

История медицины

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2023

УДК 614.2

Вишленкова Е. А.¹, Затравкин С. Н.^{2,3}

МЕДИЦИНСКИЕ ПРЕДСТАВИТЕЛИ, ИЛИ ДЕБАТЫ 2010-х ГОДОВ О ПРОДВИЖЕНИИ ЛЕКАРСТВ

¹Фрайбургский институт перспективных исследований, 79104, г. Фрайбург, Германия;

²ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;

³Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, 115184, г. Москва

В статье идет речь об ограничениях, введенных правительством в 2010-е годы в процесс выведения и продвижения лекарств на рынок посредством медицинских представителей. Государство решило формализовать отношения фармацевтических производителей с потребителями лекарств. С одной стороны, такая тенденция наблюдалась во всем мире и стимулировалась социальными атаками на Big Pharma под лозунгом «конфликт интересов». С другой стороны, на российском фармацевтическом рынке в ограничениях прямых контактов фармацевтических производителей с врачами и фармацевтами были заинтересованы прежде всего отечественные производители медицинских препаратов. В ходе конкурентной борьбы огромная армия российских медицинских представителей подверглась стигматизации, что побудило многих медиков либо уйти с фармацевтического рынка, либо ограничиться формальными обязанностями.

Ключевые слова: история фармации; фармацевтический рынок; постсоветская Россия.

Для цитирования: Вишленкова Е. А., Затравкин С. Н. Медицинские представители, или Дебаты 2010-х годов о продвижении лекарств. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(4):651—657. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-4-651-657>

Для корреспонденции: Затравкин Сергей Наркизович, д-р мед. наук, профессор, главный научный сотрудник отдела истории медицины ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: zatravkine@mail.ru

Vishlenkova E. A.¹, Zatravkin S. N.^{2,3}

THE MEDICAL REPRESENTATIVES, OR DEBATES OF 2010S ABOUT PROMOTION OF MEDICATIONS

¹The Freiburg Institute for Advanced Studies, 79104, Freiburg, Germany;

²N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;

³The State Budget Institution "The Research Institute of Health Care Organization and Medical Management of the Moscow Health Care Department", 115088, Moscow, Russia

The article considers the issue of the restrictions imposed by the government in the 2010s into process of introducing and promoting medications at the market by means of medical representatives. The government decided to formalize relationships of pharmaceutical manufacturers with consumers of medications. On the one hand, such a trend was occurring all over the world and was stimulated by social attacks at Big Pharma under slogan "the conflict of interests". On the other hand, at the Russian pharmaceutical market, the restrictions of direct contacts of pharmaceutical manufacturers with physicians and pharmacists were supported above all by national manufacturers of medicines. In the course of competition, vast army of Russian medical representatives was stigmatized that made many medics either to leave pharmaceutical market or to limit themselves to formal duties.

Keywords: history of pharmacy; pharmaceutical market; the Post-Soviet Russia.

For citation: Vishlenkova E. A., Zatravkin S. N. The medical representatives, or Debates of 2010s about promotion of medications. *Problemy socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2023;31(4):651–657 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-4-651-657>

For correspondence: Zatravkin S. N., doctor of medical sciences, professor, the Chief Researcher of the Federal State Budget Scientific Institution The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health of the Minobrnauka of Russia. e-mail: zatravkine@mail.ru

Conflict of interests. The authors declare absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 15.01.2023

Accepted 13.03.2023

Все 1990—2000-е годы контакты с врачами и провизорами через медицинских представителей служили для подавляющего большинства фармацевтических компаний важным инструментом продвижения лекарственных средств в России. И так во многих странах. По данным американской консалтинговой компании Kantar Health, в 2014 г. до 40% финансовых решений потребителей о покупке конкрет-

ного лекарственного бренда зависели от фармацевта [1]. Причем успешность продвижения того или иного препарата обеспечивалась главным образом, а подчас исключительно, за счет числа нанятых компаний медицинских представителей.

Согласно расчетам мировой компании Cegedim Strategic Data, поставляющей данные для доказательной медицины, в 1990—2000-х годах около 75%

затрат фармацевтического бизнеса, выделяемых на продвижение препаратов, уходило в России на оплату медицинских представителей. Соответственно, медицинский представитель — это была одна из самых востребованных позиций на российском рынке труда. В медпредставительство отправлялись многие выпускники медицинских и фармацевтических факультетов, туда же переходили замученные безденежьем опытные врачи.

