

ДЕБЮТНЫЕ РАБОТЫ

А. А. Маркова

Структурно укоренённые связи между представителями фармацевтических компаний и врачами: угроза разрыва

МАРКОВА Анастасия Александровна — выпускница магистратуры социологического факультета ГУ ВШЭ (Москва, Россия).

Email: markova.nastya@gmail.com

Российский рынок фармацевтики в настоящее время подвержен кардинальным преобразованиям, связанным прежде всего с совершенствованием законодательного регулирования правоотношений в сфере оборота лекарственных средств. Помимо изменения методик ценообразования на лекарственные препараты, порядка проведения процедур клинических исследований лекарственных средств, принципов лицензирования и государственной экспертизы, в новые законодательные акты [Федеральный закон... 2010] Министерством здравоохранения и социального развития РФ планируется внести ряд поправок относительно ограничения взаимодействий между представителями фармацевтических компаний, или медицинскими представителями (medical representative)¹ и врачами. Специфика метода личных продаж (personal selling) на фармацевтическом рынке заключается в том, что медпредставитель не занимается непосредственной продажей лекарственных препаратов, но оказывает существенное влияние на конечный спрос путём личной передачи информации о лекарствах промежуточному потребителю (медицинскому или фармацевтическому работнику). Действие медпредставителей не является только экономическим, и сами они не являются сугубо атомизированными акторами на этом рынке, их взаимоотношения с врачами могут обладать чертами доверия, передачи достоверной информации и совместного решения проблем [Уци 2007], что обуславливает связанность и взаимозависимость врачей и медпредставителей друг от друга.

В данной статье рассматриваются отношения между медпредставителями и врачами с позиции теории укоренённости и на основе проведённого исследования специфицируются существующие практики их взаимодействия, выявляются возможные пути решения фармкомпаниями и врачами организационных и правовых проблем, связанных с принятием нового законодательства в сфере обращения лекарственных средств; также затрагивается такой важный теоретический пласт сетевой теории как разрыв связей.

Ключевые слова: рынок фармацевтики; риски рынка; структурно укоренённые связи; разрыв связей; метод личный продаж.

¹ Понятия «медпредставитель» или «фармпредставитель» в данной статье используются как синонимы. — Здесь и далее примеч. автора.

Цель исследования состояла в определении характеристик структурно укоренённых связей в схемах взаимодействия фармпредставителей и врачей и выявлении изменений схем их сотрудничества в условиях принятия нового законодательства в сфере обращения лекарственных средств. При рассмотрении схем взаимодействия мы старались дифференцировать экономическую и социальную составляющие. В одних схемах можно было легко их разделить и выделить доминирующую, которая определяла характер взаимодействия; в других схемах экономическая и социальная составляющие были настолько тесно связаны друг с другом, что выделение главной не представлялось возможным. А ведь именно столкновение экономического и социального аспектов во взаимодействии медпредставителей и врачей вызвало столь бурную реакцию государства.

Для достижения поставленной цели использовался инструментарий сетевой теории, которая предоставляет возможность специфицировать социально-экономические связи между медпредставителями и врачами с позиции силы связей и их продолжительности, выявить механизмы образования подобных связей, позволяет разделить взаимоотношения между медпредставителями и врачами на автономные действия, согласованные действия и укоренённые связи, а также изучить причины разрыва укоренённых связей.

В статье не только изложены основные результаты исследования, но и предпринята попытка их теоретического обоснования с точки зрения экономической социологии. Поскольку рассматриваемая нами проблема является довольно новой теоретической и эмпирической областью в экономической социологии, мы позволим себе часть интересных фактов оставить без интерпретации, предоставив тем самым «сырьё» для формулировки гипотез и дальнейших исследований в данной области.

Медицинский представитель на российском рынке фармацевтики

Специфика метода личных продаж

Фармацевтический рынок — это потребительский рынок, на котором за счёт действия механизмов спроса и предложения происходит обращение лекарственных средств и иной фармацевтической и парафармацевтической² продукции.

Одной из особенностей рынка фармацевтики является влияние врачей на формирование спроса на лекарственные препараты. Несмотря на повышение роли рекламы ОТС-препаратов (*over the counter*)³ в лекарственном выборе пациента, значение рекомендаций врача всё равно остаётся на довольно высоком уровне [Захарова 1996; Лин 1997; Гетьман 2003; Садчиков, Балашов, Редькин 2009].

В условиях динамичного разрастания фармацевтического рынка, которое, например, проявляется в увеличении наименований лекарственных препаратов, производители и дистрибьюторы вынуждены активно использовать различные методы продвижения своего товара, поскольку потребителю (конечному, институциональному или промежуточному⁴) довольно сложно самостоятельно добыть информацию о лекарственных новинках, альтернативных способах лечения и проч. Ярко выражен-

² Область фармацевтики, разрабатывающая и внедряющая биологически активные препараты, не входящие в список лекарственных средств.

