

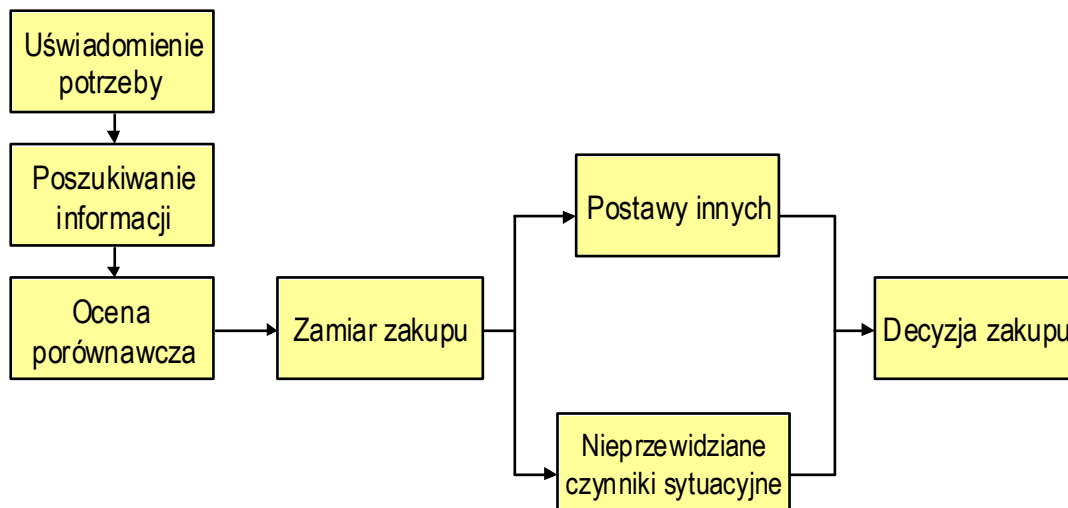
## Leki etyczne - specyfika procesu podejmowania decyzji o zakupie.

### 1. Proces decyzyjny nabywcy

Kupowanie, wśród możliwych zachowań konsumenckich, zajmuje centralne miejsce. Decyzja o zakupie produktu, w warunkach wolnorynkowych, pociąga za sobą sekwencję innych decyzji dotyczących np. miejsca dokonania zakupu (sklep osiedlowy czy hipermarket?), nabywanej ilości produktu (sztuka czy wielopak?), czasu (teraz czy w czasie wyprzedaży?).

W każdym procesie wyboru występuje osoba podejmująca decyzję - w procesie zakupu decydem jest zwykle konsument dokonujący zakupu. Zdarzają się również przypadki decyzji podejmowanych przez grupę osób, np. komisja przetargowa oceniająca atrakcyjność złożonych ofert i przyznająca zlecenie optymalnemu oferentowi.

Etapy procesu decyzyjnego zostały dogłębnie poznane i wielokrotnie opisane (por. rys. 1).

