leta 2007 približno 125.000 bolnikov s sladkorno boleznijo. Zdravila za sladkorno bolezen je prejelo skoraj 80.000 bolnikov, kar je 4 % vsega prebivalstva. Več kot 26.000 se jih je zdravilo z insulinom. Število vseh, ki prejemajo zdravila, se poveča letno za skoraj 4.000 (Medvešček & Pavčič, 2009, str. 283).

Po podatkih o porabi antidiabetičnih zdravil v letu 2007 je prevalenca vseh zdravljenih sladkornih bolnikov v Sloveniji 4,05 %; prevalenca zdravljenih s POAD 2,70 %, s POAD in insulinom 0,54 % in zdravljenih samo z insulinom 0,8 % (Janša, 2008, str. 78–79).

Na osnovi zgornjih podatkov približno izračunam, koliko bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2 je samo na dieti in koliko se jih zdravi s posamezno skupino zdravil (Tabela 3).

Tabela 3: Število bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2 na posamezni terapiji

Bolniki s SB T2 na posamezni terapiji	Število bolnikov
Skupno število bolnikov s SB T2	118.750
Bolniki s SB T2, ki prejemajo zdravila	81.000
Zdravljenje s peroralnimi antidiabetiki	54.000
Zdravljenje z insulinom in peroralnimi antidiabetiki	11.000
Zdravljenje samo z insulinom	16.000

Legenda: SB T2 = sladkorna bolezen tipa 2

Bolnike na POAD lahko naprej segmentiram po skupinah zdravil, ki jih prejemajo (Tabela 4).

Tabela 4: Skupine zdravil, ki jih prejemajo bolniki na peroralni antidiabetični terapiji

Skupine zdravil	Število bolnikov
Bolniki na peroralni antidiabetični terapiji	54.000
Zdravljeni z metforminom samim	15.000
Zdravljeni s sulfonilsečnino	14.000
Zdravljeni s kombinacijo metformina in sulfonilsečnine	18.500
Bolniki, ki prejemajo druge monoterapije ali kombinirane terapije	6.500

Segmentacija glede na peroralno antidiabetično terapijo je zelo smiselna, ker so bile podobno zasnovane klinične raziskave faze III in posledično se tudi terapevtske indikacije za zdravili podjetja MSD nanašajo na bolnikovo že obstoječo peroralno terapijo.

Naslednja možnost segmentacije je **segmentacija zdravnikov** kot druge ciljne skupine, ker so zdravniki tisti, ki odločajo o izbiri med alternativnimi možnostmi zdravljenja z zdravili. Dogramatzis (2002, str. 126–127) sicer predlaga študijo privlačnosti segmentov glede na njihovo pomembnost in možnost uspeha podjetja. V praksi farmacevtski tržniki zdravnike segmentirajo glede na njihovo specializacijo, kar je ena od stvari, ki določajo pomembnost. Uspeh podjetja pa je skoraj zahteva pri vseh segmentih, ki imajo velik tržni potencial. Segmente bi lahko rangirali tudi glede na položaj podjetja v primerjavi s

konkurenčnimi podjetji in se izognili segmentom, kjer je podjetje v podrejenem položaju, ker ti segmenti nimajo potrebnih pogojev za vzdrževanje konkurenčne prednosti.

Zdravnike, ki delajo v diabetoloških ambulantah v bolnišnicah, v zdravstvenih domovih in zasebnih ambulantah v Sloveniji, razdelim v tri skupine (Tabela 5).

Tabela 5: Zdravniki, ki delajo v diabetoloških ambulantah v Sloveniji

Skupine zdravnikov	Število zdravnikov
Število vseh zdravnikov skupaj	80
Diabetologi oziroma endokrinologi	50
Specialisti interne medicine (na primer diabetologi in pulmologi)	10
Splošni zdravniki z diabetološko posvetovalnico	20

Po pogovoru s približno stotimi ostalimi specialisti splošne medicine iz različnih regij Slovenije ugotovim, da sami precej redko uvajajo peroralna antidiabetična zdravila, in ocenim, da jih aktivno uvaja ta zdravila le približno 1/4 zdravnikov.

Na začetku trženja novega zdravila je smiselno več trženjskih aktivnosti usmeriti k inovatorjem, ki najhitreje začnejo predpisovati novo zdravilo, čeprav je njihovo število relativno majhno (s predpostavko, da porazdelitev zdravnikov, ki začnejo predpisovati zdravilo, sčasoma sledi normalni porazdelitvi, je inovatorjev le 2,5 %). Vendar so inovatorji tisti, ki običajno vplivajo na ostale možne predpisovalce zdravila, tj. na večino zdravnikov. Ko se predpisovanje zdravila razširi od inovatorjev in zdravnikov, ki zdravilo sprejmejo zgodaj, na večino zdravnikov, je potrebno temu tudi prilagoditi trženjsko strategijo, aktivnosti in komunikacijska sporočila (Mahajan & Muller, 1998, str. 488).

S pomočjo segmentacije bolnikov (Tabela 3 in Tabela 4) in podatka, da ima urejeno glikemijo le približno 1/3 bolnikov (Mrevlje, 2006, str. 29), ter segmentacije zdravnikov (Tabela 5) narišem pregleden zemljevid trženja, na katerem tudi označim, kateri segmenti so najbolj privlačni, kje predvidim posreden vpliv na predpisovanje in kateri segmenti so nepomembni (Tabela 6).

Prej opisana načina segmentacije sta najbolj običajna, enostavna in tudi uporabna. Možen in zanimiv pristop bi bila tudi segmentacija na osnovi tega, kako zdravniki razdelijo bolnike v skupine glede na domnevne potrebe bolnikov in kako se odločajo za zdravljenje pri teh skupinah bolnikov. Tako bi trg segmentirali na osnovi razumevanja potreb končnih porabnikov zdravil. Gonilne sile bolnikovih potreb so potreba po pomoči, motivaciji, razumevanju čustvene reakcije in življenskih izzivov, nesprejemanje neželenih učinkov zdravil, dajanje prednosti boljši kvaliteti življenja, potreba po sposobnosti za delo in spoprijemanje z vsakdanjimi opravili in problemi povezanimi s sprejemanjem oziroma

nesprejemanjem bolezni. Poglobljeno razumevanje dejavnikov, ki so pomembni bolnikom, občutkov v zvezi z boleznijo in kakšna mnenja imajo bolniki glede možnosti zdravljenja tržiki dobijo z direktnim vključevanjem bolnikov v trženjske raziskave (Greengrove, 2002, str. 405, 410–412). Tudi Manchanda et al. (2005, str. 295) so mnenja, da je zaradi vse večje dostopnosti bolnikov do informacij o boleznih in zdravilih potrebno razviti in testirati modele, ki vključujejo tako razmišljanja zdravnika kot bolnika pri sprejemanju predpisovalnih odločitev.

Tabela 6: Zemljevid trženja za peroralni antidiabetični zdravili podjetja MSD

Bolniki	Samo na dieti (37.750)	Zdravljeni z zdravili (81.000)								
		Glikemija urejena (27.000)	Glikemija neurejena (54.000)							
			Bolniki na monoterapiji (19.700)			Dvotirna terapija (13.300)		Trotirna terapija (3.000)	Insulin + POAD (7.300)	Bolniki na insulinu (10.700)
Zdravniki	Metformin (10.000)	Sulfonil-sečnina (9.300)	Drugo (400)	Metformin + sulfonilsečnina (12.300)	Drugo (1.000)					
Diabetologi (50)	Nepomemben segment	Nepomemben segment	Prioriteta 1	Prioriteta 2	Posreden vpliv	Prioriteta 2	Posreden vpliv	Nepomemben segment	Nepomemben segment	Nepomemben segment
Internisti (10)										
Splošni zdravniki s posvetovalnico (20)										
Drugi aktivni splošni zdravniki (200)			Posreden vpliv		Posreden vpliv					

Legenda: POAD = peroralni antidiabetiki

3.3.3 Analiza trženjskega okolja

Struktura bolezni v razvitih državah je odsev staranja prebivalstva, spremenjenih prehranjevalnih navad, življenjskega sloga in ekonomskih sprememb (Potokar, 2006, str. 14), kar se vidi tudi v naraščanju števila bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2.

Zadnja leta mediji in posledično tudi splošna javnost niso preveč naklonjeni farmacevtski panogi v smislu, da ji gre zgolj za kovanje astronomskih dobičkov; za zdravlje ljudi ali za to, da bi odkrivala resnično nova zdravila, pa naj bi ji bilo prav vseeno. Ker so inovativna zdravila dolga leta zavarovana s patenti, imajo proizvajalci teh zdravil dolgotrajne monopole, zaradi visokih cen pa se iz zdravstvenih blagajn porabijo za zdravila velike vsote denarja. Izkrivljena ekonomija trga dopušča farmacevtski panogi, da trži nova, draga zdravila, ki dostikrat niso nič boljša od že obstoječih, cenejših zdravil (Holdford, 2005, str. 388–389; Sedlar, 2009, str. 7–8). Velika farmacevtska podjetja, ki razvijajo nova zdravila, naj bi tudi namerno zavirala in zavlačevala vstop generičnih zdravil na trg, četudi je patent za zdravilo že potekel, z različnimi taktikami, od prijavljanja večjega števila patentov za eno zdravilo, sprožanja sodnih sporov, pa do izvajanja izvensodnih patentnih poravn s proizvajalci generikov in tudi posredovanja pri organih, ki odločajo o vstopu generičnih zdravil na trg in njihovi ceni (Kenda & Sovdat, 2008, str. 6; Zgonik, 2009, str. 46).

Peroralno antidiabetično zdravilo podjetja MSD, z zaščitenim imenom Januvia je bilo registrirano v Evropski uniji marca 2007 in nato v Sloveniji razvrščeno na pozitivno listo junija 2008, s precej strogo omejitvijo predpisovanja. Z zadnjo listo, objavljeno v maju 2011, je predpisovanje zdravila Januvia še vedno zelo omejeno na uporabo le v kombinaciji z metforminom ali pripravki sulfonilsečnine, in sicer le v primeru kontraindikacij ali neželenih učinkov za sulfonilsečnino oziroma metformin, in pri bolnikih, ki jim je potrebno zdravljenje z insulinom odložiti zaradi narave poklicnega dela. Zdravilo lahko uvajajo samo zdravniki, ki delajo v diabetoloških ambulantah; večina splošnih zdravnikov zdravila ne more predpisati (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2008, str. 31, 49; 2011, str. 53).

Zdravilo Januvia je prvo zdravilo iz nove skupine zdravil za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2, tj. zaviralcev encima dipeptidil peptidaze 4, ki s prihodom na trg v Sloveniji v letu 2008 predstavlja prvo novo peroralno antidiabetično terapijo z novim mehanizmom delovanja za zdravljenje te bolezni po začetku uporabe novega peroralnega antidiabetičnega zdravila iz skupine tiazolidindionov, ki ga je leta 2002 začelo v Sloveniji tržiti podjetje GlaxoSmithKline, GSK (MSD d.o.o., IMS sales reports, 2007). Dokaj skromna prodaja slednjega zdravila od leta 2002 do leta 2010 je posledica stroge omejitve predpisovanja s strani zavarovalnice in doslednega upoštevanja te omejitve s strani predpisovalcev. Drugo zdravilo iz te skupine zdravil, katerega proizvajalec v svetu je podjetje Eli Lilly, ni v Sloveniji nikoli prišlo na trg.

Za v prejšnjem odstavku omenjeno zdravilo iz skupine tiazolidindionov je v septembru 2010 Evropska agencija za zdravila, EMA sprejela predlog za ukinitve dovoljenja za promet, zaradi podatkov iz zadnjih treh let, ki so kazali na večje tveganje za srčno-žilne bolezni pri bolnikih, ki so prejeli to zdravilo. Tveganje s stališča varnosti zdravila je postalo preveliko v primerjavi s koristnostjo zdravljenja (European Medicines Agency, 2010). Istočasno je Ameriški urad za hrano in zdravila, FDA sprejel zelo stroge omejitve za uporabo tega zdravila (Food and Drug Administration, FDA significantly restricts access to the diabetes drug Avandia, 2010).

Omeniti velja še dokaj neuspešen primer prihoda na trg nove formulacije insulina, in sicer v obliki inhalacije. Zdravilo je tržilo podjetje Pfizer, ki se je v letu 2007 odločilo, da to zdravilo preneha tržiti, ker trg zanj ni pokazal dovolj zanimanja (Exubera Bong Bombs!, 2007).

Ti primeri kažejo, da plačniki niso pripravljeni pokriti stroškov za uporabo novih zdravil za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2 za široko uporabo, poleg tega tudi izkušnje z zadnjimi prihodi novih zdravil niso bile najbolj pozitivne. Primerjava konkurenčnih prednosti novih zdravil podjetja MSD v primerjavi z lastnostmi vseh drugih tekmecev je tako ključnega pomena pri vstopu na trg.

3.3.4 Pregled izdelka

Blagovne znamke prispevajo k temu, da so izdelki prepoznavni, poleg tega pa izdelke tudi diferencirajo. Vsaka blagovna znamka je edinstven set asociacij, ki so povezane skupaj na edinstven način in ki dajo vtis, kako in kje se blagovne znamke med seboj razlikujejo (Chandler & Owen, 2002, str. 392).

Zdravilo Januvia je prvi zaviralec encima dipeptidil peptidaza 4 (DPP-4) in je pri bolnikih s sladkorno boleznijo tipa 2 indicirano za izboljšanje urejenosti glikemije (European Commission, Community register of medicinal products for human use, 2010, str. 1):

- kot samostojno zdravljenje,
- kot kombinacija dveh peroralnih zdravil (v kombinaciji z metforminom, s sulfonilsečnino ali s tiazolidindionom),
- kot kombinacija treh peroralnih zdravil (s sulfonilsečnino in metforminom, ali s tiazolidindionom in metforminom) in
- tudi kot dodatno zdravljenje k insulinu.

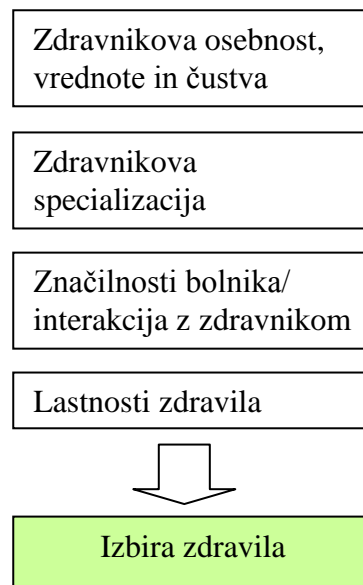
Zaviralci DPP-4 so nova peroralna zdravila za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2, ki znižujejo raven glukoze v krvi prek stabilizacije inkretinskega hormona glukagonu podobnega peptida-1 (GLP-1), ki ima jasno dokazano vlogo pri stimuliranju sproščanja insulina in zaviranju sproščanja glukagona v odvisnosti od vrednosti glukoze v krvi, brez tveganja za hipoglikemije in porast telesne teže. Zaviralci DPP-4 znižujejo glukozo na tešče in glukozo po obroku; učinek na znižanje glikiranega hemoglobina HbA_{1c}⁶ je primerljiv z obstoječimi peroralnimi antidiabetičnimi zdravili. Zaviralci DPP-4 tako omogočajo klinično pomemben nadzor glukoze pri različnih skupinah bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2 brez številnih pomanjkljivosti, ki so povezane z drugimi peroralnimi terapijami, vključno z zvečanjem telesne teže, edemi, neželenimi učinki v prebavnem traktu in hipoglikemijami (Knop et al., 2008, str. 497, 500).

Zdravilo Januvia bolnik jemlje enkrat na dan, lahko skupaj s hrano ali brez nje. Odmerka ni treba prilagoditi pri bolnikih z blago ledvično okvaro, prav tako tudi ne pri bolnikih z blago do zmerno jetrno okvaro. Ker je izkušenj iz kliničnih študij z zdravilom Januvia pri bolnikih z zmerno ali s hudo ledvično okvaro malo, uporaba zdravila pri teh skupinah bolnikov ni priporočena (European Commission, Community register of medicinal products for human use, 2010, str. 2). Slabost zdravila je tudi od trikrat do desetkrat višja cena v primerjavi s starejšimi peroralnimi antidiabetiki iz že obstoječih skupin zdravil (Javna agencija RS za zdravila in medicinske pripomočke, 2011, str. 6, 48).

⁶ Glikiran hemoglobin A_{1c} (HbA_{1c}) je zelo dobro merilo za oceno ravni krvnega sladkorja v daljšem časovnem obdobju. HbA_{1c} nastane tako, da se na hemoglobin veže krvni sladkor. Višji kot je krvni sladkor, višji je izvid HbA_{1c}. Vezava krvnega sladkorja je dokončna in je toliko večja, kolikor večji je krvni sladkor. Odstotek hemoglobina, na katerega je vezan krvni sladkor, odraža višino krvnega sladkorja v približno zadnjem mesecu in pol do dveh (Medvešček & Pavčič, 2009, str. 28).

Trženje strokovni javnosti je tradicionalno osredotočeno na zasnovo razumnih argumentov, ki temeljijo na značilnostih izdelka in s katerimi tržniki želijo prepričati strokovnjake na področju zdravstva o edinstvenih prednostih izdelkov. Kelly in Rupert (2009, str. 3–5) pa poudarjata pomembnost čustev in vrednot posameznika, ki ga tržniki želijo prepričati. Odkriti nerazumske dejavnike izbire zdravila je še zlasti pomembno pri zdravilih, ki jih je glede na njihove klinične lastnosti težko diferencirati. Odločitev o izbiri zdravila temelji na bogatem ozadju čustev, vrednot in drugih osebnostnih dejavnikih, in ne samo na izoliranem premisleku o kliničnih lastnostih zdravila (Slika 8).

Slika 8: Kategorije vplivov na izbiro zdravila



Vir: D. Kelly in E. Rupert, Professional emotions and persuasion: Tapping non-rational drivers in health-care market research, 2009, str. 6.

3.3.5 Pregled podjetja

Podjetje Merck & Co., Inc. je eno izmed desetih vodilnih farmacevtskih podjetij v svetovnem merilu, z zelo visokimi etičnimi standardi in vrednotami. Vodilna svetovna farmacevtska podjetja dosegajo letno prodajo okoli 20 do 45 milijard dolarjev (Kesič, 2009, str. 21–22). Leto 2008 je podjetje Merck & Co., Inc. zaključilo s prodajo 23,85 milijard dolarjev in dobičkom 7,81 milijard dolarjev (Merck & Co., Inc., Building the New Merck, 2008 Annual Report, 2009, str. 2).