³ Препараты, отпускаемые без рецепта врача.

⁴ Потребителей лекарственных средств можно разделить на институциональных, промежуточных и конечных [Багирова, Максимкина, Лобутева 2004]. Конечные потребители — это непосредственно покупатели или пациенты; институциональные потребители могут быть представлены государственными или коммерческими организациями; под промежуточными потребителями подразумеваются медицинские работники, которые назначают или выписывают рецепт пациенту.

ная информационная асимметрия обуславливает направленность сил субъектов фармацевтического бизнеса на стимулирование поставок, назначений, покупок и использования своего товара через рекламу, интенсификацию продаж (*sales promotion*), связи с общественностью (*public relation*) и личные продажи [Гетьман 2003; Садчиков, Балашов, Редькин 2009].

Реклама, являясь неличной формой передачи информации о товаре, может быть направлена как на конечного потребителя (пациента, больного), так и на промежуточного (врача, фармацевта). Рецептурные препараты рекламируются в специализированных журналах, брошюрах или при помощи прямой рассылки врачам или фармацевтам. Примечательно, что больший упор фармкомпания делают на издания для врачей; рекламные затраты на медицинские специализированные издания составляют более 15 млн долл. США, а на фармацевтические издания тратится в три раза меньше [Угрюмов 2008]. Безрецептурные препараты и биологически активные добавки рекламируются через средства массовой информации — телевидение, радио, Интернет.

Интенсификация продаж связана с мероприятиями, которые проводятся фармацевтическими компаниями, по оптимизации взаимодействия производителей и торговой системы [Садчиков, Балашов, Редькин 2009]. Например, в аптеках для привлечения и удержания постоянного клиента разработаны системы поощрения — скидки, распродажи товаров, предоставление дополнительно объема по той же цене, подарки, раздача бесплатных образцов и т. д.

В связи с общественностью входят коммуникационные мероприятия с профессиональной аудиторией (врачи, фармацевты, провизоры) и непрофессиональной. Эти мероприятия могут касаться брендинга, позиционирования продукта, формирования эмоционального отношения к компании-производителю [Садчиков, Балашов, Редькин 2009].

Еще одним способом продвижения лекарственных препаратов является **метод личных продаж**. С его помощью фармацевтические компании могут лично передать важную информацию о лекарственных препаратах медицинскому или фармацевтическому работнику, от которого будет зависеть назначение и продажа лекарственных препаратов. На медицинских представителей фармацевтические компании тратят до 60% рекламных бюджетов; в свою очередь медицинский представитель обеспечивает годовой объем продаж на сумму 300–900 тыс. долл. [Гетьман 2003]. Медицинские представители продвигают рецептурные и безрецептурные препараты. Поясним, что на коммерческом рынке фармацевтики доля проданных препаратов, отпускаемых только по рецепту врача, составляет в натуральном объеме 25%, а в стоимостном — 47%, соответственно, три четверти проданных препаратов являются безрецептурными и в стоимостном объеме составляют 53% [Фармацевтический рынок... 2009].

В настоящее время ни одна крупная отечественная компания не может представить свое функционирование без медицинских представителей, хотя в России такие агенты появились благодаря западным компаниям, которые в 1990-е годы «захватили» российский рынок, перенесли сюда свою организационную структуру и способы ведения бизнеса.

Медицинский представитель помогает фармацевтическим компаниям доносить до промежуточного потребителя (врачей, фармацевтов) информацию о клинических исследованиях, лекарственных новинках, преимуществах того или иного препарата и т. д. Важность такого рода агента на данном рынке подкрепляется запретом прямой рекламы рецептурных лекарственных препаратов. Кроме того, метод личных продаж помогает фармацевтическим компаниям понять и вовремя подстроиться под индивидуальные особенности промежуточных потребителей, которые являются экспертами и лидерами мнений на этом рынке. От точки зрения врачей и фармацевтов во многом зависит мнение конечных потребителей рецептурных и безрецептурных лекарственных препаратов и, со-

ответственно, объёмы продаж. Метод личных продаж способствует быстрому распространению информации относительно инноваций, причём, точно воздействуя на целевую аудиторию, медпредставители доносят до врачей не только сведения о новых препаратах, но также оставляют им образцы новой продукции [Rogers, Shoemaker 1971]. С одной стороны, у фармпредставителей есть задача трансляционная, то есть они доводят до врача информацию о новых лекарственных средствах, о противопоказаниях к применению, клинических исследованиях и т. д. С другой стороны, фармпредставители отражают интересы конкретной фирмы, и их деятельность в итоге направлена на увеличение объёмов продаж конкретного лекарственного препарата.