Постепенно в России сформировался целый корпус медицинских представителей («полевые силы» на профессиональном сленге). Для их работы компании производили маркетинговую продукцию — мерч (одежда и аксессуары с логотипом и символикой компании), пробники лекарств, информационный промо-материал и методические руководства. Компании обучали своих медицинских представителей приемам общения с людьми, способам наблюдения за врачом и очередью в кабинет и, самое главное, методике расчета экономического потенциала доктора и размера его материального поощрения [2]. И это не было чем-то специфически российским.

Перешедшая в 2001 г. в американский фармбизнес российский врач и топ-менеджер Наталья Боринштейн рассказывала нам: «Когда я уехала из России, у нас в SANOFI на всю большую страну было всего 200 медрепов. А в Америке в той же компании было тогда, по-моему, 8000 медицинских представителей. Меня это, конечно, поразило. Это было количество, а не качество. Может, российские репы не так часто видели врачей (потому что репов было мало, а врачей много), но у них со всеми ними были очень теплые отношения, они обменивались телефонами. Врач звонил, и, если что-то надо, реп приходил и помогал. В Америке это все подменяли цифры: у меня 10 звонков в день, 8 звонков в день, я пришел в 1 клинику, обошел там 8 дверей, свои галочки поставил и пошел домой»¹. Возможно, наша собеседница застала в США ситуацию, когда в начале 2000-х годов алгоритм действий медицинских представителей стал жестко регулироваться из-за широко развернувшейся журналистской и научной критики Big Pharma.

В России государственного регулирования этого социального пространства тогда не было. Фармкомпаниями щедро использовали доступный им арсенал стимулирования врачей и особенно opinion leaders, т. е. ведущих специалистов (подарки, денежные выплаты, оплата заграничных командировок, отпусков, командировок, ремонта кабинетов и т. п.). Это вело к росту доли дорогих импортных препаратов среди выписываемых врачами, а также к их доминированию в Перечне ЖНВЛП [3].

Первый шаг наступления на медицинское представительство сделал В. В. Путин во время совещания в Зеленограде 9 октября 2009 г. Вообще-то оно было посвящено обсуждению Стратегии развития

фармацевтической промышленности (Фарма-2020), но премьер-министр считал необходимым отвлечься от основной повестки. Неожиданно для собравшихся он обрушился с критикой в адрес фармацевтических (в первую очередь западных) компаний. «Неприятно об этом говорить, но нужно, — заявил он. — В последние десятилетия в России сложилась явно ненормальная практика взаимоотношений между производителями лекарств, в том числе, и прежде всего, иностранными производителями и частью врачебного сообщества» [4].

Дальше премьер сообщил участникам, что фармацевтические концерны платят российским врачам за то, что они выписывают пациентам их препараты. Причем иногда для этого даже используются бланки рецептов, напечатанные фирмами-поставщиками. Производители спонсируют корпоративные мероприятия, разного рода семинары, в том числе с выездом на теплые моря. «И вот такими мероприятиями охватываются у нас в России тысячи специалистов, — возмущался Путин, — Хочу подчеркнуть — тысячи! По сути, создаются или уже созданы глубокоэшелонированные системы лоббирования интересов крупных фармацевтических компаний. Эту порочную практику нужно прекратить», — заявил он [4].

От законодательного собрания он потребовал запрета денежных дотаций врачам от фармкомпаний, ужесточения норм врачебной этики, табуирования визитов медпредставителей в лечебные учреждения и, наконец, пересмотра маркетинговых стратегий и внутрикорпоративных процедур от производителей лекарств. «Я отдаю себе отчет в том, что это очень тонкие и чувствительные вопросы, — подытожил свое выступление премьер-министр. — Производители лекарственных препаратов — и отечественные, и иностранные — когда защищают свои интересы, действуют очень изощренно, привлекают на свою сторону быстро, очень быстро необходимые структуры, находят поддержку, создают всякие комитеты. Но если мы хотим защитить интересы граждан России в целом, мы должны руководствоваться общенациональными интересами, а не корпоративными» [4].

Взгляд изнутри

Итак, крайними были назначены медицинские представители. В контексте политики национальной безопасности они виделись «своими чужими» — соотечественниками, продавшими душу западному бизнесу. Их обвиняли в нарушении врачебной этики, в торговле здоровьем соотечественников, в предательстве профессии. И в логике государственных служащих, и в логике пациентов они были пособниками торговцев, иностранного капитала, Большой фармы — всех тех, кто «наживался» на больных россиянах. При этом пациенты и потребители чувствовали себя жертвами, а чиновники позиционировали себя выразителями интересов социально незащищенных слоев, потребителей или даже в целом — здоровья русской нации.

¹ Интервью С. Н. Затравкина и Е. А. Вишленковой с Н. Боринштейн от 22 декабря 2020 г. Авторский архив интервью.