V Sloveniji je novo podjetje MSD (po združitvi s podjetjem Schering – Plough) po letni prodaji med farmacevtskimi podjetji na drugem mestu. Letna prodaja (maj 2010 do april 2011) znaša 35,8 milijona evrov, kar predstavlja 7,6 % tržni delež (MSD d.o.o., IMS sales reports, 2011). Za velika farmacevtska podjetja so značilni zelo kompleksni in zamudni interni postopki, ter zelo počasni odzivi na spremembe na trgu.

Tudi Potokar (2006, str. 3) opozarja na pomembnost pravočasnega zaznavanja sprememb na trgu in sposobnost hitrega prilagajanja spreminjajočim se tržnim zahtevam.

Ker je skupno število zdravnikov v Sloveniji, ki lahko uvedejo novi antidiabetični zdravili podjetja MSD, približno 80, se je podjetje odločilo, da poteka trženjsko komuniciranje za ti zdravili le s strani produktnega specialista. Zakon o zdravilih (Ur. l. RS, št. 31/2006, 45/2008) v 88. členu določa, da morajo imeti strokovni sodelavci za zdravila za uporabo v humani medicini univerzitetno izobrazbo farmacevtske ali medicinske smeri oziroma univerzitetno izobrazbo naravoslovne ali biomedicinske smeri in dodatna znanja s področja zdravil. V Pravilniku o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o oglaševanju zdravil (Ur. l. RS, št. 105/2010) pa je v 3. členu določeno, da se »oglaševanje zdravil z neposrednim obveščanjem oseb, ki so pooblaščenec za predpisovanje in izdajanje zdravil in opravljajo zdravstveno dejavnost v okviru mreže javne zdravstvene službe, lahko izvaja le v času strokovne priprave za delo, ki ni namenjen za neposredno delo s pacienti«.

Produktni specialist v podjetju MSD je poleg neposrednega oglaševanja zdravil zdravnikom zadolžen še za izdelavo načrta trženja zdravila, napovedovanje prodaje, izdelavo materialov za trženjsko komuniciranje, zasnovo in izvajanje vseh trženjskih aktivnosti za to zdravilo, in vodenje porabe sredstev, namenjenih za trženje zdravila. Pri trženju novega zdravila je zadolžen za učinkovito postavitvev zdravila na trg.

Produktni vodja (oziroma specialist) je namreč odgovoren za zdravilo od pridobitve dovoljenja za promet z zdravilom, preko vseh njegovih življenjskih ciklov, ob stalnem spremljanju njegovega doprinosa k dobičku, ki izvira iz tega, da zdravniki zdravilo začnejo predpisovati in ga nato predpisujejo znova in znova in znova (Lidstone & MacLennan, 1999, str. xvi). Produktni vodje so jedro trženjske strategije podjetja in pričakuje se, da so prvaki za določeno zdravilo, globoko vpleteni v trženje zdravila in z veliko znanja (Dogramatzis, 2002, str. 55).

Katsanis (2006, str. 324) prav tako navaja, da je vloga produktnega vodje pri večini, če ne pri vseh panogah, da pripravi načrt trženja izdelka, skrbi za izvajanje načrta, spremlja rezultate in po potrebi korigira aktivnosti. Poleg te osnove vloge pa ima produktni vodja izjemno široko funkcijo koordinatorja, funkcijo pridobivanja in vzdrževanja ogromne mreže kontaktov znotraj panoge in visoko razviti nivo medosebnih spretnosti, ki je potreben za udejanjanje aktivnosti preko odnosov z ljudmi, pri katerih produktni vodja nima nobene direktne avtoritete. Večino spretnosti in sposobnosti produktni vodje dobijo sproti, med vsakdanjim delom.

Vpliven trženjski oddelek usmeri svoje aktivnosti k trgu, posledica tega so boljši poslovni rezultati. Raziskovalci so ugotovili, da dve pomembni stvari prispevata k vplivnosti tržnikov znotraj podjetja: inovativnost in odgovornost (Smith, 2009, str. 127).

Farmacevtski tržniki vse bolj stremijo k t.i. znanstvenemu trženju (angl. *scientific marketing*), kjer se trudijo doprinesiti zdravnikom pravo uporabno vrednost in si prislužiti pri njih mesto z znanjem dobro podkovanega strokovnjaka ter partnerja v medsebojnem odnosu, tako da zdravnikom zagotovijo znanje, izobraževanja in druge podporne dejavnosti. Znanstveno trženje je usmerjeno k porabnikom. Z vključevanjem ustvarjanja in delitve znanja v trženjski proces tržniki dosežejo kot rezultat prepoznavnost blagovne znamke, ter vpletenost in preferiranje porabnikov. Pri znanstvenem trženju blagovna znamka postane predmet komunikacije, okoli katerega lahko tržniki zgradijo delitev znanja, pripadnost blagovni znamki in zaupanje. Za uporabo znanstvenega trženja mora biti farmacevtsko podjetje pripravljeno sodelovati s strokovno javnostjo na odprt in odkrit način, ter bolj sprejeti vlogo pomočnika kot agresivnega tržnika (Henriksen, 2005, str. 27–28).

Slovenski zdravniki so v raziskavi iz leta 2001 pripisali največji pomen naslednjim lastnostim strokovnega sodelavca: strokovnosti, kratkosti in jedrnatosti in časovni prilagodljivosti, kajti obremenjenost zdravnikov je vedno večja in dostopnost vse težja (Zupet, 2002, str. 57).

3.3.6 Glavne ugotovitve SWOT analize na ravni blagovne znamke Januvia

Na osnovi pregleda izdelka in pregleda podjetja identificiram ključne prednosti in slabosti, na osnovi analize trga in analize okolja pa ključne priložnosti in nevarnosti, in tako povzemam glavne ugotovitve SWOT analize (Tabela 7).

Tabela 7: Povzetek ugotovitev SWOT analize primera trženja novih POAD

Prednosti	Slabosti
<ul style="list-style-type: none"> • učinkovina z novim mehanizmom delovanja, ki je komplementaren z učinkovino, ki je zdravilo prve izbire • primerljiva učinkovitost z obstoječimi peroralnimi antidiabetiki • izboljššan profil varnosti • enostavno odmerjanje in jemanje novih zdravil podjetja MSD • osebno oglaševanje poteka s strani produktnega specialista, ki ima obsežno znanje, v primerjavi s strokovnimi sodelavci v konkurenčnih podjetjih • vodilno farmacevtsko podjetje z visokimi etičnimi standardi 	<ul style="list-style-type: none"> • visoka cena zdravil v primerjavi z že obstoječimi zdravili iz drugih skupin • uporaba zdravil ni mogoča pri bolnikih z zmerno ali hudo ledvično okvaro • majhna fleksibilnost zaradi velikosti podjetja • obsežne delovne naloge produktnega specialista • zahtevno izvajanje obiskov pri zdravnikih zaradi velike razpršenosti ambulant po Sloveniji in omejevanju časa za obiske na določene dni v tednu in določene ure

se nadaljuje

nadaljevanje

Priložnosti	Nevarnosti
<ul style="list-style-type: none">• znatna velikost trga v denarju in enotah• naraščanje števila bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2• ob zdravljenju s starejšimi peroralnimi antidiabetiki se pojavljajo številni neželeni učinki	<ul style="list-style-type: none">• omejevanje uporabe novih zdravil s strani plačnikov• negativna naravnost medijev in splošne javnosti do farmacevtske panoge in inovativnih zdravil• hiter приход tekmecev iz iste terapevtske skupine• neuspešni primeri trženja novih zdravil za zdravljenje sladkorne bolezni v zadnjih desetih letih

Za analizo prednosti in slabosti, ter priložnosti in nevarnosti po posameznih segmentih, kot jo predlagata Lidstone in MacLennan (glej str. 26–27), z namenom določitve privlačnosti segmentov se ne odločim, ker so tri prej ugotovljene skupine zdravnikov (diabetologi, specialisti interne medicine in splošni zdravniki z diabetološko posvetovalnico) edini zdravniki, ki imajo možnost uvajanja novih antidiabetičnih zdravil podjetja MSD, in zato ugotavljanje, kakšna je privlačnost teh segmentov ni smiselna. Ti segmenti enostavno morajo biti privlačni, ker je to edina možnost za uspešno trženje.

3.3.7 Začrtanje strategije trženja za novi zdravili podjetja MSD

Opravljenе trženjske raziskave, analiza prednosti in slabosti podjetja, predvidevanja glede razvoja trga in okolja, dejavnosti tekmecev in analiza učinkovitosti trženja so podlaga za oblikovanje strategije trženja in prodaje (Potokar, 2006, str. 26).

Glede na segmentacijo zdravnikov želim prilagoditi trženjske aktivnosti in razpoložljive vire za trženjsko komuniciranje trem skupinam zdravnikov, ki so dokaj homogene, in zato zaključim, da pride v poštev le ena trženjska strategija, ki zajema naslednje ključne prioritete:

- doseči cilje prodaje in rasti z osredotočenjem na učinkovitost zdravila in najbolj ustrezne bolnike (z neurejeno glikemijo ob jemanju metformina),
- pokazati konkurenčne prednosti in zagotoviti uporabo zdravil pred uporabo sulfonilsečnin in obdržati prednostni položaj ob prihodu tekmecev iz iste skupine zdravil ter
- osredotočiti se na ciljne kupce: zagotoviti čim boljše razvrstitev na listo zdravil pri plačnikih in utrditi odnose z mnenjskimi vodji in predpisovalci.

Za doseganje ciljev prodaje in rasti so pomembni naslednji strateški cilji:

- širitev trga: s pridobivanjem novih predpisovalcev, širitvijo uporabe zdravila pri novih indikacijah ali spodbujanjem uporabe zdravila na primer z novimi podatki o kliničnih prednostih zdravila iz kliničnih raziskav,
- rast tržnega deleža: s povečevanjem zadovoljstva kupcev, lojalnosti in števila ponovnih nakupov (povečevanje zavzetosti za zdravljenje bolnikov, bolj intenzivno oglaševanje ali predstavitve strokovnih sodelavcev).

Ker tvorijo ciljno skupino zdravnikov v glavnem specialisti internisti, je trženjska strategija naravnana k podajanju komunikacijskih sporočil preko zelo visoko strokovnih informacij in podatkov. Podobno Behnke (2005, str. 11) opisuje na primeru specialistov onkologov kot uspešno trženjsko strategijo, da so aktivnosti bolj premišljene kot pri tekmečih, ter da imajo strokovni sodelavci obsežno znanje in kompetenten pristop do zdravnikov. Pri trženju zdravil specialistom ne pride v poštev model trženja v velikem obsegu, zlasti z velikim številom strokovnih sodelavcev, ki pa je pogoj za uspešno trženje pri zdravnikih splošne medicine.

Pozicioniranje zdravila Januvia se glasi: Za diabetologe, specialiste interne medicine in splošne zdravnike z diabetološko posvetovalnico, ki zdravijo bolnike s sladkorno boleznijo tipa 2, ki imajo kljub jemanju metformina neurejeno glikemijo, je zdravilo Januvia idealno peroralno antidiabetično zdravilo, ki zagotavlja močno učinkovitost, brez dodatnih neželenih učinkov, in omogoča zdravnikom, da zdravijo bolnike zgodaj in dovolj agresivno, da dosežejo cilje zdravljenja, ker:

- učinkovito znižuje glikiran hemoglobin HbA_{1c}, glukozo na tešče in glukozo po obroku,
- zagotavlja močen in dolgotrajen nadzor glikemije,
- ima komplementaren mehanizem delovanja z metforminom,
- ima nevtralen učinek na telesno težo in majhno tveganje za pojav hipoglikemije, in
- splošno dober profil varnosti.

Pozicioniranje za fiksno kombinacijo z metforminom, tj. zdravilo Janumet je podobno pozicioniranju zdravila Januvia.

Oblikovanje komunikacijskih sporočil na splošno sestavlja eden od treh ciljev: zdravnika informirati, ga prepričati s tehtnimi razlogi, da je zdravilo smiselno uporabiti, in ga spomniti na zdravila, ki so že utečena. V fazi uvajanja zdravila na trg je v ospredju predvsem informiranje oziroma ustvarjanje potrebe po novi skupini zdravil. Trženjske aktivnosti prvega zdravila tako olajšajo prihod kasnejših tekmecev (Smith et al., 2002, str. 317–318).

V zadnjih letih je v farmacevtski panogi težišče k bolj globalnemu trženju in uporabi komunikacijskih sporočil. Tudi blagovne znamke imajo širom sveta enako splošno podobo, kar velja tudi za novi antidiabetični zdravili podjetja MSD.

3.4 Analiza rezultatov trženjske raziskave na področju peroralnih zdravil za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2

Trženjska raziskava je potekala od oktobra 2010 do marca 2011. Od 35 osebno povabljenih zdravnikov k sodelovanju v raziskavi, jih je vprašalnik izpolnilo 28 (80 %), od tega 12 specialistov interne medicine, ki zdravijo samo bolnike s sladkorno boleznijo, 10 specialistov interne medicine, ki poleg bolnikov s sladkorno boleznijo zdravijo tudi bolnike z drugimi boleznimi, in 6 specialistov splošne medicine. Povabilno pismo, osebno povabilo, k vprašalniku priložena pisemska ovojnica z znamko in dober poslovni odnos (z možnostjo kontaktov, preko katerih sem povabljeni k sodelovanju lahko spomnila na vprašalnik) so pripomogli k dobremu odzivu, ter tudi večinoma zelo dosledno izpolnjenim vprašalnikom. Drugi dejavniki, ki še lahko pripomorejo k dobremu odzivu, so: predhodna seznanitev potencialnih sodelujočih z raziskavo, nagrade, primerna dolžina vprašalnika in ne preveč odprtih vprašanj (Berkowitz, 2006, str. 149).

Zdravniki načeloma raje sodelujejo s farmacevtskimi predstavniki, ki jih že poznajo, kot z zunanji izvajalci raziskav. Vendar tudi farmacevtskim predstavnikom raje zaupajo informacije v bolj neformalni obliki. V zadnjih letih namreč opažam, da so postali zdravniki pri posredovanju informacij bolj previdni, kar je posledica številnih nekorektnih objav podatkov v medijih. Tako se za sodelovanje pri trženjskih raziskavah zaradi tega in ker je tovrstnih raziskav kar precej, odločajo vse manj. Kadar sodelujejo, pa želijo imeti zagotovljeno anonimnost oziroma želijo vedeti, kje bodo podatki uporabljeni.

Po starostnih skupinah je razporeditev v raziskavi sodelujočih zdravnikov sledeča:

- od 25 do 35 let: 2 zdravnika,
- od 35 do 45 let: 11 zdravnikov,
- od 45 do 55 let: 8 zdravnikov,
- od 55 do 65 let: 5 zdravnikov,
- nad 65 let: 2 zdravnika.

Regijska zastopanost zdravnikov, ki so izpolnili vprašalnik, je enakomerna:

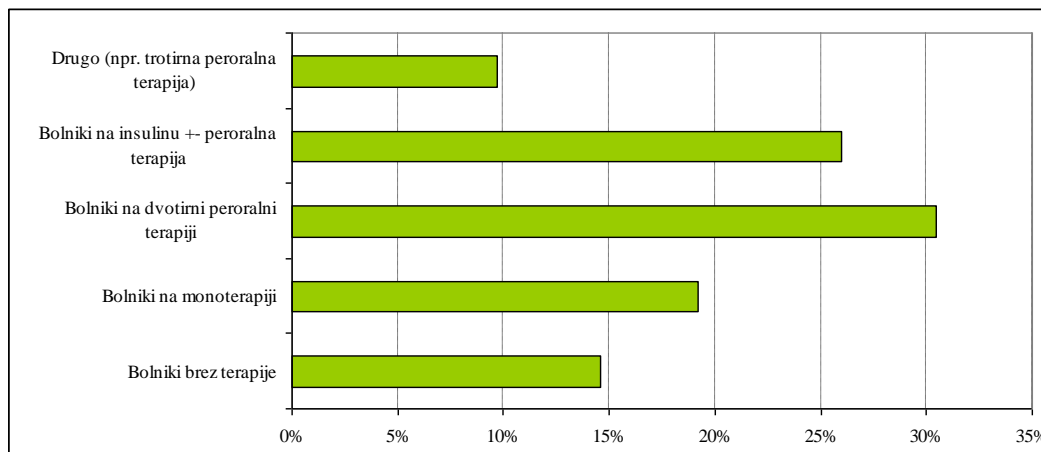
- 5 zdravnikov iz Podravske regije,
- 3 zdravniki iz Savinjske regije,
- 3 zdravniki iz Jugovzhodne Slovenije,
- 9 zdravnikov iz Osrednjeslovenske regije,
- 4 zdravniki iz Gorenjske regije,
- 1 zdravnik iz Notranjsko-kraške regije,
- 1 zdravnik iz Goriške regije in
- 2 zdravnika iz Obalno-kraške regije.

3.4.1 Struktura bolnikov glede na uvedeno terapijo

V povprečju zdravniki v enem mesecu pregledajo okoli 210 bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2 (najmanjša vrednost 70, največja 800 bolnikov), od tega se jih okoli 140 zdravi s peroralnimi antidiabetiki (najmanjša vrednost 40, največja 594 bolnikov). Po podatkih raziskave torej zdravniki dve tretini bolnikov zdravijo s peroralnimi antidiabetiki, kar se natančno ujema z narejeno segmentacijo trga (glej Tabelo 3). V povprečnem mesecu je skoraj 20 bolnikov napotenih iz drugih ambulant, le zelo majhno število bolnikov pa ti zdravniki napotijo v obravnavo v drugo ambulanto, na primer k splošnemu zdravniku. Ti podatki kažejo na to, da se znatno povečuje število bolnikov s sladkorno boleznijo v diabetičnih ambulatah, in posledično podaljšuje čas do kontrolnega pregleda.

Od bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2, ki jih zdravniki povprečno pregledajo v enem mesecu, se jih največ zdravi s kombinacijo dveh peroralnih zdravil (30 %), sledijo bolniki, ki se zdravijo z insulinom, z ali brez peroralne terapije (26 %), nato bolniki na monoterapiji (19 %) (Slika 9).