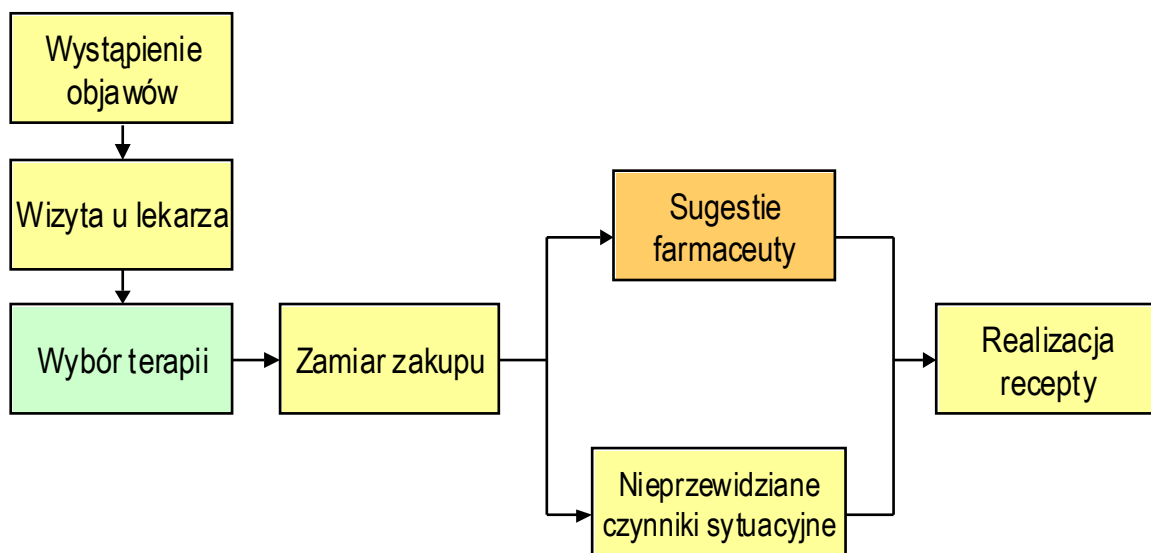


Rys. 1. Proces decyzyjny nabywcy (źródło: zaadaptowane z Ph.Kotler, Marketing.Podręcznik europejski)

*Uświadomienie potrzeby* - wyzwolone przez bodziec wewnętrzny lub zewnętrzny - jest początkowym etapem procesu nabywczego. Następnie konsument zwykle *poszukuje informacji*,

pozwalających mu na przejście do etapu, w którym *porównując zgromadzone dane*, spośród wielu możliwych, wybierze produkt w jego przekonaniu optymalnie zaspokajający powstałą potrzebę. Podjęta *decyzja zakupu* jest często równoznaczna z dokonaniem transakcji, ale może również być przesunięta w czasie przez *postawy innych* (np. opór ze strony rodziny) jak i *nieprzewidziane czynniki sytuacyjne* (np. odmowa udzielenia kredytu przez bank). Jeśli motywacja konsumenta będzie wystarczająco silna, odsunięcie w czasie nie wpłynie na wcześniej podjętą decyzję o zakupie; jeśli nie - do transakcji nie dojdzie.

Z podobnym, ale pod względem osoby decydenta i możliwych zmiennych wpływających na decyzję, bardziej złożonym procesem mamy do czynienia w przypadku rynku leków etycznych, czyli wypisywanych na receptę i dostępnych jedynie w aptekach bądź placówkach lecznictwa zamkniętego (por. rys. 2).



Rys. 2. Proces decyzyjny nabywcy - rynek leków etycznych (źródło: opracowanie własne na podst. Ph. Kotler)

Początkowy etap procesu nabywczego - jak w modelu standardowym - będzie również związany z *uświadomieniem potrzeby*. Różnica w tym przypadku polega rodzaju bodźca wyzwalającego potrzebę - *wystąpienie objawów* to zwykle silny ból, stan zagrożenia życia lub przewlekła dolegliwość, a więc - według hierarchii potrzeb Masłowa - wartości podstawowe dla jakości życia człowieka. Ten etap prowadzi do podjęcia decyzji o *zgłoszeniu się do lekarza* (etap analogiczny do *poszukiwania informacji*), następuje wybór specjalizacji lekarskiej i konkretnej

osoby, której pacjent tym samym powierza rolę decydenta. Na kolejnym etapie - analogicznym do etapu *oceny porównawczej* - porównania danych i *wyboru*, spośród wielu możliwych, *terapii* optymalnie zaspokajającej powstałą potrzebę dokonuje lekarz. Lekarz zatem, według własnego przekonania, ocenia jaki lek będzie dla danego pacjenta optymalnym wyborem, a swoją decyzję może skonsultować z pacjentem, choć zwykle tego nie robi. Wypisanie recepty finalizuje ten etap.

*Zamiar zakupu, czyli realizacji recepty*, jest w tym przypadku - podobnie jak w modelu standardowym - uzależniony od poziomu motywacji konsumenta-pacjenta, a poziom ten jest wypadkową stopnia uciążliwości schorzenia lub postrzeganego poziomu zagrożenia oraz kombinacji zaufania i wiarygodności lekarza. Zatem, choć kolejny etap decyzyjny należy do pacjenta, pozostaje on pod silnym wpływem lekarza.