В 2022 г. мы взяли интервью у врача-инфекциониста, много лет проработавшей в больнице и в 2003 г. ставшей медицинским представителем частной фармкомпании. В течение почти 10 лет ее работа в этом качестве разворачивалась в крупном российском городе-миллионнике, но отнюдь не в Москве или Санкт-Петербурге. В силу разных соображений наш информант пожелала остаться анонимной.

Мы беседовали с ней два дня подряд по полтора часа каждый — 28 февраля и 1 марта 2021 г., а затем транскрибировали видеозапись. В итоге получился слабоструктурированный вопросами текст воспоминаний объемом 51 тыс. знаков. Для данной статьи мы использовали фрагмент, в котором описываются события 10-летней давности, т. е. относящиеся к тематике данного исследования 2010-х годов. В те годы наш информант получила позицию медицинского представителя итальянской компании «Къези» (CHIESI FARMACEUTICI, S.p.A — Italy) [5]. Таких переходов специалистов из одной компании в другую тогда стало особенно много в связи с тем, что часть зарубежных фирм приступила к строительству своих предприятий в России, а часть решила продать свой российский бизнес.

С точки зрения состава, корпорация российских медпредставителей тогда довольно сильно изменилась. Во-первых, она стала моложе. Если ранее на этих позициях работало много опытных врачей, то теперь их сменяли недавние выпускники институтов. В фармкомпаниях не проводилось политики возрастных ограничений, но, судя по свидетельствам, к 2010-м годам старшее поколение медпредставителей уже заработало себе на базовые потребности (квартира-машина и образование детей) и опытные люди больше не хотели этой не очень престижной и хлопотной работы, переходили на работу в более комфортные условия.

Во-вторых, эта занятость довольно сильно изменилась по функционалу и соответственно по запрашиваемым компетенциям. В первую очередь, она стала специализированной. Если компания работала с безрецептурными препаратами, то ее медпредставители отправлялись в аптеки, т. е. занимались «розницей» — ОТС (от английского *over the counter*). С аптеками и аптекарями работало много выпускников биологических, химических и фармацевтических факультетов. От них требовались знания лекарств, но еще более того — хорошие коммуникативные навыки, способность поддерживать сетевые связи.

Если фармацевтическая компания работала с рецептурными препаратами, то ее представители имели дело с врачами (терапевтами и узкими специалистами). Так, у «Къези» целевой аудиторией были аллергологи-пульмонологи, неврологи, неонатологи-реаниматологи. И если компания продвигала лекарства, которые применяли в стационарах, то ее медпредставитель работал не только с врачами, но и с теми, от кого зависело обеспечение их работы лечебными препаратами. Соответственно, ему прихо-

дилось ориентироваться в структуре лечебной организации и работать с ее иерархиями.

Для правильного использования препарата медпредставитель организовывал адресное повышение квалификации врачей: привозил в свой город специалистов из столичных перинатальных центров, организовывал мастер-классы, консультации с российскими и зарубежными экспертами в этой специфической узкой области медицины. Соответственно, чтобы получить российских специалистов и создать трансфер знаний, компании вывозили их на международные конференции.

Когда правительство и вслед за ним медиа стали обличать медпредставителей в предательстве и корысти, у них практически не было возможности парировать и защищаться. В данном нам интервью российского врача (отнюдь не заинтересованного в западном фармбизнесе) звучат аргументы в защиту существовавшей тогда практики взаимодействия медиков и фармкомпаний. «Доктор, ему, конечно, хочется жить в хорошей квартире и ездить на хорошей машине, но еще больше ему хочется быть впереди, там, где это все происходит», — объясняла она распространенность вывоза *opinion leaders* на международные конгрессы.

Похоже, что в 1990—2000-е годы российские врачи и медпредставители были едины в защите себя от государственных инициатив. «Дай Бог, было просто получить деньги с государства, чтобы оно их потратило именно сюда, а не куда не надо. Чтобы оно купило лучшее», — объясняла наш информант истоки этой солидарности.

Медпредставителей обвиняли в том, что они постоянно ездят на «корпоративы». Спустя годы наш информант все еще была убеждена, что это была не роскошь, а важная форма стимулирования к обучению: «Ты же должен к доктору прийти и знать все, что и он, только еще больше. На этих выездных тренингах тебя дотягивают до этих знаний. И по продвижению лекарств было много маркетинговых занятий. Обязательно был контроль над уровнем знаний, усвоением, так что вполне себе устаешь на этих мероприятиях. Это однозначно работа!»