Slika 9: Struktura bolnikov glede na uvedeno terapijo

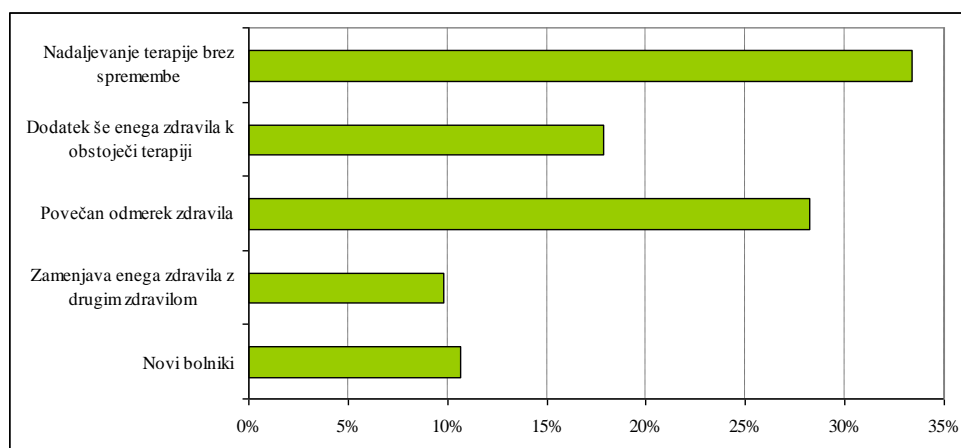


3.4.2 Predpisovalne navade oziroma spremembe peroralne terapije

Od bolnikov na peroralni terapiji se je v povprečnem mesecu največkrat nadaljevalo obstoječe zdravljenje brez sprememb (33 %) ali pa je bil povečan odmerek obstoječega zdravila (28 %). V 18 % se je dodalo še eno zdravilo k obstoječemu zdravljenju, pri 10 % bolnikov se je zamenjalo eno zdravilo z drugim zdravilom, 11 % je bilo novih bolnikov (Slika 10).

Priložnosti za uvedbo novega zdravila so pri bolnikih, ki so jim zdravniki dodali še eno zdravilo k obstoječi terapiji, zamenjali eno zdravilo z drugim zdravilom in pri novih bolnikih. Teh bolnikov je 39 % od bolnikov na peroralni terapiji.

Slika 10: Novi bolniki in spremembe peroralne terapije



Pri bolnikih, kjer je bila narejena zamenjava enega zdravila z drugim zdravilom, je najbolj pogost razlog slaba učinkovitost (39 %), nato neželeni učinki (35 %) in slaba bolnikova zavzetost za zdravljenje (17 %). V 10 % so navedeni drugi razlogi: poslabšanje ledvične ali jetrne funkcije, pojav drugih kontraindikacij, umik zdravila s trga in medicina podprta z dokazi (angl. *evidence-based medicine*, ki pomeni, da klinične odločitve zdravnikov temeljijo na upoštevanju najboljših obstoječih dokazov iz izvedenih kliničnih raziskav).

Dejavniki, ki vzpodbudijo zdravnike k predpisovanju novega zdravila, so številni in raznoliki, med njimi so informiranost o zdravilu, mednarodne in neodvisne raziskave, neučinkovitost predhodnega zdravila ter morebitni neželeni učinki, izkušnje kolegov, varnost, manj neželenih učinkov, način aplikacije, možnost poslovnega sodelovanja s proizvajalcem novega zdravila in dostopnost v lekarnah in bolnišnicah. Pri izbiri zdravila so zdravnikom zelo pomembne tudi lastne izkušnje z določenim zdravilom ter katera zdravila bolnik že prejema, teža in starost bolnika, in spremljajoče bolezni (Vale, 2008, str. 56–57, 65, 67–68). Strokovne interakcije zdravnikov s kolegi imajo celo večji vpliv na začetek predpisovanja kot druge oblike interakcij (Manchanda et al., 2005, str. 297).

V raziskavi je vpliv značilnosti bolnikov na predpisovanje velik:

- 82 % zdravnikov meni, da na predpisovanje zdravil vpliva debelost, in sicer prednostno izberejo zdravila, ki ne povečujejo telesne teže in povzročajo manj hipoglikemij;
- 68 % zdravnikov meni, da na predpisovanje vpliva starost (na primer nad 65 let), prednosten je izbor zdravil z manj možnostmi za pojav hipoglikemij, z manj možnostmi za interakcije z drugimi zdravili, s preprosto shemo jemanja in čim bolj varnih zdravil; izbor zdravil je odvisen tudi od popuščanja ledvic in jeter;
- 86 % zdravnikov meni, da na predpisovanje zdravil vplivajo poklicne okoliščine, kjer pri določenih poklicih (vozniki, viličarji itd.) ponovno izbirajo zdravila, ki povzročajo čim manj hipoglikemij oziroma se odločijo za kasnejši prehod na insulin/pogostejše

predpisovanje trotirne peroralne terapije, prednost imajo tudi zdravila z enkrat dnevnim odmerjanjem oziroma čim enostavnejšo shemo jemanja;

- 50 % zdravnikov meni, da na predpisovanje zdravil vplivajo socialne okoliščine, na primer da bolnik živi sam, kjer se ponovno odločajo kasneje za prehod na insulin in izbirajo taka zdravila, ki se jemljejo neodvisno od obrokov, povzročajo čim manj hipoglikemij in imajo čim bolj enostavno shemo jemanja; pri samoplačnikih igra pomembno vlogo tudi cena zdravila.

Glede na število receptov za nove bolnike, ki prej niso prejeli nobenih peroralnih antidiabetikov, ali za bolnike, kjer je bila potrebna zamenjava enega zdravila z drugim, ali bolnike, ki jim je bilo poleg obstoječe peroralne terapije predpisano dodatno zdravilo, so zdravniki rangirali 10 peroralnih zdravil: zdravilo podjetja MSD sta po pogostosti uvajanja na tretjem in šestem mestu.

Zaradi zelo raznolikih in mnogih pričakovanj zdravnikov, poleg različnih vplivov značilnosti bolnikov, predstavlja oblikovanje trženjskega spleta za novo zdravilo za farmacevtske tržnike precej zahtevno nalogo, prav tako je težavno prepričati zdravnike, da začnejo predpisovati novo zdravilo oziroma da z njim zamenjajo obstoječo terapijo.

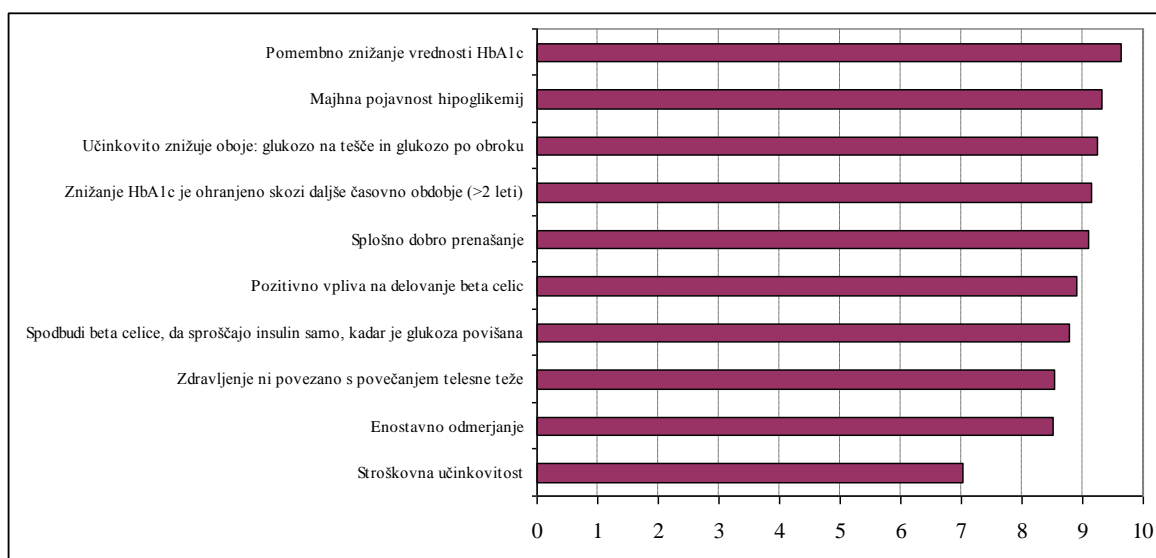
3.4.3 Pomembnost lastnosti zdravil in ocena lastnosti pri posameznih zdravilih

Dva glavna cilja razvoja zdravila sta učinkovitost in varnost. Ker lahko vsa zdravila tako pomagajo kot tudi škodijo, je njihova varnost relativna. Kolikor večja je terapevtska širina zdravila (razpon med običajno učinkovitim odmerkom in odmerkom, ki povzroči hude neželene učinke), toliko varnejše je zdravilo (Berkow, Beers & Fletcher, 2000, str. 30–31).

Tako ni presenetljivo, da je v izvedeni trženjski raziskavi najpomembnejša lastnost zdravil pri odločanju za predpisovanje določenega zdravila za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2 pomembno znižanje vrednosti glikiranega hemoglobina (HbA_{1c}). Najmanj pomembna lastnost v raziskavi je stroškovna učinkovitost (Slika 11). Povprečje pomembnosti vseh lastnosti je 8,8 (na ocenjevalni lestvici od 0 do 10).

V raziskavi Vale (2008, str. 58, 65) je prav tako najpomembnejša lastnost zdravil učinkovitost. Druge navedene pomembne lastnosti so še varnost, malo neželenih učinkov, enostavno doziranje in cena. Kot ugotavljata van der Geer in Kangis (2002, str. 326) zdravniki ne čutijo pri predpisovanju posebnih ovir z vidika cen zdravil, kar je zanimivo, ker se zavedajo potrebe po zniževanju stroškov za zdravila, vendar to pri predpisovanju zelo malo upoštevajo. To je verjetno zato, ker je za zdravnike značilna precejšnja mera altruizma, pri predpisovalnem odločanju jim je pomemben izid zdravljenja bolnika in podatki oziroma prepričanje o učinkovitosti in varnosti zdravila. Z naraščajočo starostjo so zdravniki vse manj pozorni na cene zdravil, zelo pomemben dejavnik pri predpisovanju so navade.

Slika 11: Ocena pomembnosti lastnosti zdravil

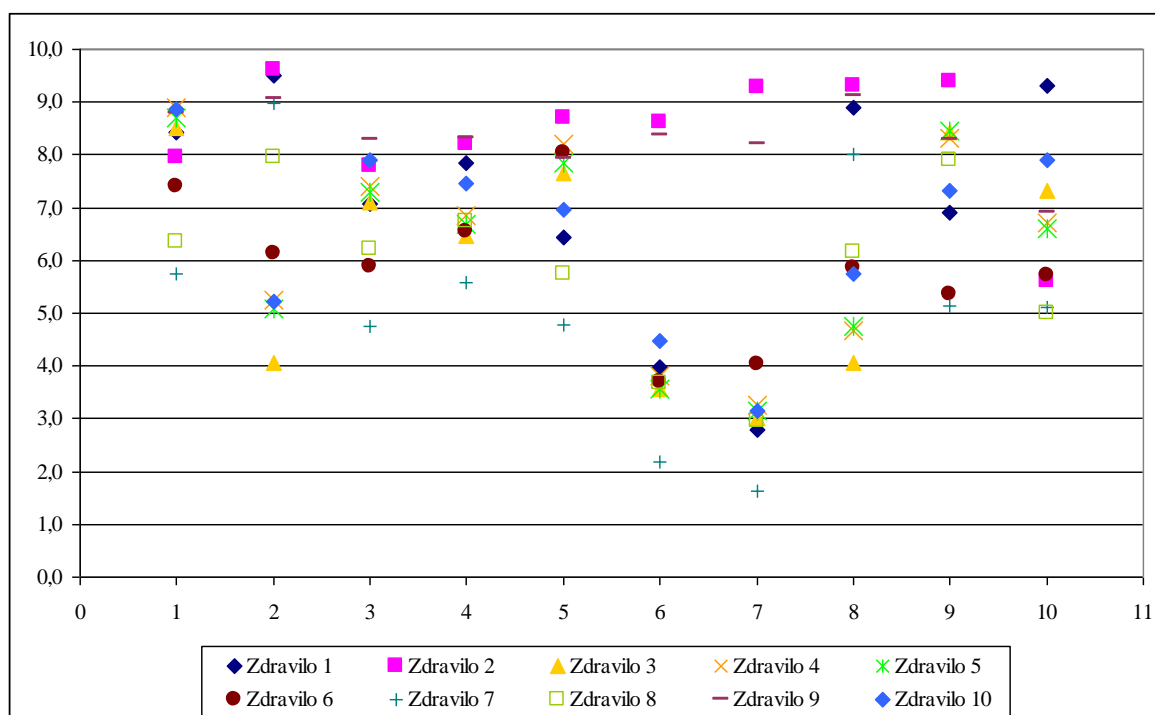


Na podlagi ocene pomembnosti lastnosti posameznih zdravil je mogoče določiti pozicioniranje izdelka glede na druga peroralna antidiabetična zdravila v zaznavi zdravnikov specialistov interne medicine in specialistov splošne medicine. Pri oceni lastnosti posameznih zdravil je zdravilo podjetja MSD (Zdravilo 2) večinoma ocenjeno bolje kot vsa ostala zdravila, razen pri lastnostih »Pomembno znižanje vrednosti HbA_{1c}«, »Učinkovito znižuje oboje: glukozo na tešče in glukozo po obroku« in »Stroškovna učinkovitost«. Drugo zdravilo podjetja MSD (Zdravilo 9) je tudi pri večini ocen lastnosti pri samem vrhu, razen pri lastnostih »Splošno dobro prenašanje«, »Enostavno odmerjanje« in »Stroškovna učinkovitost«. Če ocene rangiramo, sta zdravili kar pri šestih od desetih lastnosti na prvem in drugem mestu ali prvem in tretjem mestu, od vseh lastnosti sta najslabše ocenjeni pri lastnosti »Stroškovna učinkovitost«, ki pa je tudi najmanj pomembna lastnost (Tabela 8, Slika 12).

Tabela 8: Rezultati ocen lastnosti pri posameznih zdravilih

	Zdravilo 1	Zdravilo 2	Zdravilo 3	Zdravilo 4	Zdravilo 5	Zdravilo 6	Zdravilo 7	Zdravilo 8	Zdravilo 9	Zdravilo 10	Povprečje
Pomembno znižanje vrednosti HbA1c	8,43	7,96	8,50	8,89	8,71	7,39	5,73	6,35	8,79	8,86	7,96
Majhna pojavnost hipoglikemij	9,50	9,61	4,07	5,25	5,07	6,14	8,96	7,95	9,07	5,21	7,08
Učinkovito znižuje oboje: glukozo na tešče in glukozo po obroku	7,07	7,79	7,11	7,39	7,29	5,89	4,75	6,21	8,29	7,89	6,97
Znižanje HbA1c je ohranjeno skozi daljše časovno obdobje (>2 leti)	7,86	8,21	6,46	6,86	6,68	6,54	5,57	6,74	8,32	7,46	7,07
Splošno dobro prenašanje	6,43	8,71	7,64	8,21	7,86	8,04	4,79	5,74	7,93	6,96	7,23
Pozitivno vpliva na delovanje beta celic	3,96	8,61	3,57	3,82	3,57	3,71	2,18	3,68	8,36	4,46	4,59
Spodbudi beta celice, da sproščajo insulin samo, kadar je glukozo povišana	2,79	9,29	3,02	3,27	3,16	4,04	1,64	2,95	8,21	3,16	4,15
Zdravljenje ni povezano s povečanjem telesne teže	8,89	9,32	4,07	4,68	4,75	5,86	8,00	6,16	9,11	5,75	6,66
Enostavno odmerjanje	6,89	9,39	8,43	8,32	8,46	5,36	5,14	7,89	8,29	7,32	7,55
Stroškovna učinkovitost	9,32	5,61	7,32	6,71	6,61	5,71	5,11	5,00	6,89	7,89	6,62

Slika 12: Rezultati ocen lastnosti pri posameznih zdravilih



Legenda za absciso: 1 – Pomembno znižanje vrednosti HbA_{1c}

2 – Majhna pojavnost hipoglikemij

3 – Učinkovito znižuje oboje: glukozo na tešče in glukozo po obroku

4 – Znižanje HbA_{1c} je ohranjeno skozi daljše časovno obdobje (>2 leti)

5 – Splošno dobro prenašanje

6 – Pozitivno vpliva na delovanje beta celic

7 – Spodbudi beta celice, da sproščajo insulin samo, kadar je glukoza povišana

8 – Zdravljenje ni povezano s povečanjem telesne teže

9 – Enostavno odmerjanje

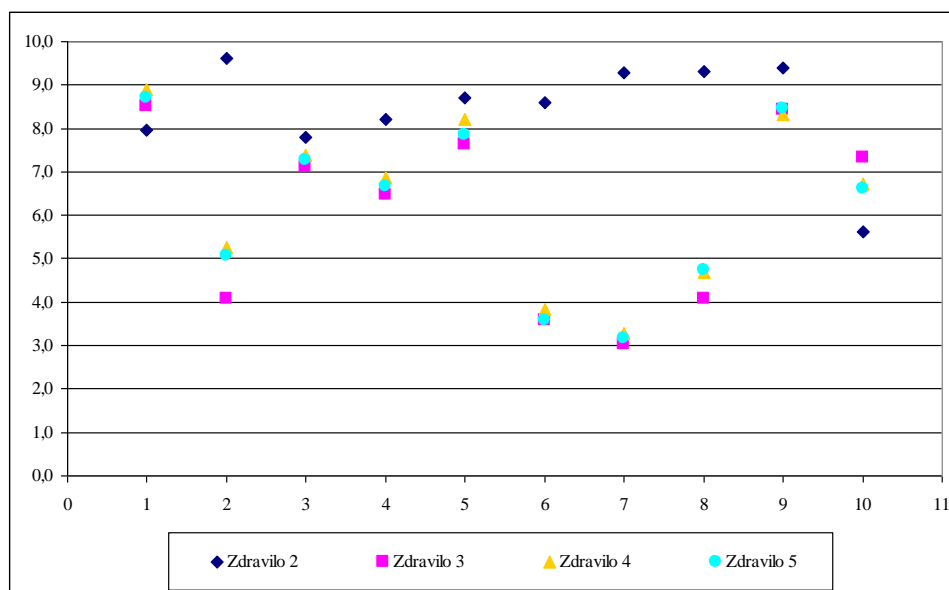
10 – Stroškovna učinkovitost

V primerjavi z glavnimi tekmeči (zdravila iz skupine sulfonilsečnin) je zdravilo podjetja MSD (Zdravilo 2) ocenjeno pri vseh lastnostih bolje, razen pri lastnostih »Pomembno znižanje vrednosti HbA_{1c}« in »Stroškovna učinkovitost« (Slika 13). Ker je najpomembnejša lastnost zdravil učinkovitost, je pri oblikovanju komunikacijskih sporočil nujno, da se tej lastnosti posveti več pozornosti.