Zgodnie z prawem, realizacja recepty może mieć miejsce jedynie w placówkach uprawnionych do obrotu lekami i środkami farmaceutycznymi - z reguły są to apteki. Pojawienie się w aptece pacjenta z receptą na określony lek nie jest równoznaczne z dokonaniem transakcji. Na tym etapie istnieje kilka możliwych scenariuszy rozwoju sytuacji:

1. pacjent kupuje lek wypisany przez lekarza
2. *farmaceuta sugeruje* zmianę wypisanego leku na tańszy odpowiednik (lek generyczny), pacjent wykupuje lek sugerowany przez farmaceutę
3. pacjent, poinformowany o cenie leku, który nie ma generycznej kopii, rezygnuje z zakupu
4. pacjent decyduje się na zakup leku, ale apteka nie ma go w swojej ofercie i proponuje sprowadzenie leku na zamówienie w ciągu 1-2 dni
  - a) pacjent wraca w określonym terminie i kupuje lek
  - b) pacjent nie wraca i rezygnuje ze stosowania leczenia
  - c) pacjent szuka leku w innej aptece

Powyższe scenariusze uwzględniają zarówno wpływ osób trzecich (farmaceuta), jak i *nieprzewidziane czynniki sytuacyjne* (brak leku w aptece). Identycznie jak w modelu standardowym, realizacja decyzji o zakupie zależy od stopnia motywacji konsumenta-pacjenta.

## 2. Czynniki wpływające na wybór terapii

### 2.1. Czynniki racjonalne

Ponieważ etapem, na którym pojawiają się zasadnicze różnice w procesie decyzyjnym nabywcy, jest *ocena porównawcza - wybór terapii* pokrótce przeanalizuję czynniki wpływające na decyzję podjętą przez lekarza, który będąc decydentem, nie jest konsumentem ostatecznym. Na podstawie wielu badań przeprowadzonych wśród lekarzy różnych specjalizacji i dotyczących szerokiego spektrum możliwych rozwiązań terapeutycznych wiadomo, że lekarz dokonując wyboru danego leku, deklaruje branie pod uwagę pewnych konkretnych kryteriów - wspólnych dla różnych terapii farmakologicznych<sup>1</sup>. Tymi podstawowymi kryteriami wyboru są:

1. skuteczność leku
2. bezpieczeństwo
3. cena.

Mimo, iż kryteria te wydają się jednoznaczne, dla pełnego zrozumienia motywatorów lekarzy stosujących daną terapię, należy osobno rozpatrywać zarówno rodzaj leku, obszar terapeutyczny jak i postawy / przekonania, a czasem specjalizację lekarza mającego go zastosować. Poniżej przedstawię przykładowe praktyczne implikacje tych - wydawałoby się - dość klarownych i jednoznacznych kryteriów.

#### 2.1.1. Skuteczność

Rozważając pojęcie skuteczności terapii, konieczna jest weryfikacja, co przez danego lekarza jest z tym pojęciem utożsamiane. Różnice w możliwym definiowaniu skuteczności, która w powszechnym przekonaniu oznacza wyleczenie danej choroby, często nieosiągalne ze względu na charakter wielu schorzeń, postaram się wyjaśnić na przykładach z różnych dziedzin terapeutycznych (por. tabela 1).

---

<sup>1</sup> Na podstawie analizy bazy danych 34 badań rynku przeprowadzonych w firmie Eli Lilly w latach 2000-2003 dla 7 obszarów terapeutycznych.

Problem medyczny	Cel terapii	Możliwe kryteria skuteczności
osteoporoza	zapobieganie złamaniom osteoporotycznym	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. przyrost masy kostnej</li> <li>2. zapobieganie złamaniom pozakręgowym (szyjka kości udowej)</li> <li>3. zapobieganie pierwszemu złamaniu</li> </ol>
zaburzenia erekcji	przywrócenie sprawności seksualnej	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. poprawa jakości erekcji</li> <li>2. umożliwienie odbycia satysfakcjonującego stosunku płciowego</li> <li>3. przywrócenie kontroli nad życiem seksualnym dzięki zniesieniu relacji: przyjęcie leku = odbycie stosunku</li> </ol>
schizofrenia	umożliwienie choremu funkcjonowania bez zagrożenia dla otoczenia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. szybkie zniesienie ostrego stanu pobudzenia psychomotorycznego, agresji, stanów maniaka lnych</li> <li>2. eliminacja objawów wytwórczych i ubytkowych</li> <li>3. umożliwienie reintegracji chorego ze społeczeństwem, dzięki eliminacji objawów choroby bez krępujących działań ubocznych</li> </ol>