Гражданские инициативы медрепов

Особенности социальной позиции медицинских представителей фармы в России удобно показать на конкретных примерах. Вероятно, в каждой компании они были свои. Компания «Къези» поставляла на российский рынок инновационные лекарства. Среди них числились препараты «Сурфактант БЛ» и «Брамитоб». «Это было ноу-хау, — рассказывала наш информант о Сурфактанте, — правда, очень хорошо. Ему дорогу проложило обещание Правительства, что через десять лет мы будем 500-граммовых детей выхаживать»². Речь в воспоминаниях шла о намерении перестроечных реформаторов изменить показатели биополитики в сторону увеличения чис-

² Интервью Е. А. Вишленковой с N. от 28 февраля и 1 марта 2021 г. из авторской коллекции интервью 2019—2022 гг.

ленности населения и решения гуманитарной проблемы — дать или не дать шанс на жизнь тем младенцам, выхаживание которых сопряжено с огромными финансовыми вложениями, а также человеческими и профессиональными усилиями. Это высокотехнологичный процесс, включающий многофункциональную реанимацию.

Часто для выживания не сформировавшихся в утробе матери младенцев критичными оказывались незрелость легочных тканей, отсутствие или дефицит легочного сурфактанта — поверхностно-активного вещества, позволяющего удерживать легкие в расправленном состоянии. «Когда ты с таким препаратом работаешь, — признавалась медпредставитель, — у тебя ощущение, что революционные вещи какие-то делаешь, от тебя зависит, будет ребенок жить или нет. А на этом препарате выжило много детей, вообще-то, и это счастье их родителей. Когда ты этим занимаешься, то чувствуешь себя отнюдь не продавцом, а носителем нового знания».

И поскольку препарат был инновационный, то медпредставители выполняли обучающую функцию в отношении практикующих врачей: рассказывали, объясняли, поставляли научную литературу, делали переводы. «Ты приходишь к врачам, — вспоминала наш информант, — а они ничего не знают об этом препарате, не видели или слышали о нем вполуха, а теперь им надо с ним работать. А там методика введения эндотрахеальная, то есть нельзя вколоть в вену, надо прямо локально влить и столько, сколько нужно. И еще: когда практикуется экономия этого препарата, Сурфактант не работает».

Другой уникальный препарат компании «Къези» — «Брамитоб» был адресован больным (в частности, детям) с муковисцидозом³ — заболеванием с большой смертностью, которое требует длительного тщательного лечения. В случае соблюдения всех условий лечения жизнь ребенка могла быть продлена на десятилетие и больше.

Фармацевтическая компания «Къези», конечно, была заинтересована в продвижении Брамитоба на российский рынок, расширении продаж, но делала это умно и с учетом интересов потребителей, в том числе через благотворительные российские фонды. Многие фонды, работавшие тогда с тяжелыми заболеваниями, появились в России в 2000-е годы и в следующее десятилетие сыграли важную спасительную роль⁴. По сути, они компенсировали дефицит или недоразвитость в стране страховой медицины. В тех случаях, когда пациенту требовалось длительное дорогостоящее лечение для продления и улучшения качества жизни, государственные средства поддержки или компенсации стоимости лекарств были часто недостаточны. У врача в государственном учреждении был скудный бюджет и длинный список имен тяжелых больных. «В России принят закон об обеспечении больных орфанными лекар-

ствами, — свидетельствовал в интервью 2020 г. В. В. Перелётов. — При этом, в силу стоимости этих лекарств, больные их чаще всего не получают. Понятно, что бюджет лечебного учреждения и местного департамента здравоохранения весьма ограничен. В итоге обездоленным больным приходится обращаться в суд, и он, как правило, обязывает чиновников выделить средства»⁵.

Другое дело, что таких грамотных и упорных потребителей не так много. Какова в этой связи позиция производителя и дистрибьютера? «Если у нас есть гипотетический орфанный препарат, — продолжал Перелётов, — мы заинтересованы в том, чтобы пациенты знали, что есть доступная помощь, за которой они могут обратиться к государству. Потому что государство к ним не побежит и не скажет: Ой, а давайте за три миллиона рублей вы пройдете курс лечения, и через неделю вам станет лучше!»⁶.

В России тех лет не работал принцип страховых компаний многих стран: здоровые соотечественники оплачивают лечение больных. Наша собеседница предельно емко сформулировала проблему: «У нас в России нет столько здоровых людей, чтобы они могли оплатить лечение больных соотечественников». В итоге, купировав острый кризис у пациента, врач выписывал больного ребенка на домашнее лечение. И там он оказывался в руках судьбы. Многие родители и родственники были не в состоянии ежемесячно покупать дорогие лекарства, продлевающие жизнь задыхающегося ребенка, и не знали, куда и к кому им обратиться за помощью. К тому же они, как правило, не владели медицинской грамотностью для правильного оформления запроса.