3.4.4 Zadovoljstvo in izkušnje z zdravili za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2 ter predpisovanje teh zdravil v prihodnje

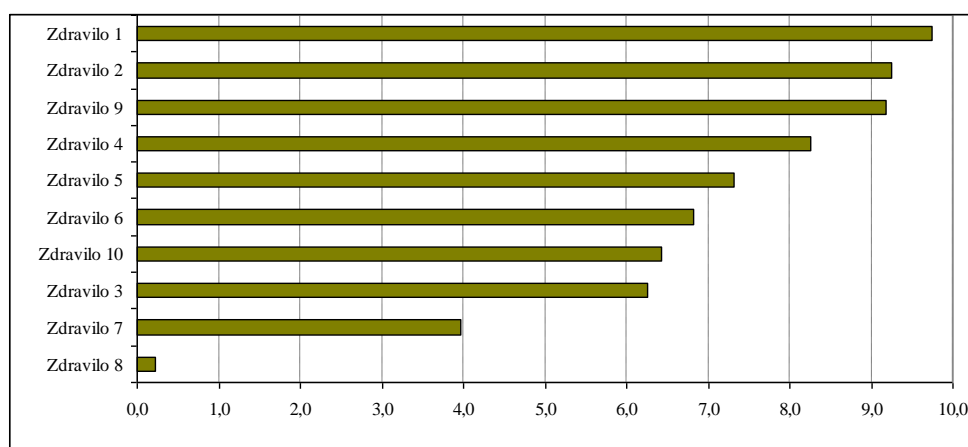
Zdravniki bi svojim kolegom najbolj priporočili Zdravilo 1, takoj za njim pa zdravili podjetja MSD (Zdravilo 2 in Zdravilo 9). Za Zdravilo 8 je samoumevno, da ga ne bi priporočili svojim kolegom, ker je EMA v času izvajanja raziskave umaknila zdravilo iz trga Evropske unije (menili so, da ima zdravilo več škodljivih učinkov v primerjavi s koristnimi) (Slika 14).

Slika 13: Rezultati ocen lastnosti pri zdravlilu podjetja MSD v primerjavi z glavnimi tekmeci



Legenda za absciso: glej pri Sliki 12.

Slika 14: Zadovoljstvo s peroralnimi zdravili za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2

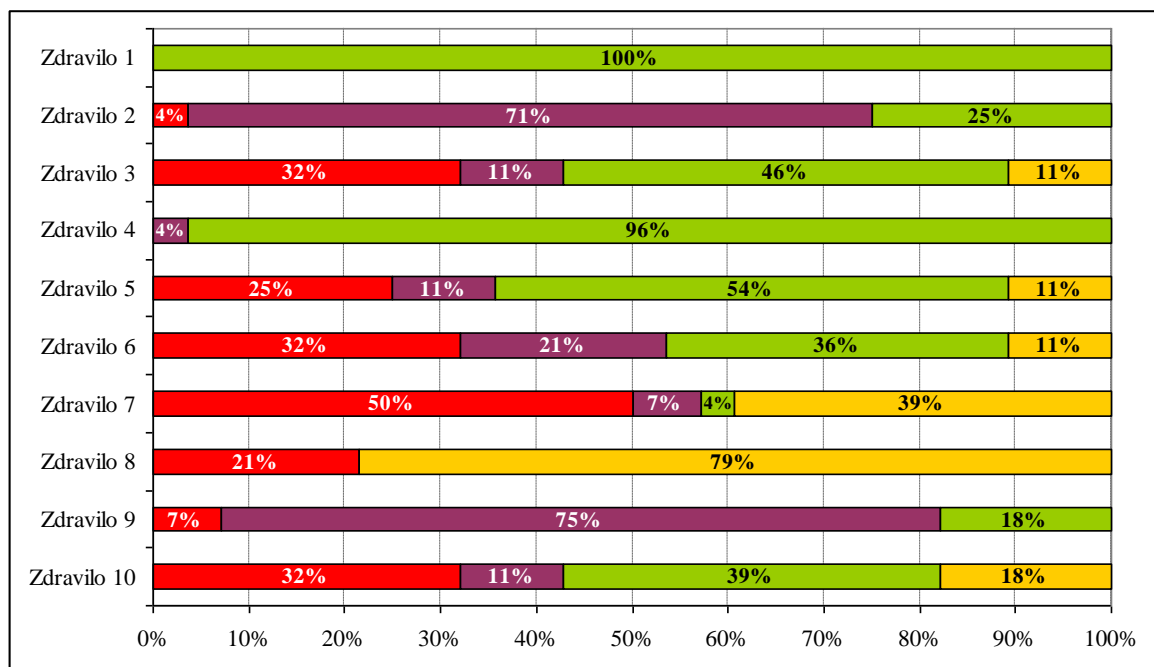


Izkušnje z zdravili za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2 kažejo, da zdravniki smatrajo Zdravilo 1 in 4 kot eni izmed svojih standardnih terapij. Zdravilo podjetja MSD (2 in 9) sta že ena izmed standardnih terapij v 25 % oziroma 18 %, v 71 % oziroma 75 % pa nameravajo zdravniki ti dve zdravili v prihodnje predpisovati pogosteje. Najbolj pogosta razloga za to, da se zdravila uporabljata redko pri 4 % oziroma 7 % zdravnikov, sta: »Predpisovanje je omejeno s strani ZZS« in »Raje predpisujem posamezna zdravila« (Slika 15).

Poleg Zdravila 8 (umik s trga) nameravajo zdravniki kar v 39 % v prihodnje manj predpisovati tudi Zdravilo 7, v 50 % ga uporabljajo redko. Zdravilo podjetja MSD bosta v

prihodnje predpisani pogosteje tudi na račun v 11 % manj pogostega predpisovanja Zdravil 3, 5 in 6 in v 18 % manj pogostega predpisovanja Zdravila 10.

Slika 15: Izkušnje z zdravili za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2 ter predpisovanje teh zdravil v prihodnje



Legenda:

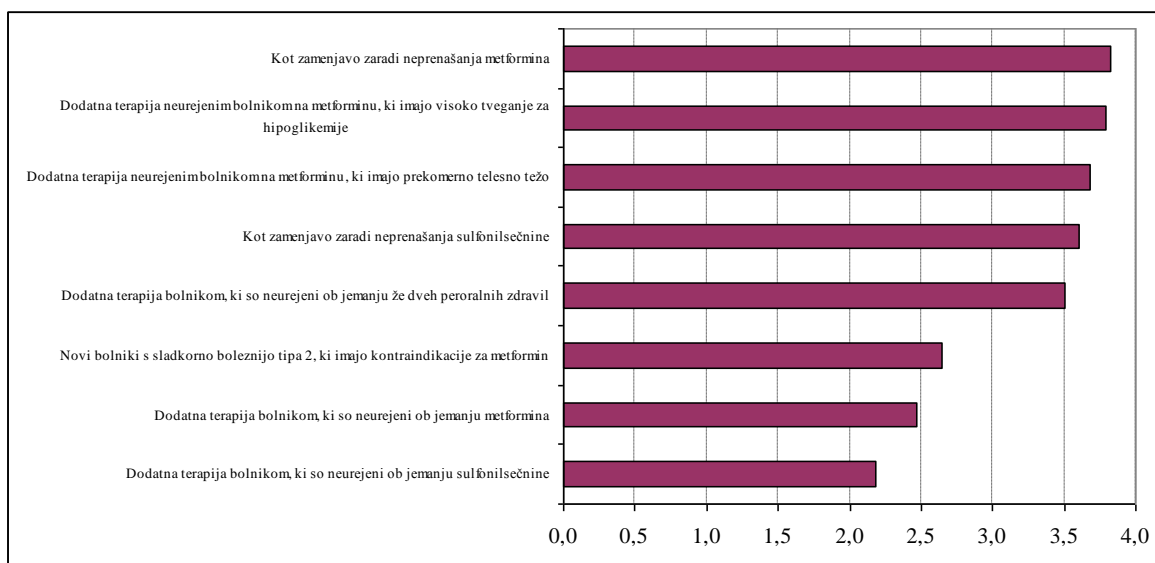
- Zdravilo poznam, vendar ga redko predpisujem svojim bolnikom
- Zdravilo sem predpisal nekaj bolnikom in ga v prihodnje nameravam uporabljati še pogosteje
- Zdravilo je ena izmed mojih standardnih terapij
- V prihodnje ga nameravam predpisovati manj

Glavni tekmeči so povprečno ena izmed standardnih terapij v 65 %, vendar jih zdravniki nameravajo predpisovati v prihodnje še pogosteje le pri 8 % bolnikov in pri 7 % bolnikov jih nameravajo v prihodnje predpisovati manj. Ta dva podatka sta v prid novima zdraviloma podjetja MSD.

3.4.5 Izkušnje z zdraviloma podjetja MSD, vzorec predpisovanja in poznavanje komunikacijskih sporočil

Povprečno so zdravniki uvedli zdravila podjetja MSD 38 (najmanjša vrednost 0, največja 150) oziroma 23 (najmanjša vrednost 0, največja 120) bolnikom s sladkorno boleznijo tipa 2. Najpogosteje uvajajo Zdravilo 2 bolnikom, ki ne prenašajo metformina, sledijo neurejeni bolniki na metforminu, ki imajo visoko tveganje za hipoglikemije in neurejeni bolniki na metforminu, ki imajo prekomerno telesno težo. Slednji dve skupini bolnikov sta v skladu s pozicioniranjem zdravila. Zdravilo se najmanj uvaja bolnikom, ki so neurejeni ob jemanju sulfonilsečnine (Slika 16).

Slika 16: Vzorec predpisovanja zdravil podjetja MSD



Poznavanje komunikacijskih sporočil za zdravila podjetja MSD je zelo dobro. Za vseh devet navedenih sporočil so zdravniki večinoma označili, da so ta sporočila slišali; le v 4 % je bil odgovor negativen.

3.4.6 Strinjanje s patofiziološkimi trditvami

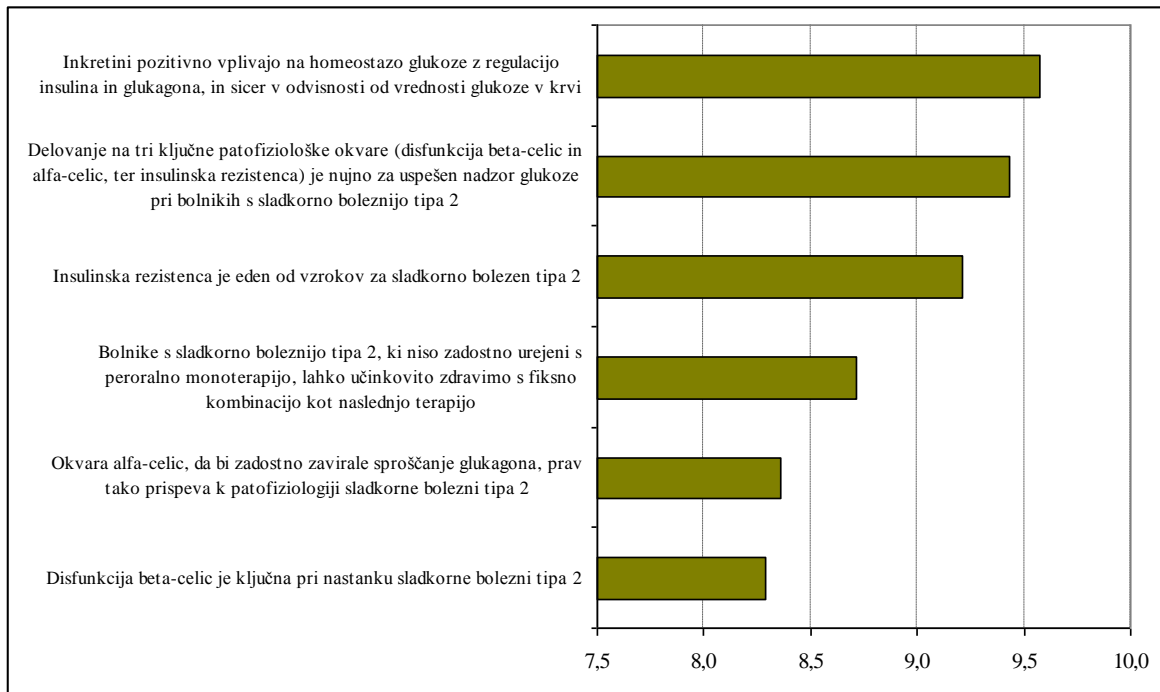
Pri šestih navedenih patofizioloških trditvah se zdravniki najbolj strinjajo s trditvijo, da »Inkretini pozitivno vplivajo na homeostazo glukoze z regulacijo insulina in glukagona, in sicer v odvisnosti od vrednosti glukoze v krvi«, najmanj pa s trditvama o okvari alfa in beta celic, ki sta pomembni z vidika prijemališča delovanja zdravil podjetja MSD (Slika 17).

3.4.7 Pomembnost lastnosti farmacevtskih podjetij in strokovnih sodelavcev ter letno število obiskov strokovnih sodelavcev

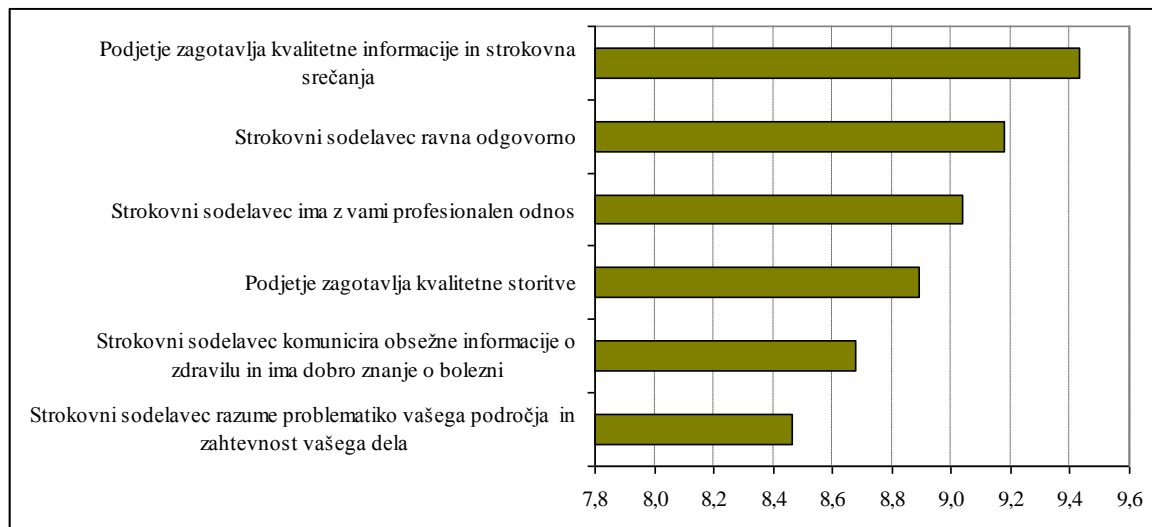
Lastnosti farmacevtskih podjetij in strokovnih sodelavcev so na splošno zdravnikom zelo pomembne. Najpomembnejši sta jim lastnosti, da podjetje zagotavlja kvalitetne informacije in strokovna srečanja in da strokovni sodelavec ravna odgovorno (Slika 18).

Vpliv strokovnih sodelavcev na predpisovanje zdravil je zlasti velik na začetku, ko je zdravilo novo. Lastnosti, ki jih zdravniki cenijo oziroma smatrajo kot pozitivne pri strokovnih sodelavcih so: profesionalno obnašanje (naročanje za obiske, uvidevnost), korekten nastop, strokovna pripravljenost, argumentiranje trditve s članki, kratka in jedrnata predstavitev prednosti zdravila in ciljnih skupin bolnikov, ter prijaznost in da lahko strokovnemu sodelavcu zaupajo (Vale, 2008, str. 60–61).

Slika 17: Strinjanje s patofiziološkimi trditvami



Slika 18: Pomembnost lastnosti farmacevtskih podjetij in strokovnih sodelavcev



Po letnem številu obiskov strokovnih sodelavcev razvrstim farmacevtska podjetja, ki tržijo peroralna zdravila za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2, glede na rezultate raziskave v tri skupine:

- podjetja s 4 – 5 obiski letno,
- podjetja z 8 – 9 obiski letno in
- podjetja z več kot 10 obiski letno.

3.4.8 Primerjava rezultatov raziskave z že izvedeno manjšo trženjsko raziskavo

Manjša trženjska raziskava na področju zdravljenja bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2 je bila izvedena v začetku leta 2009 (MSD d.o.o., Raziskava uporabe zdravila Januvia, 2009), v kateri je sodelovalo 24 zdravnikov, ki zdravijo bolnike s sladkorno boleznijo tipa 2. Takrat so zdravniki ocenili, da povprečno pregledajo v enem mesecu okoli 200 bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2, od teh bolnikov pa jih zdravijo okoli 125 s peroralnimi antidiabetiki, kar predstavlja slabi dve tretini bolnikov. Majhen porast povprečnega števila bolnikov in bolnikov na peroralni terapiji v zadnjih dveh letih je razumljiv, ker narašča število bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2, vendar to tudi kaže na vse večjo obremenjenost diabetoloških ambulant.

Razdelitev bolnikov na peroralni terapiji glede na ukrepe zdravnikov je bila v letu 2009 prav tako podobna: pri 34 % bolnikov se je nadaljevalo zdravljenje z isto terapijo kot prej, pri 27 % bolnikov se je povečalo odmerek zdravila, 17 % bolnikov je bilo predpisano dodatno zdravilo, zamenjava enega zdravila z drugim zdravilom je bila narejena pri 11 % bolnikov in 10 % je bilo novih bolnikov. Razlike v rezultatih so minimalne (glej Sliko 10).

Pri ugotavljanju pomembnosti lastnosti zdravil so tudi takrat zdravniki dali največjo težo »Pomembnemu znižanju vrednosti HbA_{1c} «, med lastnostmi z najmanjšo težo pa sta bili »Zdravljenje ni povezano s povečanjem telesne teže« in »Enostavno odmerjanje«. Nekaj navedenih lastnosti je bilo v tej manjši raziskavi drugih kot v raziskavi magistrskega dela. Zdravilo Januvia je bilo že v začetku leta 2009 pri večini lastnosti ocenjeno bolje od ostalih konkurenčnih zdravil, razen pri lastnosti »Pomembno znižanje vrednosti HbA_{1c} «.

Tudi pri vprašanju, katero zdravilo bi zdravniki zelo verjetno priporočili svojim kolegom, je bilo zdravilo Januvia na drugem mestu, takoj za metforminom. Pri strinjanju s patofiziološkimi trditvami (tistih, ki so bile v obeh raziskavah iste) opazim pozitivno spremembo v smeri večjega strinjanja s trditvami, ki so povezane z mehanizmom delovanja novega zdravila.

3.4.9 Preverjanje zastavljenih hipotez

Pri izvedbi analize raziskave preverim tudi medsebojno povezanost dobljenih podatkov, in sicer preverim več hipotez. Statistično značilnost povprečnih vrednosti parametrov, ki jih izračunam za določene skupine zdravnikov, katere želim primerjati, preverim s program Statistica, in sicer z izvedbo t-testa. S tem programom izračunam tudi intervale zaupanja.