Tabela 1. Przykładowe definicje skuteczności w różnych obszarach terapeutycznych. (źródło: opracowanie własne)

### 2.1.2. Bezpieczeństwo

W przypadku leków etycznych, czyli przepisywanych na receptę - inaczej niż w przypadku specyfików dopuszczonych do wolnego obrotu - decyzję o zastosowaniu danej terapii może podjąć tylko lekarz. Leki etyczne podlegają specyficznym regulacjom ze względu na fakt, że ich stosowanie:

- jest w pewnych populacjach przeciwwskazane
- może wiązać się z niebezpieczeństwem interakcji z innymi stosowanymi lekami

- zawsze wiąże się z mniejszym lub większym ryzykiem dla pacjenta ze względu na działania niepożądane.

Lekarze różnych specjalizacji rozumieją bezpieczeństwo danej terapii jako stosunek ryzyka, wynikającego ze stosowania leku, do oczekiwanych od leczenia korzyści. W przypadku każdego pacjenta podejmowana jest indywidualna decyzja terapeutyczna, będąca wynikiem oceny jego ogólnego stanu zdrowia, stopnia zaawansowania choroby i analizy dostępnych metod leczenia, opartej na wiedzy i przekonaniach danego lekarza.

Charakterystyczne dla postępu medycyny jest odkrywanie nowych molekuł, które często łączą wysoką skuteczność z korzystnym profilem bezpieczeństwa. Paradoksalnie jednak, w przypadku poważnych chorób i leków ratujących życie, takich jak np. leki przeciwnowotworowe, oczekuje się, że będą one miały poważne i uciążliwe działania niepożądane, utożsamiając je z wysoką aktywnością substancji czynnej. Innymi słowy; często leki dobrze tolerowane przez pacjentów są przez lekarzy postrzegane jako mało skuteczne, choć taka opinia nie znajduje pokrycia w wynikach badań klinicznych i praktyce szpitalnej.

### 2.1.3. Cena

Na rynku konsumenckim często spotykamy się z podziałem konsumentów, bazującym na ich statusie użytkownika (np. regularni użytkownicy, potencjalni użytkownicy, byli użytkownicy); intensywności użytkowania (intensywni, średni, okazjonalni nabywcy) czy też postawy wobec produktu. Na rynku leków etycznych, w klasyfikacji konsumentów, można zastosować podobne metody podziału, ale ze względu na jego specyfikę, należałoby przede wszystkim wziąć pod uwagę pewien charakterystyczny mechanizm. Jest on opisywany pojęciem „stosowania się pacjenta do zaleceń lekarza” (ang. compliance), które pozostaje nierozdzielnie związane z powodzeniem zastosowanej terapii i - w rezultacie - statusem użytkownika. Aby można było mówić o stosowaniu się do zaleceń lekarza, pacjent musi przepisać lek wykupić i zażyć, a w przypadku chorób przewlekłych kupować i zażywać regularnie, często do końca życia.

Truizmem jest stwierdzenie, że żaden lek nie będzie skuteczny, o ile nie zostanie przez pacjenta zastosowany. A o tym, czy będzie zastosowany, decyduje w pierwszym rzędzie cena, która musi być dla osoby ponoszącej koszt terapii akceptowalna<sup>2</sup>. Jest to ten etap procesu decyzji

---

<sup>2</sup> Na kolejnym etapie będzie to postrzegana skuteczność leku i tolerancja leczenia oraz akceptacja kosztów leczenia.

o zakupie leku etycznego, gdzie samodzielną decyzję podejmuje pacjent (pozostający jednak pod wpływem lekarza i farmaceuty). Z analizy wielu badań przeprowadzonych na potrzeby rynku farmaceutycznego, na zlecenie różnych producentów, wynika iż „magicznym progiem cenowym” jest w przypadku polskiego społeczeństwa suma 50 zł<sup>3</sup>. Leki, które plasują się poniżej tej ceny postrzegane są jako przystępne cenowo. Natomiast każda cena powyżej tego progu, sprawia że lek automatycznie kwalifikowany jest jako drogi.