Да, в России существовала возможность получить поддержку от медицинских благотворительных фондов, приобретавших орфанные препараты у производителей без торговых наценок и аккумулировавшие средства от различных филантропов. Их было мало, очень мало, но все же они были. Только, чтобы получить такой препарат со скидкой или даже бесплатно, в фонд нужно было направить правильно оформленный объемный пакет документов,

⁴ 2001 г. — фонд «Созидание», одна из самых опытных благотворительных организаций России, который помогает детям с тяжелыми заболеваниями, одаренным детям из малоимущих семей, сельским библиотекам, культурным центрам, пожилым людям; 2002 г. — основание фондов «Детские сердца» для кардиобольных детей и AdVita для поддержки онкологически больных детей и взрослых; 2006 г. — основание фонда «Подари жизни», помогавшего детям с гематологическими и онкологическими заболеваниями; фонд помощи хосписам «Вера»; 2005 г. — открытие фонда «Помоги.Орг» для помощи детям, больным ДЦП, муковисцидозом, с врожденными пороками сердца, экстренная помощь в виде оплаты операций или покупки лекарств; 2008 г. — рождение фонда Хабенского для поддержки тяжелобольных детей и взрослых без специализации на заболеваниях; Программа спасения тяжелобольных детей с патологиями черепа и головного мозга «Линия жизни»; 2009 г. — основание «Русфонда» для поддержки доноров, трансплантаций, нервных и костных заболеваний; 2009 г. — основание фонда помощи детям (Worldvita) для лечения в российских и зарубежных клиниках. Для каждого ребенка с редкой болезнью заводилась отдельная программа сбора средств.

⁵ Интервью С. Н. Затравкина и Е. А. Вишленковой с В. В. Перелётовым от 18 июня 2020 г.

⁶ Там же.

³ Антибиотик для лечения хронической легочной инфекции, вызванной *Pseudomonas aeruginosa* (синегнойной палочкой), у пациентов с муковисцидозом в возрасте от 6 лет и старше.

История медицины

включавший медицинские заключения врачей. И дело было не в желании сотрудников этих фондов усложнить доступ к лекарствам, а в том, что их распределение тщательно контролировали не только фармкомпании и благотворители, но и налоговые инстанции. Собрать все необходимые документы, правильно их оформить и сформулировать запрос — это была целая работа. А между тем даже перегруженные специалисты-врачи совсем не радовались дополнительной нагрузке по заполнению многостраничных таблиц с результатами анализов и историй болезни пациента.

Судя по свидетельствам наших информантов, которые работали в компаниях с орфанными препаратами, в таких ситуациях медицинские представители брали на себя консультативную или кураторскую функцию. Это не входило в список их должностных обязанностей, но человеческие отношения и сочувствие никто не отменял. Обычно это было так. Работая по несколько лет с одними и теми же российскими медпредставителями, врачи-специалисты действительно образовывали с ними своего рода профессиональные сети. Только не всегда корысти ради. Часто они служили своего рода батутом для выпавших из жизни пациентов. По долгу службы доктора вели реестр больных с орфанными заболеваниями и ради их спасения передавали сведения о таких больных представителям фармкомпаний. А те в свою очередь договаривались со своими менеджерами о предоставлении им «образцов» и помогали родственникам оформить пакет документов для фонда.

Наши рассказчики вспоминали, что их телефоны были буквально забиты адресами больных, врачей и фондов. Получить лекарство часто оказывалось недостаточным для лечения, поскольку требовалось обучить родственников правильно использовать эти препараты и предоставить им специальное оборудование для этого, например особые ингаляторы.

Конечно, не все медрепы были альтруисты и образцы гражданской сознательности. В любой занятости есть примеры компромата и оппортунизма. «Да, однозначно, формы поощрения врачей были разными, — признавалась наша собеседница. — Более этичными, менее этичными, совсем откровенными — по-разному». И люди медпредставителями работали, как и врачами, разные. «У меня некоторые коллеги были такими, словно родились что-то продавать. Такие медрепы приходили и говорили врачу или провизору примерно так: „Слушай, ты мне — я тебе, что непонятно? Все понятно!“ И в этой парадигме им хорошо жилось». Люди в таких больших сообществах, конечно, будут разные. Поэтому найти основания для дискредитации целой занятости всегда можно.