1. **hipoteza:** predpisovalne navade zdravnikov so odvisne od specializacije in starosti zdravnika. Zdravnike razdelim po specializaciji v tri skupine: specialiste interne medicine, ki zdravijo samo bolnike s sladkorno boleznijo ($n = 11$), specialiste interne medicine, ki zdravijo tudi bolnike z drugimi boleznimi ($n = 10$) in specialiste splošne

medicine ($n = 6$) (χ^2 test za primerjavo števila zdravnikov v 1. napram 3. skupini: $p = 0,32$). Najprej izračunam, koliko receptov za posamezno zdravilo in skupaj povprečno uvedejo zdravniki iz teh treh skupin v povprečnem mesecu (Tabela 9).

Tabela 9: Povprečno število predpisanih receptov za peroralna antidiabetična zdravila glede na specializacijo zdravnikov

	Zdravilo 1	Zdravilo 2	Zdravilo 3	Zdravilo 4	Zdravilo 5	Zdravilo 6	Zdravilo 7	Zdravilo 8	Zdravilo 9	Zdravilo 10	Skupaj
Specialist interne medicine, samo bolniki s SB	141,7	20,7	19,5	63,7	19,1	11,2	3,2	0,0	9,7	5,9	294,8
Specialist interne medicine, tudi bolniki z drugimi boleznimi	29,0	7,8	5,6	10,9	5,3	2,6	3,6	0,0	8,1	4,9	77,8
Specialist splošne medicine	42,8	8,8	11,5	21,0	7,0	4,3	3,9	0,0	4,7	10,7	114,7

Direktna primerjava števila receptov ni pravilna, ker se tri skupine zdravnikov razlikujejo v številu bolnikov s peroralnimi antidiabetiki, ki jih pregledajo in zdravijo v povprečnem mesecu (specialisti interne medicine, ki zdravijo samo bolnike s sladkorno boleznijo, povprečno zdravijo 194 bolnikov; specialisti interne medicine, ki zdravijo tudi bolnike z drugimi boleznimi, povprečno 96 bolnikov in specialisti splošne medicine povprečno 104 bolnike). Povprečno število predpisanih receptov zato uravnotežim na 100 bolnikov na peroralnih antidiabetikih na mesec in izračunam statistične značilnosti med skupinami (Tabela 10).

Tabela 10: Povprečno število predpisanih receptov za POAD, uravnoteženo na 100 bolnikov na POAD na mesec, in intervali zaupanja glede na specializacijo zdravnikov

	Zdravilo 1	Zdravilo 2	Zdravilo 3	Zdravilo 4	Zdravilo 5	Zdravilo 6	Zdravilo 7	Zdravilo 8	Zdravilo 9	Zdravilo 10	Skupaj
Specialist interne medicine, samo bolniki s SB	73,2 ± 80,8	10,7 ± 14,1	10,1 ± 15,8	32,9 ± 46,7	9,9 ± 14,8	5,8 ± 7,6	1,6 ± 1,9	0,0	5,0 ± 6,9	3,1 ± 4,6	152,3 ± 160,8
Specialist interne medicine, tudi bolniki z drugimi boleznimi	30,1 ± 19,9	8,1 ± 7,0	5,8 ± 4,1	11,3 ± 9,0	5,5 ± 5,9	2,7 ± 6,0	3,7 ± 7,2	0,0	8,4 ± 9,2	5,1 ± 6,0	80,8 ± 48,5
Specialist splošne medicine	41,1 ± 28,7	8,4 ± 7,2	11,0 ± 10,8	20,2 ± 23,5	6,7 ± 6,8	4,2 ± 3,1	3,8 ± 3,1	0,0	4,5 ± 6,0	10,2 ± 18,8	110,0 ± 93,7
Statistična značilnost 1 - 2	$p = 0,12$	$p = 0,60$	$p = 0,42$	$p = 0,17$	$p = 0,40$	$p = 0,25$	$p = 0,36$		$p = 0,35$	$p = 0,39$	$p = 0,19$
Statistična značilnost 1 - 3	$p = 0,36$	$p = 0,37$	$p = 0,89$	$p = 0,54$	$p = 0,63$	$p = 0,63$	$p = 0,10$		$p = 0,87$	$p = 0,24$	$p = 0,56$
Statistična značilnost 2 - 3	$p = 0,38$	$p = 0,93$	$p = 0,19$	$p = 0,30$	$p = 0,71$	$p = 0,38$	$p = 0,99$		$p = 0,37$	$p = 0,43$	$p = 0,42$

Razlike v povprečnem številu predpisanih receptov se tako zmanjšajo, s pomočjo izračunov statističnih značilnosti med tremi skupinami zdravnikov pri posameznih

zdravilih in vseh zdravilih skupaj ugotovim, da nobena razlika ni statistično značilna oziroma da pri nobenem zdravilu ni razlik v povprečnem številu predpisanih receptov v povprečnem mesecu med specialisti interne medicine, ki zdravijo samo bolnike s sladkorno boleznijo, specialisti interne medicine, ki zdravijo tudi bolnike z drugimi boleznimi in specialisti splošne medicine. Hipotezo v celoti zavrnem.

Po starosti razdelim zdravnike v dve skupini: prva skupina so zdravniki mlajši od 45 let ($n = 13$) in druga skupina so zdravniki starejši od 45 let ($n = 14$) (χ^2 test za primerjavo števila zdravnikov v obeh skupinah: $p = 0,88$). Nato preverim, če obstajajo razlike v predpisovalnih navadah med tema dvema skupinama zdravnikov (Tabela 11).

Tabela 11: Povprečno število predpisanih receptov za peroralna antidiabetična zdravila glede na starost zdravnikov

	Zdravilo 1	Zdravilo 2	Zdravilo 3	Zdravilo 4	Zdravilo 5	Zdravilo 6	Zdravilo 7	Zdravilo 8	Zdravilo 9	Zdravilo 10	Skupaj
Zdravniki mlajši od 45 let	33,2	7,0	7,5	16,5	7,8	2,9	3,7	0,0	4,5	6,5	89,5
Zdravniki starejši od 45 let	119,6	19,1	17,3	51,6	14,6	9,8	3,3	0,1	11,3	6,7	253,3

Rezultati kažejo, da zdravniki, starejši od 45 let, predpišejo v povprečnem mesecu bistveno večje število receptov za skoraj vsa peroralna antidiabetična zdravila (izjema je le zdravilo 7) kot zdravniki, mlajši od 45 let. Zaradi razlik med obema skupinama zdravnikov v povprečnem številu bolnikov na peroralnih antidiabetikih na mesec (povprečno 83,8 in 187,7 bolnikov na POAD), rezultate analize ponovno uravnotežim na 100 bolnikov in izračunam statistične značilnosti (Tabela 12).

Tabela 12: Povprečno število predpisanih receptov za POAD, uravnoteženo na 100 bolnikov na POAD na mesec, in intervali zaupanja glede na starost zdravnikov

	Zdravilo 1	Zdravilo 2	Zdravilo 3	Zdravilo 4	Zdravilo 5	Zdravilo 6	Zdravilo 7	Zdravilo 8	Zdravilo 9	Zdravilo 10	Skupaj
Zdravniki mlajši od 45 let	39,7 ± 29,5	8,3 ± 6,3	8,9 ± 10,4	19,6 ± 21,1	9,3 ± 7,4	3,5 ± 2,9	4,5 ± 7,3	0,0	5,3 ± 6,1	7,7 ± 16,5	106,8 ± 87,4
Zdravniki starejši od 45 let	63,7 ± 76,9	10,2 ± 13,1	9,2 ± 14,5	27,5 ± 44,2	7,8 ± 14,1	5,2 ± 7,1	1,8 ± 1,9	0,0	6,0 ± 6,8	3,6 ± 4,3	134,9 ± 152,5
Statistična značilnost	$p = 0,30$	$p = 0,64$	$p = 0,95$	$p = 0,57$	$p = 0,73$	$p = 0,42$	$p = 0,19$		$p = 0,79$	$p = 0,37$	$p = 0,57$

Z uravnoteženjem se razlike v povprečnem številu predpisanih receptov med obema skupinama zdravnikov zmanjšajo in s pomočjo izračunov statističnih značilnosti ponovno ugotovim, da nobena razlika ni statistično značilna oziroma da tudi starost zdravnikov ne vpliva na predpisovanje peroralnih antidiabetičnih zdravil. Tudi to hipotezo v celoti zavrnem.

2. **hipoteza:** na predpisovalne navade vpliva strinjanje s patofiziološkimi trditvami. Ker se večina patofizioloških trditev nanaša na spoznanja v zvezi z novima zdraviloma podjetja MSD, preverim, kako je od strinjanja s trditvami odvisno povprečno število predpisanih receptov v zadnjem mesecu za ti dve zdravili. V ta namen razdelim zdravnike v dve skupini: prva skupina so zdravniki, ki se s trditvami strinjajo nadpovprečno in druga so zdravniki, ki se s trditvami strinjajo podpovprečno (Tabela 13).

Tabela 13: Povprečno število predpisanih receptov za zdravili podjetja MSD in intervali zaupanja glede na strinjanje zdravnikov s patofiziološkimi trditvami

	Zdravniki z nadpovprečnim strinjanjem	Zdravniki s podpovprečnim strinjanjem	Statistična značilnost
Število uvedenih receptov za zdravilo Januvia	18,5 ± 25,3 (n = 13)	8,5 ± 8,0 (n = 14)	p = 0,17 χ^2 test: p = 0,88
Število uvedenih receptov za zdravilo Janumet	11,9 ± 12,4 (n = 15)	3,2 ± 3,2 (n = 12)	p = 0,026 χ^2 test: p = 0,64

Strinjanje s patofiziološkimi trditvami, ki se nanašajo na spoznanja v zvezi z novima zdraviloma, statistično značilno vpliva na povprečno število uvedenih receptov le za zdravilo Janumet, pri zdravilu Januvia pa razlika ni statistično značilna. Hipotezo sprejemem le delno.

3. **hipoteza:** število bolnikov na antidiabetičnih zdravilih podjetja MSD je odvisno od zaznavanja lastnosti zdravil. Pri obeh zdravilih razdelim zdravnike glede na to, kako so ocenili lastnosti zdravil v dve skupini: prva skupina so zdravniki z nadpovprečno oceno in druga skupina so zdravniki s podpovprečno oceno lastnosti. Preverim, koliko je povprečno število bolnikov na terapiji z novima zdraviloma v teh skupinah zdravnikov (Tabela 14).

Povezava med nadpovprečno oceno lastnosti zdravila in povprečnim številom bolnikov na terapiji s tem zdravilom ni statistično značilna pri nobenem od obeh zdravil podjetja MSD. Hipotezo zavrnem.

4. **hipoteza:** število bolnikov na antidiabetičnih zdravilih podjetja MSD je povezano s pogostnostjo predpisovanja različnim profilom bolnikov. Glede na pogostnost predpisovanja različnim profilom bolnikov razdelim zdravnike v dve skupini: prva skupina so zdravniki z nadpovprečno pogostnostjo predpisovanja in druga skupina so zdravniki s podpovprečno pogostnostjo. Izračunam, koliko je povprečno število bolnikov na terapiji z novima zdraviloma v obeh skupinah (Tabela 15).

Tabela 14: Povprečno število bolnikov na antidiabetičnih zdravilih podjetja MSD in intervali zaupanja glede na oceno lastnosti obeh zdravil

	Zdravniki z nadpovprečno oceno lastnosti zdravila	Zdravniki s podpovprečno oceno lastnosti zdravila	Statistična značilnost
Povprečno število bolnikov na zdravilu Januvia	43,6 ± 41,1 (n = 14)	31,4 ± 33,4 (n = 13)	p = 0,41 χ^2 test: p = 0,88
Povprečno število bolnikov na zdravilu Janumet	24,0 ± 33,3 (n = 14)	22,8 ± 31,7 (n = 13)	p = 0,92 χ^2 test: p = 0,88

Tabela 15: Povprečno število bolnikov na antidiabetičnih zdravilih podjetja MSD in intervali zaupanja glede na pogostnost predpisovanja različnim profilom bolnikov

	Zdravniki z nadpovprečno pogostnostjo predpisovanja	Zdravniki s podpovprečno pogostnostjo predpisovanja	Statistična značilnost
Povprečno število bolnikov na zdravilu Januvia	54,6 ± 44,5 (n = 14)	19,6 ± 14,2 (n = 13)	p = 0,012 χ^2 test: p = 0,88
Povprečno število bolnikov na zdravilu Janumet	30,8 ± 35,7 (n = 14)	15,5 ± 26,4 (n = 13)	p = 0,22 χ^2 test: p = 0,88

Ugotovim, da imajo zdravniki z nadpovprečno pogostnostjo predpisovanja različnim profilom bolnikov statistično značilno večje povprečno število bolnikov na terapiji z zdravilom Januvia, pri zdravilu Janumet pa razlika ni statistično značilna. Hipotezo sprejemem le v prvem primeru.

- 5. hipoteza:** izkušnje z zdraviloma podjetja MSD so povezane s poznavanjem komunikacijskih sporočil za ti dve zdravili. Preverim razliko med zdravniki, ki so označili, da so slišali sporočilo »Močna učinkovitost« in tistimi, ki so označili, da tega sporočila niso slišali, ker je učinkovitost najpomembnejša lastnost zdravil. Ugotovim, da je sicer pri tem sporočilu največ zdravnikov označilo, da zanj niso slišali od vseh navedenih sporočil, vendar so to označili samo štirje zdravniki od 28, tako da statistična primerjava skupin ni mogoča: χ^2 test: p = 0,0006 oziroma hipoteze ne morem preveriti. Izračunano povprečno število bolnikov je za obe zdravili celo večje pri zdravnikih, ki so označili, da tega sporočila niso slišali (39,3 napram 37,5 pri zdravilu Januvia in 49,0 napram 19,0 pri zdravilu Janumet).

6. hipoteza: število obiskov predstavnikov farmacevtskih podjetij vpliva na predpisovanje peroralnih antidiabetičnih zdravil. Za vsako izmed treh skupin farmacevtskih podjetij glede na letno število obiskov (glej str. 67, χ^2 test 1 – 2: $p = 0,48$) izračunam povprečno število receptov za uvedene oziroma predpisane peroralne antidiabetike v zadnjem mesecu (Tabela 16).

Tabela 16: Povprečno število receptov za predpisane peroralne antidiabetike v zadnjem mesecu glede na število obiskov predstavnikov farmacevtskih podjetij

	Podjetja s 4–5 obiski letno (n = 4)	Podjetja z 8–9 obiski letno (n = 2)	Podjetja z več kot 10 obiski letno (n = 3)
Povprečno število receptov	24,8	24,0	9,3

Ponovno ugotovim, da tudi tukaj ni nobene korelacije med številom obiskov predstavnikov in povprečnim številom predpisanih receptov in tudi to hipotezo zavrnem. V primeru peroralnih antidiabetikov menim, da so za uvajanje zdravil pomembnejše strokovne smernice in lastnosti posameznih zdravil. Poleg tega se lahko komunikacijska sporočila predstavnikov farmacevtskih podjetij bolj nanašajo na druga zdravila, ki jih podjetja tržijo (predvsem insuline), in manj na peroralna antidiabetična zdravila.

Pri statističnih preizkusih nisem ugotovila veliko značilnih razlik, razloga za to sta lahko tudi majhna velikost vzorca in veliki intervali zaupanja.

3.4.10 Priporočila na podlagi analize raziskave trga sladkorne bolezni tipa 2

Pri odločitvi za notranjega izvajalca trženjske raziskave, ki tudi drugače poslovno sodeluje s ciljnim zdravnikom, ki jih tržniki želijo vključiti v raziskavo, lahko tržniki računajo na dober odziv sodelujočih v raziskavi in doslednost pri izpolnjevanju vprašalnikov ter tudi poznavanje razmišljanja zdravnikov ob izpolnjevanju vprašalnika, kar lahko upoštevajo pri analizi rezultatov raziskave. Vendar je sodelujočim zdravnikom vseeno potrebno zagotoviti anonimnost.

Specialisti interne ali splošne medicine v povprečnem mesecu pregledajo okoli 210 bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2, dve tretini bolnikov zdravijo s peroralnimi antidiabetiki. Ti podatki o številu bolnikov so zelo primerljivi v obeh izvedenih raziskavah (raziskavi v okviru magistrskega dela in manjši raziskavi iz leta 2009), torej dobro ocenjeni in pri nadaljnjem raziskovanju tega ni potrebno več preverjati. Prav tako ni več potrebno preverjati podatkov o strukturi bolnikov glede na uvedeno terapijo in o spremembah terapije: pri bolnikih na peroralni terapiji se pri približno 60 % bolnikov nadaljuje obstoječe zdravljenje brez sprememb ali je samo povečan odmerek obstoječega zdravila,

pri skoraj 40 % bolnikov so spremembe terapije take, da predstavljajo priložnosti za uvedbo novega zdravila.

Zamenjave terapije so poleg novih bolnikov in bolnikov, ki potrebujejo dodatno terapijo, priložnosti za uvedbo novega zdravila. Z raziskavo ugotovljeni razlogi za zamenjavo terapije tržnikom pokažejo, na kaj je smiselno usmeriti trženjsko komuniciranje. Najbolj pogosta razloga za zamenjavo enega zdravila z drugim sta bila slaba učinkovitost in neželeni učinki.

Ob priložnostih za uvedbo novega zdravila so pomembne še značilnosti bolnikov. Pri bolnikih s sladkorno boleznijo tipa 2 so to debelost, starost, določene poklicne in socialne okoliščine. Tržniki naj oblikujejo komunikacijska sporočila tako, da zdravnikom orišejo, pri katerih bolnikih bi bila uvedba novega zdravila primerna in smiselna. Pri tem je najbolje komunikacijsko sporočilo prilagoditi vsakemu posameznemu zdravniku glede na to, kdaj se odloča za spremembo terapije in kaj mu je pri tem pomembno.

Glavnina komunikacijskega sporočila mora poudariti učinkovitost zdravila, ker je to najpomembnejša lastnost zdravil. Pri zdravilih za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2 je to pomembno znižanje vrednosti glikiranega hemoglobina (HbA_{1c}). Manjši del sporočila naj bo namenjen previdnostnim ukrepom, prilagajanju odmerkov pri posebnih skupinah bolnikov in najpogostejšim neželenim učinkom. Cena novega zdravila običajno ni del komunikacijskega sporočila, ampak naj jo tržniki zdravniku pojasnijo šele, ko zdravnika zanima.