Charakterystycznym zjawiskiem, o którym należy tu wspomnieć jest elastyczność cenowa różna w przypadku pacjentów i w przypadku lekarzy, oceniających ten sam lek. Okazuje się bowiem, że pacjenci są skłonni zaakceptować koszt terapii średnio o 20 zł wyższy niż poziom deklarowany przez lekarzy jako akceptowalny dla ich pacjentów<sup>4</sup>. W rezultacie tej rozbieżności, lekarze często nie proponują pacjentom nowych rozwiązań terapeutycznych, obawiając się że nie będzie ich na nie stać. Troska o finanse pacjentów wydaje się być w tym przypadku całkowicie uzasadniona, natomiast niezrozumiałe jest to, że lekarze podejmują decyzję, o tym na co stać a na co nie stać ich pacjentów, często bez konsultacji z samymi zainteresowanymi.

## 2.2. Czynniki poza-racjonalne

Trzy powyżej omówione kryteria, wpływające na podejmowanie decyzji terapeutycznej, należą do podstawowych, ale bynajmniej nie jedynych istotnych zmiennych. Uzupełnieniem dla tych kryteriów, które można kwalifikować jako racjonalne, będą kryteria które można określić jako nieracjonalne lub emocjonalne. Zaliczają się do nich np.

### 1. psychiczna gotowość lekarza do zajęcia się danym problemem

- wielu lekarzy nie chce zajmować się - stosunkowo prostym - leczeniem zaburzeń erekcji, choć są zobowiązani do uwzględniania pytań o zdrowie seksualne w wywiadzie, ponieważ czują się zbyt skrępowani koniecznością podjęcia intymnej rozmowy z pacjentem

### 2. osobiste relacje z przedstawicielem medycznym firmy farmaceutycznej

---

<sup>3</sup> OBOP, 2002

<sup>4</sup> Badanie dzienniczkowe, Synovate, 2002

- według deklaracji lekarzy, jeśli wybierają konkretną terapię z całej gamy leków nie różniących się między sobą w istotny sposób, pierwszeństwo ma lek tej firmy, której przedstawiciel ma najlepsze relacje z danym lekarzem
3. inne, mniej lub bardziej, uświadomione motywatory, między innymi:
- potrzeba poczucia bezpieczeństwa: „Jestem ostrożny w stosowaniu nowych leków, które od niedawna są na rynku”
  - potrzeba przywództwa: „Staram się stosować najnowsze opcje terapeutyczne”
  - potrzeba komfortu: „Leczenie nie wymaga wysiłku z mojej strony,”
  - potrzeba przynależności: „Stosuję nowe leki, jeśli wiem, że moi koledzy mają o nich dobrą opinię.”



### 3. Podsumowanie

Kupowanie jest kluczowym zachowaniem konsumenckim, które można opisać jako proces obejmujący szereg etapów podejmowania decyzji o zakupie, wspólny dla różnych rynków i produktów, gdzie decyzja zakupu poprzedzona jest uświadomieniem potrzeby, poszukiwaniem informacji oraz oceną porównawczą. W standardowym modelu osoba decydenta jest zwykle tożsama z osobą konsumenta. Jednak w przypadku leków etycznych, dokonując wyboru lekarza, pacjent zawsze powierza mu rolę decydenta, który - według własnego przekonania - ocenia jaki lek będzie dla danego pacjenta optymalnym wyborem (produktem optymalnie zaspokajającym potrzebę).

Dla leków etycznych, sprzedawanych na receptę, apteka jest miejscem finalizacji zakupu i ważnym punktem w procesie decyzyjnym, ponieważ wymaga od pacjenta samodzielnej decyzji co do realizacji recepty. I chociaż, identycznie jak w modelu standardowym, rzeczywiste dokonanie zakupu zależy od stopnia motywacji konsumenta-pacjenta, to kluczowym adresatem działań marketingowych będzie osoba podejmująca decyzję terapeutyczną, czyli lekarz. Dlatego, w przypadku opracowywania strategii promocyjnych dla każdego leku, ważne jest zrozumienie motywacji kierujących lekarzami i analiza możliwych zmiennych wpływających na ich decyzje.

#### Bibliografia:

1. Falkowski A., Tyszka T. Psychologia zachowań konsumenckich. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001
2. Karski J. Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane zagadnienia. CeDeWu, Warszawa 2003
3. Kotler Ph., Armstrong G., Saunders J., Wong V. Marketing. Podręcznik europejski. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2002