Закат эпохи

На решение вставшей вдруг остро проблемы у российского правительства ушло чуть более 2 лет, в течение которых шла работа над Федеральным законом № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в

Российской Федерации». Он был принят 21 ноября 2011 г. Ст. 74 вводила строгие табу на взаимодействия медицинских и фармацевтических работников. Речь шла о том, что теперь для общения с врачами медицинские представители должны были получить согласие руководителя медучреждения. Врачам и руководителям медицинских организаций запрещалось принимать от сотрудников компаний деньги и подарки, участвовать в развлекательных мероприятиях, оплаченных производителями лекарств, получать образцы препаратов («пробники») для передачи пациентам, а также заключать соглашения о рекомендации и назначении любых лекарственных средств. Это было возможно только в случаях проведения клинических исследований лекарственных препаратов и осуществления ими педагогической и/или научной деятельности. Аналогичные запреты налагались на фармацевтических работников и руководителей аптечных организаций. Единственное отличие состояло в том, что для них запрет на принятие денежных средств являлся абсолютным и не предусматривал исключений. Итак, возможности продвижения фармацевтических продуктов во время визитов медицинских представителей и сами визиты стали сильно ограничены.

В принципе этот закон был ожидаем и воспринят российским фармбизнесом с пониманием. Люди, знакомые с правилами игры в мировой фарме, были уверены, что российская вольница не может существовать вечно. «Во всех странах мира эти отношения отрегулированы, и уже давно отрегулированы, — комментировал правовую инициативу властей Д. Мелик-Гусейнов, — Россия была единственной страной, где пока эту тему активно не обсуждали. Но точка кипения была пройдена. Первое лицо в государстве сказала, что это необходимо отрегулировать, и это было сделано. Надо сказать, что сделано настолько либерально, насколько это было возможно. Вот если сравним регулируемую норму Великобритании, Франции, той же самой Польши» [6].

Законодательные запреты привели к пересмотру политики продвижения продукции у большинства игроков рынка. После этого, во-первых, увеличился объем рекламы лекарств на телевидении и в других средствах массовой информации. Так, если в 2008—2010 гг. на рекламном рынке России категория «Медицина и фармацевтика» занимала третье место с долей 7—10%, то в 2012 г. она вышла на второе место в совокупных расходах на рекламу в России, а в 2013 г. — на первое с долей 14,3%. В 2014 г. рекламное лидерство фармкомпаний еще более укрепилось: доля категории в совокупных затратах на рекламу в России составила 16%, а в телевизионном сегменте увеличилась и вовсе до 23% [7]. Одним из последствий этих изменений стало увеличение реализации безрецептурных препаратов, доля которых в общем объеме продаж выросла с 47,2 (в 2011 г.) до 52,2% (в 2016 г.) [7].

Во-вторых, в коммуникациях с врачами основные промоушн-усилия фармкомпаний были пе-

реориентированы в направлении digital resources. Стремясь компенсировать снижение объема личных контактов представителей с целевой аудиторией, они осуществили перенос общения на профессиональные темы в интернет (Digital-маркетинг). В частности, стали широко использоваться такие способы продвижения, как:

- e-Meetings — встречи, совещания, конференции в электронной среде через веб-программное обеспечение;
- e-Mailing (Email-маркетинг) — инструмент выстраивания прямой коммуникации фармацевтической организации с потенциальными или существующими потребителями лекарственных препаратов;
- e-Detailing — информационные программы в сети или на цифровых носителях, виртуальные презентации через интернет, телефон, личный контакт.

В глобальной сети появились сайты, посвященные отдельным нозологиям, на страницах которых размещалась реклама фармпродукции конкретной компании, а также форумы для ее обсуждения врачами. Общение на профессиональные темы на подобных сайтах сочеталось с различными маркетинговыми приемами (конкурсы, лотереи и др.). На Youtube можно было посмотреть видеоролики о лечении отдельных болезней, в которых встраивалась мягкая реклама препаратов. Фармкомпании начали практиковать использование удаленного общения через специальные закрытые порталы, соцсети и Skype, делали индивидуализированные email-рассылки, активно использовали формат видеопрезентаций.

По данным Cegedim Strategic Data, в 2013 г. объем Digital-маркетинга в России составил 1,5 млн долларов, тогда как еще в 2011 г. его практически не существовало [8]. Журналисты писали о высоких адаптационных способностях фармбизнеса [9]. «В коммуникациях с врачами и потребителями,— сообщила генеральный директор „STADA marketing“ Любовь Сиземова,— мы используем разные каналы: корпоративный сайт, промо-сайты по препаратам, которые рассказывают о проблеме, о препарате и методах лечения (естественно, по назначению лечащего врача). Мы взаимодействуем с социальными сетями для врачей. Используем данную площадку для проведения вебинаров не только с врачами, но и с сотрудниками компании в разных городах России» [10].