Ocena pomembnosti lastnosti posameznih peroralnih antidiabetičnih zdravil tržnikom pove, kakšno je pozicioniranje izdelka podjetja glede na druga zdravila v zaznavi zdravnikov. Zdravili podjetja MSD sta pozicionirani glede na druga peroralna antidiabetična zdravila precej dobro, saj sta pri šestih od desetih lastnosti na prvem in drugem mestu ali prvem in tretjem mestu, od vseh lastnosti sta najslabše ocenjeni pri lastnosti »Stroškovna učinkovitost«, ki pa je tudi najmanj pomembna lastnost. Glavni tekmeči (zdravila iz skupine sulfonilsečnin) imajo boljšo oceno od zdravila Januvia pri lastnostih »Pomembno znižanje vrednosti HbA_{1c} « in »Stroškovna učinkovitost«. Ker je najpomembnejša lastnost zdravil učinkovitost, bi bilo potrebno pri oblikovanju komunikacijskih sporočil za zdravilo Januvia tej lastnosti posvetiti še več pozornosti.

Z zdraviloma podjetja MSD so zdravniki zadovoljni, saj bi ju priporočili svojim kolegom v večji meri kot konkurenčna zdravila. Vprašanje o predpisovanju zdravil v prihodnje tržnikom pokaže smeri, kaj se bo dogajalo z uporabo posameznih zdravil v bodoče in tudi na račun katerih zdravil lahko pričakujejo rast novih zdravil. Zdravila, ki jih bodo zdravniki v prihodnosti predpisovali manj, lahko izkoristijo kot priložnosti, ki jih tudi vključijo v komunikacijska sporočila. Glede na izkušnje z zdravili za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2 zdravniki zdravili podjetja MSD že kar pogosto uvrščajo med eno izmed

standardnih terapij, večinoma pa ju nameravajo v prihodnje predpisovati pogosteje, na račun manj pogostega predpisovanja konkurenčnih zdravil. Zdravili se uporabljata redko le pri majhnem odstotku zdravnikov.

Za tržnike je zanimiv tudi podatek, koliko bolnikom so zdravniki povprečno uvedli dana zdravila in kakšen je vzorec predpisovanja. Z vzorcem predpisovanja namreč lahko preverijo, ali se zdravilo uporablja v skladu s pozicioniranjem in kje so možnosti za večje predpisovanje. Zdravilo Januvia se uvaja pogosto v skladu s pozicioniranjem zdravila neurejenim bolnikom na metforminu, vendar je pri izbiri bolnikov zelo opazen tudi vpliv omejitve predpisovanja s strani zavarovalnice.

S ponovitvijo raziskave z enakimi vprašanji o poznavanju komunikacijskih sporočil in strinjanju s patofiziološkimi trditvami lahko tržniki preverijo, kako uspešno je trženjsko komuniciranje. V raziskavi ugotovljeno poznavanje komunikacijskih sporočil za zdravili podjetja MSD je zelo dobro. Pri strinjanju s patofiziološkimi trditvami opazim v primerjavi z rezultati manjše trženjske raziskave na področju zdravljenja bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2 iz leta 2009 pozitivno spremembo v smeri večjega strinjanja s trditvami, ki so povezane z mehanizmom delovanja zdravila Januvia.

Podatki o pomembnosti lastnosti farmacevtskih podjetij in strokovnih sodelavcev dajo priporočila za nastop na trgu oziroma pri zdravnikih. Zdravnikom sta v raziskavi ugotovljeni najpomembnejši lastnosti, da podjetje zagotavlja kvalitetne informacije in strokovna srečanja in da strokovni sodelavec ravna odgovorno.

S preizkušanjem zastavljenih raziskovalnih hipotez lahko tržniki preverijo medsebojno povezanost dobljenih podatkov. S preizkušanjem hipotez v raziskavi ugotovim naslednje stvari:

- V povprečnem mesecu specialisti interne medicine, ki zdravijo samo bolnike s sladkorno boleznijo, pregledajo in zdravijo približno dvakrat toliko bolnikov s peroralnimi antidiabetičnimi zdravili kot specialisti interne medicine, ki zdravijo tudi bolnike z drugimi boleznimi, in specialisti splošne medicine. Tako je smiselno specialistom interne medicine, ki zdravijo samo bolnike s sladkorno boleznijo, nameniti več trženjskih aktivnosti kot drugima dvema skupinama zdravnikov. Ko podatke uravnotežim na 100 bolnikov na POAD, z izračuni statističnih značilnosti ugotovim, da med tremi skupinami zdravnikov ni nobenih razlik v predpisovanju posameznih peroralnih antidiabetičnih zdravil in tudi ne pri predpisovanju vseh POAD skupaj, kar pomeni, da imajo vse tri skupine zdravnikov podobne predpisovalne navade.
- Zdravniki, starejši od 45 let, predpišejo v povprečnem mesecu bistveno večje število receptov za skoraj vsa peroralna antidiabetična zdravila kot zdravniki, mlajši od 45 let, ker starejši zdravniki v povprečnem mesecu pregledajo več bolnikov na POAD kot mlajši. Tako lahko ponovno priporočim, da podjetja usmerijo več trženjskih aktivnosti

k starejšim zdravnikom. Ko podatke uravnotežim na 100 bolnikov na POAD, z izračuni statističnih značilnosti ugotovim, da tudi med tema dvema skupinama zdravnikov ni bistvenih razlik v predpisovanju posameznih peroralnih antidiabetičnih zdravil in teh zdravil skupaj, torej imajo mlajši zdravniki enake predpisovalne navade kot starejši zdravniki.

- Strinjanje s patofiziološkimi trditvami, ki se nanašajo na spoznanja v zvezi z novima zdraviloma, statistično značilno vpliva na povprečno število uvedenih receptov le za zdravilo Janumet, pri zdravilu Januvia pa razlika ni statistično značilna. Priporočam še večji poudarek razumevanju patofiziologije sladkorne bolezni tipa 2 pri organizaciji izobraževanj za zdravnike.

3.4.11 Omejitve raziskave in možnosti za nadaljnje raziskovanje trga sladkorne bolezni tipa 2

V raziskavi sem se osredotočila na primerjavo lastnosti novih zdravil podjetja MSD z drugimi skupinami peroralnih antidiabetičnih zdravil. Ker prihaja na trg vse več tekmecev iz iste skupine zdravil, bi bilo zanimivo raziskati, kakšno mnenje imajo zdravniki o zdravilih iz te skupine, ali vidijo kakšne razlike med njimi, katere razlike se jim zdijo pomembne in kaj upoštevajo pri odločanju za predpisovanje posameznega zdravila.

Pri preizkušanju hipotez sem ugotovila, da povezava med nadpovprečno oceno lastnosti zdravila in povprečnim številom bolnikov na terapiji s tem zdravilom ni statistično značilna pri nobenem od obeh zdravil podjetja MSD. Potrebno bi bilo dodatno raziskovanje, kateri so pomembni dejavniki za predpisovanje teh zdravil, poleg različnega zaznavanja lastnosti zdravil. Podobno so imeli zdravniki z nadpovprečno pogostnostjo predpisovanja različnim profilom bolnikov statistično značilno večje povprečno število bolnikov na terapiji le z zdravilom Januvia, pri zdravilu Janumet pa razlika ni bila statistično značilna. Lahko bi raziskali, zakaj nekateri zdravniki bolj pogosto uvajajo zdravila različnim profilom bolnikov kot drugi.

Med izkušnjami z zdraviloma podjetja MSD in poznavanjem komunikacijskih sporočil za ti dve zdravili v raziskavi ni bilo mogoče najti povezave. Pri pridobivanju informacij o poznavanju komunikacijskih sporočil, bi bila namesto označevanja zdravnikov, ali so določeno sporočilo slišali, veliko bolj primerna tehnika, da bi zdravniki sami navedli, katera komunikacijska sporočila so slišali. Od zdravnikov bi lahko poskusili tudi izvedeti, kako bi morali oblikovati komunikacijska sporočila, da bi bolj poudarili učinkovitost zdravil.

V raziskavi prav tako nisem ugotovila, da bi obstajala povezava med številom obiskov predstavnikov farmacevtskih podjetij in predpisovanjem peroralnih antidiabetičnih zdravil. Vprašanje bi morala zastaviti bolj natančno, da bi zdravniki navedli le število obiskov predstavnikov, ki jih obiskujejo v zvezi z v raziskavi proučevanimi peroralnimi

antidiabetičnimi zdravili, in ne število obiskov predstavnikov določenega farmacevtskega podjetja.

Bolj natančno bi lahko raziskali, kakšne značilnosti imajo bolniki, katerim se uvajajo nova zdravila (vrednost glikiranega hemoglobina, telesna teža, sočasna antidiabetična zdravila, sočasne bolezni itd.). Uporabo zdravila in zagotavljanje ponovnih nakupov v veliki meri določa tudi bolnikova zavzetost za zdravljenje, vendar tu igra vlogo toliko različnih dejavnikov, da je raziskovanje v tej smeri zelo težko.

Podjetje bi lahko tudi raziskalo, če bi bilo smiselno ponuditi posameznim skupinam specialistov širši portfelj zdravil in koliko strokovnih sodelavcev ali produktnih specialistov bi bilo zadolženih za trženje teh zdravil.

SKLEP

Vodilna globalna podjetja večkrat prekosijo svojo konkurenco v inovacijah in hitrosti prihoda na trg. Vseeno globalna farmacevtska panoga zadnje čase prestaja politične in regulatorne spremembe v svetovnem merilu. Na farmacevtsko panogo letijo kritike o pretirano visokih dobičkih, povprečni inovativnosti glede na druge panoge (na primer informacijsko tehnologijo) ali nezmožnosti pripeljati na trg resnično nova inovativna zdravila.

Odkritje in izdelava novega zdravila z novo zdravilno učinkovino ter njegovo umeščanje na trg predstavljajo dolgotrajen in izjemno drag postopek, ki so ga sposobne izvesti le največje multinacionalke. Razvoj novega zdravila lahko traja tudi do deset let in podjetje za razvoj porabi najmanj milijardo dolarjev. Farmacevtska podjetja zato skušajo čim bolj povečati uporabo novih in pa tudi obstoječih zdravil. Pri novih zdravilih proučujejo možnosti za čim bolj uspešen prihod zdravil na trg, za širjenje trženja na nove trge, za širjenje linije proizvodov, ciljanje je bolj osredotočeno na ključne kupce, za katere so pomembne specifične lastnosti zdravila, in stremijo tudi k boljši komunikaciji prednosti zdravil.

Pri tem imajo za podjetja izjemen strateški pomen trženjske informacije, kajti njihovi pozitivni vplivi na poslovno uspešnost so bili že mnogokrat dokumentirani. Za ta namen morajo biti informacije strukturirane in analizirane na način, ki je jedrnat in koristen za sprejemanje trženjskih odločitev.

Teoretična spoznanja s področja načrtovanja trženja novih zdravil v prvih dveh poglavjih magistrskega dela so mi bila v pomoč pri zasnovi analize trga zdravil za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2 in pri izvedbi trženjske raziskave s tega področja.

Trg zdravil lahko tržniki zelo sistematično analizirajo s pomočjo zunanje in notranje analize, kjer zunanja analiza vključuje segmentacijo trga, analizo trga in analizo okolja, notranja analiza pa vključuje pregled izdelka in pregled podjetja. Zunanja in notranja analiza trga zdravil predstavljata model za zbiranje in analizo informacij za določeno terapevtsko področje in osnovo za izdelavo SWOT analize. Dobra analiza informacij je podlaga za načrtovanje dobre strategije pri načrtovanju trženja novega zdravila.

Povzetek ugotovitev analize trga zdravil za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2 in trženjske raziskave. Število bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2 narašča. S tem sovпада tudi rast trga peroralnih antidiabetičnih zdravil, ki je bila v letu 2010 14,8 % v evrih in 5,8 % v enotah. Velik tržni delež med peroralnimi antidiabetičnimi zdravili ima učinkovina metformin, ki je zaradi svojih lastnosti in dokazov o zmanjševanju srčno-žilnih dogodkov zdravilo prvega izbora. Tržni delež metformina je znašal v letu 2010 33,1 % v enotah. Zdravilo podjetja MSD Januvia ima z metforminom komplementaren mehanizem delovanja in kombinacija obeh zdravil je zelo smiselna.

Glavni tekmeči novima zdraviloma podjetja MSD so zdravila iz skupine sulfonilsečnin, ki imajo med peroralnimi antidiabetičnimi zdravili največji tržni delež tako v vrednosti (39,5 % v letu 2010) kot tudi v enotah (44,9 % v 2010). Zdravljenje s sulfonilsečninami je povezano z večimi neželenimi učinki in morda tudi s povečano smrtjo beta celic trebušne slinavke. Poleg sulfonilsečnin sta prišli na trg že v letih 2009 in 2010 tudi konkurenčni zdravili iz iste terapevtske skupine.

Za trg sladkorne bolezni tipa 2 so na voljo dokaj dobri epidemiološki podatki o številu bolnikov in o tem, kakšna je njihova terapija. Osnovna segmentacija trga je razdelitev bolnikov v skupine, glede na to, katera zdravila prejemajo, ker je ta način segmentacije enostaven in uporaben za nadaljno odločanje zdravnikov o spremembah terapije, kadar bolniki nimajo zadosti urejene glikemije. Druga možnost segmentacije je razdelitev zdravnikov (kot druge ciljne skupine) v skupine po specializaciji, ker se običajno specialisti splošne medicine zgledujejo pri predpisovanju zdravil na specialiste interne medicine. Ugotovim, da je v Sloveniji približno 80 zdravnikov, ki delajo v diabetoloških ambulantah v bolnišnicah, v zdravstvenih domovih in v zasebnih ambulantah. Pri ostalih specialistih splošne medicine ugotovim, da jih aktivno uvaja peroralna antidiabetična zdravila le približno 1/4 zdravnikov, vendar ti zdravniki zaradi omejitve predpisovanja s strani plačnikov ne morejo uvajati novih, dražjih zdravil. S pomočjo segmentacije bolnikov in segmentacije zdravnikov ter glede na urejenost glikemije lahko tržniki narišejo pregleden zemljevid trženja, kjer označijo, kateri segmenti so najbolj privlačni, kje je predviden posreden vpliv na predpisovanje in kateri segmenti so nepomembni.

Iz analize okolja trga zdravil povzamem, da je prihod novih antidiabetičnih zdravil na trg precej otežen s strani plačnikov oziroma je predpisovanje omejeno na določene zdravnike

in na samo določene skupine bolnikov. Poleg tega tudi izkušnje predpisovalcev z zadnjimi novimi antidiabetičnimi zdravili niso bile najboljše.

Zdravilo podjetja MSD Januvia ima glede na ostala zdravila več konkurenčnih prednosti: bolj fiziološki mehanizem delovanja, manj neželenih učinkov in enostavno uporabo. Učinkovitost zdravila, ki je najpomembnejša lastnost, je primerljiva z ostalimi peroralnimi antidiabetičnimi zdravili. Slabost zdravila je višja cena oziroma višji direktni stroški. Farmacevtski tržniki se morajo zavedati, da poleg kliničnih lastnosti zdravila na odločitve o izbiri zdravila vplivajo še čustva, vrednote in drugi osebnostni dejavniki.

Ker je podjetje Merck & Co., Inc. eno izmed desetih vodilnih farmacevtskih podjetij v svetovnem merilu, z zelo visokimi etičnimi standardi in vrednotami, so interni postopki običajno zelo kompleksni in zamudni, odzivi na spremembe na trgu pa zelo počasni. Trženjsko komuniciranje novih antidiabetičnih zdravil poteka zaradi majhne ciljne skupine zdravnikov le s strani produktnega specialista, ki ima poleg obiskovanja zdravnikov, s katerimi sodeluje vse bolj v smeri znanstvenega trženja, še številne druge zadolžitve.

Za dokaj homogeno skupino ciljnih zdravnikov pride v poštev le ena trženjska strategija, ki zajema naslednje ključne prioritete: doseči cilje prodaje in rasti, pokazati konkurenčne prednosti in osredotočiti se na ciljne kupce. Uspešno trženjsko komuniciranje sloni na načrtani strategiji trženja in določa, pri katerih zdravnikih, za kakšne bolnike in s katerimi ključnimi sporočili tržniki izvajajo trženjske aktivnosti.

Z izvedbo trženjske raziskave na področju sladkorne bolezni tipa 2 lahko tržniki dobijo še bolj podrobne informacije o številu bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2 in številu bolnikov, ki se zdravijo s peroralnimi antidiabetiki. Z vprašanji o spremembah terapije tržniki ocenijo, koliko odstotkov bolnikov je takih, da predstavljajo priložnosti za uvedbo novega zdravila. Razlogi za zamenjavo enega zdravila z drugim tržnikom pojasnijo, na kaj je smiselno osredotočiti komunikacijska sporočila; pri tem morajo tržniki upoštevati tudi značilnosti bolnikov (debelost, starost, poklicne in socialne okoliščine), ki v veliki meri vplivajo na izbiro peroralnih antidiabetičnih zdravil.

Z oceno pomembnosti lastnosti posameznih peroralnih antidiabetičnih zdravil tržniki ugotovijo, kakšno je pozicioniranje izdelka podjetja glede na druga zdravila v zaznavi zdravnikov. Najpomembnejša lastnost zdravil je učinkovitost (tudi v izvedeni raziskavi), najmanj pomembna lastnost v raziskavi pa je bila stroškovna učinkovitost.

Z zdraviloma podjetja MSD so zdravniki zadovoljni, saj bi ju priporočili svojim kolegom v večji meri kot konkurenčna zdravila. Glede na izkušnje z zdravili za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2 zdravniki zdravili že kar pogosto uvrščajo med eno izmed standardnih terapij, večinoma pa ju nameravajo v prihodnje predpisovati pogosteje, na račun manj

pogostega predpisovanja konkurenčnih zdravil. Zdravili se uporabljata redko le pri majhnem odstotku zdravnikov.

Zdravilo Januvia se uvaja pogosto v skladu s pozicioniranjem zdravila neurejenim bolnikom na metforminu, vendar je pri izbiri bolnikov zelo opazen tudi vpliv omejitve predpisovanja s strani zavarovalnice. Poznavanje komunikacijskih sporočil za zdravili podjetja MSD je zelo dobro. Najpomembnejša lastnost farmacevtskega podjetja je, da zagotavlja kvalitetne informacije in strokovna srečanja in najpomembnejša lastnost strokovnega sodelavca, da ravna odgovorno.

S preverjanjem zastavljenih hipotez sem ugotovila, da ne obstajajo razlike v predpisovanju peroralnih antidiabetičnih zdravil glede na specializacijo in starost zdravnikov, vendar specialisti interne medicine, ki zdravijo samo bolnike s sladkorno boleznijo, in starejši zdravniki pregledajo v povprečnem mesecu več bolnikov na POAD. Strinjanje s patofiziološkimi trditvami in pogostnost predpisovanja različnim profilom bolnikov le delno vplivata na povprečno število uvedenih receptov, med zaznavanjem lastnosti zdravil podjetja MSD in povprečnim številom bolnikov na teh zdravilih pa ne ugotovim nobene povezave, prav tako ne med številom obiskov predstavnikov farmacevtskih podjetij in predpisovanjem POAD.