Кажется, фармбизнес был обеими руками «за» новый способ доставки информации, привлечения потребителей, диалога с врачами. Для него цифровое пространство было и дешевле, и менее контролируемо, и неограниченно по ресурсам. Но там он сталкивался с другими проблемами. Одна состояла в устройстве интернета, вбирающего все версии рекламы, антирекламы, фальш-информации, в чем сориентироваться потребителю было непросто и на чем компании могли понести репутационные риски.

Другая проблема состояла в навыках российского медицинского сообщества. «Сегодня, к сожалению,— констатировал глава российского представительства международной аналитической компании Давид Мелик-Гусейнов,— врачи не дружат в подавляющем большинстве с Интернетом. Потому что контингент 50 плюс — это доминирующий контингент во врачебном сообществе. Надо сказать, что в крупных городах ситуация лучше: в Москве в частности, в Санкт-Петербурге, в Екатеринбурге до 60% врачей Интернетом пользуются в своей практике. Есть специальности, которые без Интернета не могут, допустим, онкология. Там 100% врачей пользуется Интернетом. А есть специальности, где наоборот Интернетом даже пренебрегают. Это педиатрия, это ЛОР-врачи, где не очень любят пользоваться Интернетом по разным причинам — в силу возраста, в силу навыков, в силу, возможно, просто отсутствия какого-то интереса к этой теме» [6].

Начало 2010-х годов оказалось пограничьем между доцифровой и цифровой эрой в российской медицине, когда профессиональные репутации практикующих медицинских специалистов стали определяться их присутствием и репрезентациями в интернет-пространстве (публикации, страницы, сайты, блоги, отзывы пациентов) и рейтингами врачей, созданными интернет-посредниками.

Судьба медпредставительства

Несмотря на широкое внедрение Digital-маркетинга, институт медицинских представителей в России не исчез и даже не стал меньше. Более того, сокращение доступа к врачам привело к расширению численности медрепов в компаниях. И параллельно со старыми методами работы стали создаваться новые — профессиональные и цифровые площадки. Фармкомпании и их медицинские представители начали активнее использовать формат публичных мероприятий: конференций, обучающих семинаров, «круглых столов», на которых основное внимание стало уделяться не рекламе конкретных продуктов, а обсуждению научных проблем, связанных с применением этих лекарственных средств. «Условия, которые сейчас складываются на фармацевтическом рынке, изменения в законодательстве, а также изменение восприятия общественностью фарминдустрии как таковой, приводят к трансформации роли медицинского представителя,— объяснял менеджер по реализации ключевых проектов „АстраЗенека Россия“ Максим Агарев.— Если раньше ключевой задачей медицинского представителя было информирование врачебного сообщества о продуктах компании, то теперь круг его задач значительно расширяется. В его функции входят обеспечение обратной связи, информирование о новейших исследованиях, которые ведутся в той или иной области, о новых методах диагностики, профилактики и лечения заболеваний» [9].

С ним полностью соглашалась и генеральный директор STADA Marketing Любовь Сиземова: «На первое место вышла доказательная медицина. Врачу

История медицины

необходимо, прежде всего, иметь доказательную информацию о препарате, знать результаты клинических испытаний, только в этом случае он будет рекомендовать его к применению своим пациентам. Поэтому мы активно проводим исследования, знакомим врачей с опытом применения препаратов, входящих в продуктовый портфель STADA CIS» [9]. Сохранились и индивидуальные контакты медицинских представителей с врачами. Однако их пришлось максимально формализовать. Возникла практика заключения специальных соглашений в рамках особых регламентов, появившихся во многих лечебных учреждениях.

Все эти изменения и высшие договоры привели к тому, что фармкомпании интенсифицировали работу своих представителей с помощью цифрового контроля и ускорения темпа труда. Теперь не количество врачей определяло успешность работника, а своевременность и релевантность его отчетов. С помощью GPS-навигатора контролирующий менеджер мог легко увидеть, в каком районе, в какой больнице и в каких кабинетах находятся его сотрудники и сколько времени они там провели. «Когда я начинала работать в 2003 году, отчет отправляла раз в месяц, — вспоминала наша собеседница. — А через десять лет отправляла отчеты ежедневно. Если в 12 ночи у тебя отчет не ушел, а ушел в 12:01, то все!»