Vprašalnik za trženjsko raziskavo je model za zasnovano vprašalnika za podobne trženjske raziskave tudi na drugih terapevtskih področjih.

Nenazadnje je trg zdravil izredno dinamičen, kjer se spreminjajo preference porabnikov, tekmeči menjajo svoje strategije, dobavitelji sklepajo nove pogodbe z zdravstvenimi ustanovami itd., zato je **nujno neprestano spremljanje dogajanja na trgu, s pogostim izvajanjem trženjskega raziskovanja**. Osredotočenost na trženje ne sme biti samo odgovornost oddelka za trženje temveč celotnega podjetja.

LITERATURA IN VIRI

1. Alt, R., & Puschmann, T. (2005). Developing customer process orientation: the case of Pharma Corp. *Business Process Management Journal*, 11(4), 297–315.
2. Alvanzo, A. H., Cohen, G. M., & Nettleman, M. (2003). Changing physician behavior: half-empty or half-full? *Clinical Governance: An International Journal*, 8(1), 69–78.
3. Bates, A. K. (2008). Marketing Briefs, Implementing a pre-launch named patient programme: Evidence of increased market share. *Journal of Medical Marketing*, 8(4), 319–324.
4. Bates, A., & Bailey, E. (2003). Marketing to win market share – The role of doctor sentiment and benchmarking. *International Journal of Medical Marketing*, 3(2), 145–152.
5. Behnke, N. (2005). Market Analysis, Marketing Strategy, How biotechnology and speciality pharma companies can beat big pharma in marketing cancer drugs. *Journal of Medical Marketing*, 5(1), 10–14.
6. Berkow, R., Beers, M. H., & Fletcher A. J. (2000). *Veliki zdravstveni priročnik za domačo uporabo*. Ljubljana: Založba Mladinska knjiga.
7. Berkowitz, E. N. (2006). *Essentials of Health Care Marketing* (2nd ed.). Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.
8. Bowditch, A., Gurrieri, G., & Henry, B. (2003). The use of combined conjoint approaches to improve market share predictions. *International Journal of Market Research*, 45(3), 389–404.
9. Brank, N. (2009, 6. februar). V Bruslju odobrili prevzem Zentive s strani Sanofi-Aventisa. *Dnevnik*, str. 25.
10. Campo, K., De Staebel, O., Gijbrecchts, E., & Van Waterschoot, W. (2005). Physicians' Decision Process for Drug Prescription and the Impact of Pharmaceutical Marketing Mix Instruments. *Health Marketing Quarterly*, 22(4), 73–107.
11. Chandler, J., & Owen, M. (2002). Pharmaceuticals: the new brand arena. *International Journal of Market Research*, 44(4), 385–404.
12. Cook, A. G. (2006). *Forecasting for the Pharmaceutical Industry: Models for New Product and In-Market Forecasting and How to Use Them*. Hampshire: Gower Publishing Limited.
13. David, C. (2001). Marketing to the Customer: Perspectives from the Pharmaceutical Industry. *Marketing Health Services*, 21(1), 4–11.
14. DeSarbo, W. S., Degeratu, A. M., Wedel, M., & Saxton, M. K. (2001). Research Note, The Spatial Representation of Market Information. *Marketing Science*, 20(4), 426–441.
15. Dogramatzis, D. (2002). *Pharmaceutical Marketing: A Practical Guide*. Englewood: Interpharm Press.

16. Dong, X., Manchanda P., & Chintagunta P.K. (2009). Quantifying the Benefits of Individual-Level Targeting in the Presence of Firm Strategic Behavior. *Journal of Marketing Research*, 46(2), 207–221.
17. Drinovec, J., & Poredoš, P. (2001). Etični vidiki zdravnikovega sodelovanja s farmacevtsko industrijo. *Zdravniški vestnik*, 70(9), 465–468.
18. Esih, E. (2008, 10. november). Sladkorna bolezen – epidemija modernega časa. *Naša lekarna*, str. 46–51.
19. European Commission, Community register of medicinal products for human use. (2010). *Januvia [EMEA/H/C/722/WS/46, SL]: Povzetek glavnih značilnosti zdravila*. Najdeno 28. decembra 2010 na spletnem naslovu <http://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/alfregister.htm>
20. European Medicines Agency. (2010). *European Medicines Agency recommends suspension of Avandia, Avandamet and Avaglim; Anti-diabetes medication to be taken off the market*. Najdeno 23. septembra 2010 na spletnem naslovu http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2010/09/news_detail_001119.jsp&murl=menus/news_and_events/news_and_events.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1&jenabled=true
21. *Exubera Bong Bombs!* Najdeno 18. oktobra 2007 na spletnem naslovu <http://pharmamkting.blogspot.com/2007/10/exubera-bong-bombs.html>
22. Food and Drug Administration. (2010). *FDA significantly restricts access to the diabetes drug Avandia*. Najdeno 23. septembra 2010 na spletnem naslovu <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/ucm226956.htm>
23. Food and Drug Administration. (2011). *Is it true FDA is approving fewer new drugs lately?* Najdeno 12. novembra 2011 na spletnem naslovu <http://www.fda.gov/downloads/AboutFDA/Transparency/Basics/UCM247465.pdf>
24. Gillis, C., Pitt, L., Robson, M. J., & Berthon, P. (1998). Communication in the salesperson/customer dyad: an empirical investigation. *Marketing Intelligence & Planning*, 16(2), 100–106.
25. Gönül, F. F., Carter, F., Petrova E., & Srinivasan, K. (2001). Promotion of Prescription Drugs and Its Impact on Physicians' Choice Behavior. *Journal of Marketing*, 65(3), 79–90.
26. Gould, B. E., & Dyer, R. M. (2010). *Pathophysiology for the Health Professions* (4th ed.). B.k.: W. B. Saunders Company.
27. Greengrove, K. (2002). Needs-based segmentation: principles and practice. *International Journal of Market Research*, 44(4), 405–421.
28. Guček Zakošek, M. (2005). *Posebnosti trženja v farmacevtski industriji* (magistrsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
29. Henriksen, S., & Skou, P. (2005). Marketing Innovation, Scientific marketing: Creating the agenda. *Journal of Medical Marketing*, 5(1), 27–31.
30. Holdford, D. (2005). Understanding the dynamics of the pharmaceutical market using a social marketing framework. *Journal of Consumer Marketing*, 22(7), 388–396.

31. Ilić, M. (2009, 11. maj). Medicina in farmacevtske družbe: Kako farmacevtska industrija (lahko) vpliva na zdravnike. *Delo*, str. 6.
32. Jaakkola, E., & Halinen, A. (2006). Problem solving within professional services: evidence from the medical field. *International Journal of Service Industry Management*, 17(5), 409–429.
33. Janša, K. (2008). Predpisovanje zdravil, Zdravljenje sladkorne bolezni. *Recept – Bilten o zdravilih iz obveznega zdravstvenega zavarovanja* (št. 1/2008, 10. junij 2008). Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
34. Javna agencija RS za zdravila in medicinske pripomočke. (2011). *Seznam veljavnih cen zdravil*. Najdeno 12. maja 2011 na spletnem naslovu http://www.jazmp.si/files/farmakoeconomika/cene_20110422.pdf
35. John, E. G. (2008). Primary Marketing Research for Forecasting, Context is Everything. *PBIRG Perspective* (2), 13–17.
36. Katsanis, L. P. (2006). An assessment of professional training for product managers in the pharmaceutical industry. *Journal of Product & Brand Management*, 15(5), 324–330.
37. Kelly, D., & Rupert, E. (2009). Professional emotions and persuasion: Tapping non-rational drivers in health-care market research. *Journal of Medical Marketing*, 9(1), 3–9.
38. Kenda, A. (2008, 23. september). EU grozi epidemija diabetesa. *Finance*, str. 11.
39. Kenda, A., & Sovdat, P. (2008, 1. december). Kaj je Evropska komisija odkrila pri farmacevtih. *Finance*, str. 6.
40. Kesič D. (2009, 4. maj). Svetovna kriza vzpodbuja nove prevzeme v farmacevtski industriji. *Delo FT – Ponedeljkova priloga Dela*, str. 21–23.
41. Knop, F. K., Holst, J. J., & Vilsbøll, T. (2008). Replacing SUs with incretin-based therapies for type 2diabetes mellitus: Challenges and feasibility. *Drugs*, 11(7), 497–501.
42. Kotler, P. (2004). *Management trženja* (11. izdaja). Zagreb: Naklada MATE d.o.o.
43. Kučić, L. J. (2009, 4. april). Farmacevtska industrija, Neprijetna resnica. *Delo – Sobotna priloga*, str. 22.
44. Lidstone, J., & Collier, T. (1987). *Marketing Planning for the Pharmaceutical Industry* (1st ed.). Hampshire: Gower Publishing Limited.
45. Lidstone, J., & MacLennan, J. (1999). *Marketing planning for the pharmaceutical industry* (2nd ed.). Hampshire: Gower Publishing Limited.
46. Lim, C. W., & Kirikoshi, T. (2005). Predicting the effects of physician-directed promotion on prescription yield and sales uptake using neural networks. *Journal of Targeting, Measurement and Analysis for Marketing*, 13(2), 156–167.
47. Lorenčič, M. (2008, 6. oktober). Sladkorni bolnik je sam sebi najboljši zdravnik. *Dnevnik*, str. 14.
48. Mahajan, V., & Muller, E. (1998). When is it Worthwhile Targeting the Majority Instead of the Innovators in a New Product Launch? *Journal of Marketing Research*, 35(4), 488–495.

49. Mahajan, V., & Wind, J. (1999). Rx for Marketing Research, A diagnosis of and prescriptions for the recovery of an ailing discipline in the business world. *Marketing Research*, 11(3), 7–13.
50. Manchanda, P., Wittink, D. R., Ching, A., Cleanthous, P., Ding, M., Dong, X. J., Leeflang, P. S. H., Misra, S., Mizik, N., Narayanan, S., Steenburgh, T., Wieringa, J. E., Wosinska, M., & Xie, Y. (2005). Understanding Firm, Physician and Consumer Choice Behavior in the Pharmaceutical Industry. *Marketing Letters*, 16(3/4), 293–308.
51. Medvešček, M., & Pavčič, M. (2009). *Sladkorna bolezen tipa 2: kako jo obvladati in živeti z njo, sto receptov za zdravo prehrano*. Ljubljana: Littera picta.
52. Medvešček, M. (2011). Spremljanje urejenosti glikemije v ambulantni obravnavi. V Medvešček, M. & Mrevlje, F. (ur.), *Slovenske smernice za klinično obravnavo sladkorne bolezni tipa 2 pri odraslih osebah* (str. 28–30). Ljubljana: Littera picta.
53. Merck & Co., Inc. (2009). Building the New Merck, 2008 Annual Report. Whitehouse Station, NJ: Merck & Co., Inc.
54. Mihajlović, N. (2009, 21. maj). Apax v igri za prevzem nemškega Ratiopharma. *Finance*, str. 10.
55. Milenković, A., & Žabkar, V. (2002). Merjenje vplivov trženjskih izdatkov na uspešnost poslovanja podjetij: primer slovenskih podjetij. *Akademija MM*, 5(9), 9–16.
56. *Mobilno nad sladkorno bolezen*. Najdeno 3. decembra 2009 na spletnem naslovu <http://www.24ur.com>
57. Moorman, C., Zaltman, G., & Deshpande, R. (1992). Relationships Between Providers and Users of Market Research: The Dynamics of Trust Within and Between Organizations. *Journal of Marketing Research*, 29(3), 314–328.
58. Moss, G., & Schuiling I. (2004). A brand logic for pharma?: A possible strategy based on FMCG experience. *International Journal of Medical Marketing*, 4(1), 55–62.
59. Mowbray, E. (1997). Partnering With Clients: The External Researcher as Internal Resource. *Marketing Research*, 9(1), 49–50.
60. Mrevlje, F. (2006). Nekateri kazalci zdravstvenega stanja bolnikov s sladkorno boleznijo v Sloveniji v letih 2005/2006. *Zbornik predavanj in povzetkov posterjev 3. slovenskega endokrinološkega kongresa z mednarodno udeležbo* (str. 28–32). Bled: Združenje endokrinologov Slovenije.
61. Mrevlje, F. (2011). Zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2 z zdravili. V Medvešček, M. & Mrevlje, F. (ur.), *Slovenske smernice za klinično obravnavo sladkorne bolezni tipa 2 pri odraslih osebah* (str. 10–24). Ljubljana: Littera picta.
62. MSD d.o.o. (2007). *IMS sales reports* (interno gradivo). Najdeno 23. marca 2007 v bazi podatkov IMS.
63. MSD d.o.o. (2009, 10. april). *Raziskava uporabe zdravila Januvia* (interno gradivo). Ljubljana: MSD d.o.o.

64. MSD d.o.o. (2011). *IMS sales reports* (interno gradivo). Najdeno 1. maja 2011 na spletnem naslovu <http://teamsite.merck.com/collaboration> in 12. maja 2011 v bazi podatkov IMS.
65. Nair, H., Manchanda, P., & Bhatia, T. (2008). Asymmetric Social Interactions in Physician Prescription Behavior: The Role of Opinion Leaders. *SSRN*. Najdeno 29. aprila 2011 na spletnem naslovu <http://ssrn.com/abstract=937021>
66. Narayanan, S., Manchanda P., & Chintagunta P.K. (2005). Temporal Differences in the Role of Marketing Communication in New Product Categories. *Journal of Marketing Research*, 42(3), 278–290.
67. *Our History: Advancing global healthcare for more than 50 years [IMS, Company Information]*. Najdeno 17. marca 2009 na spletnem naslovu <http://www.imshealth.com/portal/site/imshealth/menuitem.a953aef4d73d1ecd88f611019418c22a/?vgnnextoid=d8067900b55a5110VgnVCM10000071812ca2RCRD&vgnextfmt=default#>
68. Pavlin, B. (2008, 1. september). V Plivi se bojijo črnega scenarija. *Delo FT – Ponedeljkova priloga Dela*, str. 15.
69. Pavlin, C. (2008, 10. november). Tudi v farmacevtski industriji odpuščajo. *Delo FT – Ponedeljkova priloga Dela*, str. 19.
70. Podnar, K. (2011, 1. februar). Od ideje do zdravila. *Moje zdravje*, str. 9–12.
71. Popovič, B. (2004). Medsebojno zamenljiva zdravila. *EVRO PP – Evropsko pravo in praksa (Posebna izdaja Pravne prakse)*, 2(3), 56.
72. Potokar, R. (2006). *Ponovno pozicioniranje Plive na slovenskem tržišču* (magistrsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
73. Pravilnik o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o oglaševanju zdravil. *Uradni list RS* št. 105/2010.
74. Rao, S. K. (2002). Pharmaceutical Marketing in a New Age. *Marketing Health Services*, 22(1), 6–12.
75. Rindfleisch, A., Malter, A. J., Ganesan, S., & Moorman, C. (2008). Cross-Sectional Versus Longitudinal Survey Research: Concepts, Findings, and Guidelines. *Journal of Marketing Research*, 45(3), 261–279.
76. Rojšek, I. (1997). *Metode trženjskega raziskovanja – Vodič po predmetu*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
77. Sedlar, A. M. (2009, 21. april). Revni lahko pa crknejo?! *Jana*, str. 7–9.
78. Sekulič, A. (2010, 19. maj). Zbogom Sortis, prihaja nova zvezda prodaje. *Medicina danes*, str. 19–20.
79. *Slora – Definicije kazalnikov in metod*. Najdeno 15. januarja 2011 na spletnem naslovu <http://www.slora.si/definicije-kazalnikov-in-metod>
80. Smith, B. D. (2009). Research Watch. *Journal of Medical Marketing*, 9(2), 126–128.
81. Smith, M. C., Kolassa, E. M., Perkins, G., & Siecker, B. (2002). *Pharmaceutical Marketing: Principles, Environment and Practice*. New York: Pharmaceutical Products Press.

82. Stephan, S. K. (2009). Professional Marketing, Retooling the Pharma Marketing Model. *Pharmaceutical Executive*, 29(4), 92–94.
83. Sušnik, D. (2009, 25. maj). Poslovni globus, Novartis kupuje del avstrijske družbe Ebewe Pharma. *Delo FT – Ponedeljkova priloga Dela*, str. 13.
84. Sušnik, D. (2010, 2. avgust). Največ pričakujemo od inovativnih onkoloških in kardioloških zdravil. *Delo*, str. 26.
85. Šorl, M. (2010, 14. julij). Lani na trgu 26 novih zdravil, pet več kot leta 2008. *Medicina danes*, str. 12.
86. *The Pharmaceutical Industry in Figures, Key Data, 2011 Update [European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations]*. Najdeno 12. novembra 2011 na spletnem naslovu <http://www.efpia.eu/content/default.asp?PageID=559&DocID=11586>
87. Tifengraber, V. (2008, 24. oktober). Vse ostrejši pritiski na cene zdravil. *Dnevnik*, str. 35.
88. Trim, P., & Pan, H. (2005). A new product launch strategy (NPLS) model for pharmaceutical companies. *European Business Review*, 17(4), 325–339.
89. Vale, D. (2008). *Vedenje zdravnikov pri predpisovanju zdravil na recept* (magistrsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
90. Van der Geer, L. A. M., & Kangis, P. (2002). The influence of cost on medical prescriptions: A comparison of the theory of planned behaviour and the composite attitude behaviour model. *International Journal of Medical Marketing*, 2(4), 311–327.
91. Velepec, K. (2004). *Pomen zaupanja v trženjskih odnosih med naročniki in raziskovalci ter uporaba rezultatov trženjskih raziskav v slovenskih podjetjih* (magistrsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
92. Vrhovnik, P. (2005). *Analiza privlačnosti nevrološke panoge zdravil v srednji in vzhodni Evropi* (magistrsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
93. Williams, G. C., Markakis, K. M., Ossip-Klein, D., McIntosh, S., Tripler, S., & Grady-Weliky, T. (2005). Evidence-based behavior change curriculum for the ambulatory clerkship, The double helix. *Health Education*, 105(2), 142–153.
94. Yeoh, P.-L. (1994). Speed to Global Markets: An Empirical Prediction of New Product Success in the Ethical Pharmaceutical Industry. *European Journal of Marketing*, 28(11), 29–49.
95. *Your Top Merger Questions: Answered! [one Merck, The Daily]*. Najdeno 12. maja 2009 na spletnem naslovu <http://daily.merck.com/ecc/jsp/GetStory.jsp?s=1581>
96. Zakon o zdravilih. *Uradni list RS* št. 31/2006, 45/2008.
97. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2008, 2010, 2011). Seznam zdravil, razvrščenih na liste. *Recept – Bilten o zdravilih iz obveznega zdravstvenega zavarovanja* (št. 1/2008, 10. junij 2008; št. 1/2011, 25. maj 2011). Najdeno 28. maja 2011 na spletnem naslovu <http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/Recept?OpenView>
98. Zgonik, S. (2009, 20. februar). Neprijetna (farmacevtska) resnica, farmacevtska podjetja preveč skrbijo za dobiček in premalo za bolnike. *Mladina*, str. 46–47.

99. Zupet, M. (2002). *Osebna prodaja kot oblika tržnega komuniciranja v farmacevtskem podjetju* (magistrsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
100. Žabkar, V. (2001). *Temelji trženja* (1. natis). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.

PRILOGE

Priloga 1: Vprašalnik za trženjsko raziskavo s spremnim pismom

Spoštovani!

V okviru magistrskega dela na podiplomskem študiju Poslovanje in organizacija, smer Trženje na Ekonomski fakulteti v Ljubljani izvajam trženjsko raziskavo na področju peroralnih zdravil za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2. Z vprašalnikom želim pridobiti informacije o številu bolnikov, o spremembah terapije, o odločanju med alternativnimi možnostmi zdravljenja, katere so pomembne lastnosti peroralnih antidiabetikov in kaj menite glede teh lastnosti pri posameznih zdravilih oziroma skupinah zdravil. Več bi želela izvedeti tudi o zadovoljstvu s posameznimi peroralnimi antidiabetiki, izkušnjah s temi zdravili, v kolikšni meri se strinjate z določenimi patofiziološkimi trditvami, ter pomembnostmi lastnosti farmacevtskih podjetij in strokovnih sodelavcev ter letnem številu obiskov predstavnikov farmacevtskih podjetij, ki tržijo zdravila za sladkorno bolezen tipa 2.

K izpolnjevanju vprašalnika bi vas rada povabila. Skupno nameravam k sodelovanju povabiti približno 30 zdravnikov, ki zdravite bolnike s sladkorno boleznijo tipa 2. Prosim vas, da si za vprašalnik vzamete nekaj vašega dragocenega časa. Vprašalnik je kar obsežen, vendar pripravljen tako, da poteka izpolnjevanje enostavno. Predvidoma boste za izpolnjevanje potrebovali 20–30 minut. Pri izpolnjevanju vprašalnika bo zagotovljena anonimnost vaših odgovorov. V objavljenih rezultatih raziskave tudi ne bom navajala imen zdravil in tudi ne farmacevtskih podjetij.

Izpolnjene vprašalnike, prosim, pošljite na moj domači naslov: Irena Plevelj, Zg. Pirniče 32b, 1215 Medvode. V primeru dodatnih vprašanj sem vam seveda na razpolago.

Za sodelovanje pri izpolnjevanju vprašalnika se vam iskreno zahvaljujem!

Irena Plevelj, mag. farm.

Vprašalnik za trženjsko raziskavo

1. del: Struktura bolnikov

1. vpr. Koliko bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2 povprečno pregledate v enem mesecu?

Število bolnikov s SB T2/povprečni mesec

- 1.a vpr. Koliko od teh bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2 je bilo napotnih k vam iz drugih ambulant?

Število bolnikov, ki so bili napoteni iz drugih ambulant/povprečni mesec

- 1.b vpr. Od bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2, ki jih povprečno pregledate v enem mesecu, koliko jih še ni prejelo nobene antidiabetične terapije, koliko jih je bilo na monoterapiji, koliko na dvotirni terapiji in koliko že zdravljenih z insulinom ± peroralna terapija?

Prosimo, ocenite v odstotkih od 0 do 100 % (seštevek mora biti 100 %).

- | | | |
|---|----------------------------------|------------|
| 1. bolniki brez antidiabetične terapije | <input type="text"/> | % bolnikov |
| 2. bolniki na monoterapiji | <input type="text"/> | % bolnikov |
| 3. bolniki na dvotirni terapiji | <input type="text"/> | % bolnikov |
| 4. bolniki na insulinu ± peroralni terapiji | <input type="text"/> | % bolnikov |
| 5. drugo (npr. tretirna peroralna terapija) | <input type="text"/> | % bolnikov |
| SKUPAJ | <input type="text" value="100"/> | % bolnikov |

- 1.c vpr. Koliko od teh bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2 ste vi napotili v obravnavo sladkorne bolezni v drugo ambulanto (na primer k splošnemu zdravniku)?

Število bolnikov, ki ste jih napotili v obravnavo SB v drugo ambulanto/povprečni mesec

2. vpr. Koliko od vseh bolnikov s SB T2 torej v povprečnem mesecu zdravite s peroralnimi antidiabetiki?

Število bolnikov na peroralni terapiji/povprečni mesec

3. vpr. Od bolnikov na peroralni terapiji, prosimo, ocenite, koliko je bilo v povprečnem mesecu:

- novih bolnikov, ki preje niso prejeli nobenih peroralnih antidiabetikov,
- bolnikov, kjer ste zamenjali eno zdravilo z drugim zdravilom,
- bolnikov, kjer ste nadaljevali zdravljenje z istim zdravilom, vendar ste povečali odmerek zdravila,
- bolnikov, ki ste jim poleg obstoječe terapije predpisali dodatno zdravilo in
- bolnikov, kjer ste nadaljevali zdravljenje z isto terapijo kot preje, torej niste nič spreminjali terapije?

Ocenite v odstotkih: od 0 do 100 % (seštevek mora biti 100 %).

1. novi bolniki	<input type="text"/>	% bolnikov
2. zamenjava enega zdravila z drugim zdravilom	<input type="text"/>	% bolnikov
3. povečan odmerek zdravila	<input type="text"/>	% bolnikov
4. dodatek še enega zdravila k obstoječi terapiji	<input type="text"/>	% bolnikov
5. nadaljevanje terapije brez spremembe	<input type="text"/>	% bolnikov
SKUPAJ	<input type="text" value="1 0 0"/>	% bolnikov

4. vpr. Pri bolnikih, kjer ste eno zdravilo zamenjali z drugim, prosimo, ocenite v odstotkih, kateri razlogi so bili najbolj pogosti?

1. slaba učinkovitost	<input type="text"/>	% bolnikov
2. slaba bolnikova zavzetost za zdravljenje	<input type="text"/>	% bolnikov
3. neželeni učinki	<input type="text"/>	% bolnikov
4. drugo: _____	<input type="text"/>	% bolnikov
SKUPAJ	<input type="text" value="1 0 0"/>	% bolnikov

2. del: Predpisovalne navade

5. vpr. Ali naslednje značilnosti bolnikov vplivajo na vaše predpisovanje zdravil in če je odgovor da, kako vplivajo?

Značilnosti	Da	Ne	Če je odgovor da, kakšen je vpliv na predpisovanje?
Debelost			
Starost (npr. nad 65 let)			
Poklicne okoliščine			
Socialne okoliščine			

6. vpr. Če pomislite na bolnike s sladkorno boleznijo tipa 2 v zadnjem mesecu, ki so bili:

- novi bolniki, ki preje niso prejeli nobenih peroralnih antidiabetikov, ali
- bolniki, kjer ste zamenjali eno peroralno zdravilo z drugim zdravilom, ali
- bolniki, ki ste jim poleg obstoječe peroralne terapije predpisali dodatno zdravilo,

koliko receptov ste predpisali za naslednja zdravila?

	Število predpisanih receptov pri teh bolnikih v zadnjem mesecu
1. Zdravilo 1	
2. Zdravilo 2	
3. Zdravilo 3	
4. Zdravilo 4	
5. Zdravilo 5	
6. Zdravilo 6	
7. Zdravilo 7	
8. Zdravilo 8	
9. Zdravilo 9	
10. Zdravilo 10	

3. del: Pomembnost lastnosti zdravil

7. vpr. Prosimo, ocenite pomembnost vsake od naslednjih lastnosti zdravil pri vašemu odločanju za predpisovanje določenega zdravila za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2. Označite eno številko od 0 do 10, kjer 0 pomeni »Sploh ni pomembno« in 10 pomeni »Izjemno pomembno«.

Lastnosti zdravil	Sploh ni pomembno										Izjemno pomembno
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Pomembno znižanje vrednosti HbA1c	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Učinkovito znižuje oboje: glukozo na tešče in glukozo po obroku	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Zdravljenje ni povezano s povečanjem telesne teže	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Majhna pojavnost hipoglikemij	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Spodbudi beta celice, da sproščajo insulin samo, kadar je glukozna povišana	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Pozitivno vpliva na delovanje beta celic	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Znižanje HbA1c je ohranjeno skozi daljše časovno obdobje (>2 leti)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Enostavno odmerjanje	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Stroškovna učinkovitost	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Splošno dobro prenašanje	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. del: Ocena lastnosti pri posameznih zdravilih

8. vpr. Prosimo, ocenite navedene lastnosti zdravil pri posameznih zdravilih, kjer 0 pomeni »Sploh ne drži« in 10 pomeni »Izjemno drži«, kjer ni pomembno, če določeno zdravilo ne uporabljate – zanima nas vaše mnenje.

		Izjemno drži									
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sploh ne drži											
Lastnosti zdravil		Zdravilo 1	Zdravilo 2	Zdravilo 3	Zdravilo 4	Zdravilo 5	Zdravilo 6	Zdravilo 7	Zdravilo 8	Zdravilo 9	Zdravilo 10
1.	Pomembno znižanje vrednosti HbA1c										
2.	Učinkovito znižuje oboje: glukozo na tešče in glukozo po obroku										
3.	Zdravljenje ni povezano s povečanjem telesne teže										
4.	Majhna pojavnost hipoglikemij										
5.	Spodbudi beta celice, da sproščajo insulin samo, kadar je glukozna povišana										
6.	Pozitivno vpliva na delovanje beta celic										
7.	Znižanje HbA1c je ohranjeno skozi daljše časovno obdobje (>2 leti)										
8.	Enostavno odmerjanje										
9.	Stroškovna učinkovitost										
10.	Splošno dobro prenašanje										

5. del: Zadovoljstvo z zdravili

9. vpr. Kako verjetno je, da bi naslednja zdravila za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2 priporočili svojemu kolegu? Ocenite od 0 do 10, kjer 0 pomeni »Sploh ga ne bi priporočil« in 10 pomeni »Zelo verjetno bi ga priporočil«.

	Sploh ga ne bi priporočil										Zelo verjetno bi ga priporočil
1. Zdravilo 1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Zdravilo 2	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Zdravilo 3	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Zdravilo 4	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Zdravilo 5	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Zdravilo 6	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Zdravilo 7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Zdravilo 8	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Zdravilo 9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Zdravilo 10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6. del: Izkušnje z zdravili za zdravljenje SB T2 in predpisovanje v prihodnje

10. vpr. Katera od naslednjih trditev najbolje opisuje vaše izkušnje z naštetimi zdravili in predpisovanje teh zdravil v prihodnje? Pri vsakem zdravilu izberite eno trditev.

		Zdravilo 1	Zdravilo 2	Zdravilo 3	Zdravilo 4	Zdravilo 5	Zdravilo 6	Zdravilo 7	Zdravilo 8	Zdravilo 9	Zdravilo 10
1.	Zdravilo poznam, vendar ga redko predpisujem svojim bolnikom										
2.	Zdravilo sem predpisal nekaj bolnikom in ga v prihodnje nameravam uporabljati še pogosteje										
3.	Zdravilo je ena izmed mojih standardnih terapij										
4.	V prihodnje ga nameravam predpisovati manj										

10.a vpr. Če je odgovor na prejšnje vprašanje pod 1. ali 4. za zdravilo Januvia:

1. Zakaj zdravilo Januvia redko predpisujete svojim bolnikom?
4. Zakaj nameravate v prihodnje manj predpisovati zdravilo Januvia?

Razlogi:	Januvia (sitagliptin)
1. Nimam primernih bolnikov	
2. Predpisovanje je omejeno s strani ZZS	
3. Ni razlike s trenutno obstoječimi zdravili	
4. Zdravilo je še preveč novo, z njim še nimam pravih izkušenj	
5. Skrbi me varnost	
6. Še ni dovolj podatkov	
7. Previsoka cena	
8. Drugo: _____	

10.b vpr. Če je odgovor na prejšnje vprašanje pod 1. ali 4. za zdravilo Janumet:

1. Zakaj zdravilo Janumet redko predpisujete svojim bolnikom?

4. Zakaj nameravate v prihodnje manj predpisovati zdravilo Janumet?

Razlogi:	Janumet (sitagliptin/metformin)
1. Nimam primernih bolnikov	
2. Predpisovanje je omejeno s strani ZZZZ	
3. Ni razlike s trenutno obstoječimi zdravili	
4. Zdravilo je še preveč novo, z njim še nimam pravih izkušenj	
5. Skrbi me varnost	
6. Še ni dovolj podatkov	
7. Raje predpisujem posamezna zdravila	
8. Previsoka cena	
9. Drugo: _____	

7. del: Izkušnje in vzorec predpisovanja zdravil Januvia in Janumet

11.a vpr. Približno koliko bolnikom s sladkorno boleznijo tipa 2 v vaši ambulanti ste uvedli zdravilo Januvia?

--	--	--	--

Število bolnikov na zdravilu Januvia

11.b vpr. Približno koliko bolnikom s sladkorno boleznijo tipa 2 v vaši ambulanti ste uvedli zdravilo Janumet?

--	--	--	--

Število bolnikov na zdravilu Janumet

12. vpr. Katerim bolnikom s sladkorno boleznijo tipa 2 v vaši ambulanti uvajate zdravilo Januvia?

Označite tudi s številko od 1 do 5, kako pogosto predpisujete zdravilo Januvia določenim bolnikom, kjer 1 pomeni »Zelo redko ga predpisujem tem bolnikom« in 5 »Zelo pogosto ga predpisujem tem bolnikom«.

	Vzorec predpisovanja	Označite, če drži	Pogostost predpisovanja
1.	Novim bolnikom s sladkorno boleznijo tipa 2, ki imajo kontraindikacije za metformin	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
2.	Kot dodatno terapijo bolnikom, ki so neurejeni ob jemanju metformina	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
3.	Kot dodatno terapijo neurejenim bolnikom na metforminu, ki imajo visoko tveganje za hipoglikemije	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
4.	Kot dodatno terapijo neurejenim bolnikom na metforminu, ki imajo prekomerno telesno težo	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
5.	Kot dodatno terapijo bolnikom, ki so neurejeni ob jemanju sulfonilsečnine	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
6.	Kot dodatno terapijo bolnikom, ki so neurejeni ob jemanju že dveh peroralnih zdravil	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
7.	Kot zamenjavo zaradi neprenašanja metformina	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
8.	Kot zamenjavo zaradi neprenašanja sulfonilsečnine	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
9.	Drugo: _____	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5

8. del: Komunikacijska sporočila za zdravilo Januvia

13. vpr. Katera komunikacijska sporočila ste slišali za zdravilo Januvia?

Komunikacijska sporočila**Sem slišal Nisem slišal**

Povečuje količino aktivnih inkretinov	1	2
Visoko selektiven zaviralec encima DPP-4	1	2
Močna učinkovitost	1	2
Od vrednosti glukoze odvisno delovanje	1	2
Ugodno delovanje na beta celice	1	2
Odličen profil varnosti	1	2
Majhna pojavnost hipoglikemij	1	2
Nevtralen učinek na telesno težo	1	2
Enostavno odmerjanje	1	2

9. del: Strinjanje s trditvami

14. vpr. Prosimo, povejte, v kolikšni meri se strinjate s spodnjimi trditvami, z oceno od 0 do 10, kjer 0 pomeni »Popolnoma se ne strinjam« in 10 pomeni »Popolnoma se strinjam«.

Trditve	Popolnoma se ne strinjam										Popolnoma se strinjam	Ne vem
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
1. Disfunkcija beta-celic je ključna pri nastanku sladkorne bolezni tipa 2	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
2. Insulinska rezistenca je eden od vzrokov za sladkorno bolezen tipa 2	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
3. Okvara alfa-celic, da bi zadostno zavirale sproščanje glukagona, prav tako prispeva k patofiziologiji sladkorne bolezni tipa 2	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
4. Inkretini pozitivno vplivajo na homeostazo glukoze z regulacijo insulina in glukagona, in sicer v odvisnosti od vrednosti glukoze v krvi	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
5. Delovanje na tri ključne patofiziološke okvare (disfunkcija beta-celic in alfa-celic, ter insulinska rezistenca) je nujno za uspešen nadzor glukoze pri bolnikih s sladkorno boleznijo tipa 2	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
6. Bolnike s sladkorno boleznijo tipa 2, ki niso zadostno urejeni s peroralno monoterapijo, lahko učinkovito zdravimo s fiksno kombinacijo kot naslednjo terapijo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>

10. del: Pomembnost lastnosti farmacevtskih podjetij in strokovnih sodelavcev

15. vpr. Prosimo, ocenite, kako pomembne so vam naslednje lastnosti farmacevtskih podjetij in strokovnih sodelavcev?

Lastnosti	Nepomembna										Izredno pomembna
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1. Podjetje zagotavlja kvalitetne informacije in strokovna srečanja	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Podjetje zagotavlja kvalitetne storitve	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Strokovni sodelavec razume problematiko vašega področja in zahtevnost vašega dela	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Strokovni sodelavec komunicira obsežne informacije o zdravlilu in ima dobro znanje o bolezni	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Strokovni sodelavec ima z vami profesionalen odnos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Strokovni sodelavec ravna odgovorno	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

16. vpr. Kako pogosto vas obiskujejo predstavniki spodaj naštetih farmacevtskih podjetij v zvezi z zdravlili za zdravljenje sladkorne bolezni na leto?

Podjetje 1	število obiskov/leto
Podjetje 2	število obiskov/leto
Podjetje 3	število obiskov/leto
Podjetje 4	število obiskov/leto
Podjetje 5	število obiskov/leto
Podjetje 6	število obiskov/leto
Podjetje 7	število obiskov/leto
Podjetje 8	število obiskov/leto
Podjetje 9	število obiskov/leto

11. del: Podatki o zdravniku

Specialnost

- Specialist interne medicine
 - v ambulanti zdravim samo bolnike s sladkorno boleznijo
 - v ambulanti zdravim tudi bolnike z drugimi boleznimi
- Specialist splošne medicine

Starost

- 25–35 let
- 35–45 let
- 45–55 let
- 55–65 let
- nad 65 let

Regija

- Pomurska regija
- Podravska regija
- Koroška regija
- Savinjska regija
- Zasavska regija
- Spodnjeposavska regija
- Jugovzhodna Slovenija
- Osrednjeslovenska regija
- Gorenjska regija
- Notranjsko-kraška regija
- Goriška regija
- Obalno-kraška regija