Поскольку у фармфирм были средства, они довольно часто обновляли компьютерное оборудование и усиливали с его помощью контроль и скорость работы своих сотрудников. «Это было уже слишком! Я решила уйти», — наша собеседница свидетельствовала, что политические договоренности правительства и фармбизнеса привели к тому, что изменилась социальная роль медицинского представителя. Она стала уже иной — самостоятельности все меньше, раздражения больше, работники впадали в депрессивные состояния и уже не проявляли желания делать что-то, что не входит в должностной регламент.

Итак, трудно сказать, что или кто конкретно побудил российское правительство обрушиться на утвердившуюся практику взаимодействия фармбизнеса и врачей. Вполне вероятно, негативную реакцию верховной власти подготовили отечественные фармпроизводители, задыхавшиеся от неравной конкуренции с западными фармгигантами и проигрывавшие ее в деле продвижения своей продукции. Новый порядок взаимодействия двух ветвей лечебного сообщества действительно создал проблемы для больших фармацевтических компаний, и не всем удалось их быстро и безболезненно преодолеть. Перестройка работы потребовала времени, и у многих игроков она отразилась на показателях продаж. Бесспорным бенефициаром осуществленных нововведений стали отечественные производители лекарственных препаратов, которые не скрывали, что вмешательство правительства улучшило условия их представительства на фармацевтическом рынке.

Но в итоге зарубежные и отечественные фармфирмы нашли обходные, более современные пути продвижения продукции. А вот для российских медрепов правительственные запреты создали тяжелую, почти патовую ситуацию. Поскольку государственное обеспечение медиков было тогда невероятно скудным, для многих врачей медпредставительство было способом оставаться в профессии. Введенные ограничения и запреты побудили часть из них либо уйти из медицины совсем, либо сменить этику врача на этику предпринимателя. Но эти решения обнажили имеющиеся в стране социальные дефициты. Кроме своих прямых обязанностей по продвижению препаратов, российские медпредставители выполняли компенсаторные функции — закрывали собой ниши в области здравоохранения, которые в других странах были заполнены страховыми и гражданскими институтами.

Исследование не имело спонсорской поддержки.
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Электронный ресурс: <https://www.slideshare.net/Infor-media/schurov>
2. Давыдов С. А. А posteriori: полевые силы. *Ремедиум*. 2014;(6):32—7.
3. Электронный ресурс: <https://www.cossa.ru/149/99037/>
4. Электронный ресурс: <http://archive.government.ru/special/docs/7859/>
5. Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А., Игнатьев В. Г. Ренессанс российского фармынка (2000—2004). Сообщение 2. Российские служители Фармы. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023;(1):112—9.
6. Электронный ресурс: <http://www.medzapiski.ru/2013/01/cegedim-strategic-data.html>
7. Трищенко Д. А. Мифология лечения, ее спонсоры и протекторы. *Знание. Понимание. Умение*. 2018;(4):47—59.
8. Чупандина Е. Е., Дагир С. Обзор основных подходов и особенностей в продвижении лекарственных препаратов на российском рынке. *Медицина и образование Сибири*. 2015;(5):32—6.
9. Широкова И. Бизнес адаптируется к новым регуляторным условиям. *Ремедиум*. 2012;(7):28—33.
10. Электронный ресурс: <https://pharmvestnik.ru/content/articles/ljubovj-sizemova-tselj-zhizni-eto-zhiznj-s-tseljju.html>

Поступила 15.01.2023

Принята в печать 13.03.2023

REFERENCES

1. Electronic resource: <https://www.slideshare.net/Infor-media/schurov>
2. Davydov S. A. A posteriori: field forces. *Remedium*. 2014;6:32—7 (in Russian)
3. Electronic resource: <https://www.cossa.ru/149/99037/>
4. Electronic resource: <http://archive.government.ru/special/docs/7859/>
5. Zatravkin S. N., Vishlenkova E. A., Ignatiev V. G. The Renaissance of Russian pharmaceutical market (2000—2004). Report II. The Pharma servants of Russia. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2023;(1):112—9 (in Russian).
6. Electronic resource: <http://www.medzapiski.ru/2013/01/cegedim-strategic-data.html>
7. Trischenko D. A. Mythology of treatment, its sponsors and protectors. *Znanie. Ponimanie. Umenie*. 2018;(4):47—59 (in Russian).
8. Chupandina E. E., Dagir S. Review of the main approaches and features in the promotion of pharmaceuticals on the Russian market. *Meditsina i obrazovanie Sibiri*. 2015;(5):32—6 (in Russian).
9. Shirokova I. Business adapts to new regulatory conditions. *Remedium*. 2012;(7):28—33.
10. Electronic resource: <https://pharmvestnik.ru/content/articles/ljubovj-sizemova-tselj-zhizni-eto-zhiznj-s-tseljju.html>