«Хороший» медпредставитель должен иметь свою клиентскую базу — список врачей, фармацевтов и провизоров, с которыми он работает. Как правило, этот список формируется по территориям или по продвигаемым препаратам. Например, представителю фармкомпания не имеет смысла идти к гинекологам с пульмонологическими препаратами. Обычно в день медицинский представитель совершает 10–12 визитов, из которых примерно 4–5 приходятся на работников аптек, а 6–7 — на врачей. К врачам медпредставители приходят в рабочее время, ждут приёма в режиме живой очереди, но могут предварительно созвониться с врачом и договориться о времени встречи. Зачастую перед приходом непосредственно к врачу медпредставители договариваются с главврачами или заведующими отделений, поскольку в различных ЛПУ действуют свои нормы и правила относительно их визитов. Время встречи зависит от желания и загруженности врача: беседа может длиться и 30 минут, а может и 5 минут. В работе с врачами медпредставитель активно использует различные информационные материалы (научные статьи, результаты клинических исследований, брошюры для пациентов и специалистов и т. д.). Врачам могут оставлять образцы новых лекарств, различного рода подарки и сувениры. Как правило, подарки не представляют особой ценности — это блокноты, ручки, линейки с логотипом фирмы или названием бренда конкретного лекарственного препарата. Также медпредставители иногда дарят врачам пригласительные билеты на конференцию, в театр. Для врачей и работников аптек медпредставители могут проводить семинары, лекции по своим препаратам.

Профессия медпредставителя привлекает людей прежде всего хорошей заработной платой, гибким графиком и возможностью карьерного роста. Прежде чем приступить к работе, они проходят различного рода тренинги, посещают семинары компании, где им рассказывают о тактике ведения беседы, о различных приёмах метода личных продаж, о продукции компании. Также следует отметить высокую межфирменную мобильность медпредставителей, они активно переходят из одной фармацевтической компании в другую, обычно характеризуют свою работу как тяжелую, связывают её с постоянными стрессовыми ситуациями.

Спецификой медпредставителей в России является наличие медицинского или фармацевтического образования, в то время как в США на данную работу набирают людей, не имеющих медицинского образования, но обладающих талантом продавать. Сложно представить, чтобы в США врач бросил свою работу и ушел работать фармпредставителем, хотя в России подобная практика распространена повсеместно. Данная ситуация связана со слабыми сторонами российской системы здравоохранения, прежде всего, с низкой заработной платой врачей [Широкова 2009]. Наличие медицинского образования помогает фармпредставителям найти общий язык с врачом и даже выступить экспертом в некоторых нозологических вопросах (например, в случае появления у пациента каких-либо побочных эффектов), также повышает его возможности за счёт развитых слабых связей в профессиональной среде [Пауэлл, Смит-Дор 2003]. Например, медпредставители могут формировать свою клиентскую базу из бывших сокурсников и их знакомых. Медпредставитель с высшим медицинским образованием должен понимать психологию врача, его мотивацию при выписке препарата.

Таким образом, среди методов продвижения лекарственных препаратов личные продажи занимают особое место, так как связаны с промежуточным потребителем на рынке. Успех продвижения препарата напрямую зависит от профессиональных и личностных качеств медицинского представителя. Данный участник уже довольно долгое время существует на мировом рынке, способствует увеличению объёма продаж и распространению информации о новых лекарственных средствах. На российском рынке происходят глобальные изменения в связи с новым законодательством, а иностранные и отечественные фармацевтические компании бьют тревогу — перед медпредставителем закрываются двери и вырастают нормативные барьеры.

Законодательная основа работы представителя фармацевтической компании в России

На Западе действия медпредставителей регулируются законодательно: такие агенты должны подробно разъяснять все показания и риски, связанные с применением лекарственных препаратов; нельзя оставлять врачам ценные подарки или обещать им вознаграждение за выписку препаратов; в некоторых странах (например, в Германии) даже время визита медпредставителя ограничивается [Alexander 2002].

Встречи с фармпредставителями в России до недавнего времени не ограничивались со стороны государства никакими нормативными рамками. Со стороны амбулаторных и стационарных учреждений их визиты могут ограничиваться внутренними правилами и нормами; у фармацевтических компаний к своим работникам есть определённые требования этического и организационного толка. В любом случае, требование Председателя Правительства РФ относительно запрета медпредставителей в начале 2009 г. для многих компаний прозвучало как приговор.

В апреле 2010 г. был принят Федеральный закон № 61-ФЗ «Об обращении (обороте) лекарственных средств», который является новой редакцией Федерального закона № 86-ФЗ «О лекарственных средствах» от 22 июня 1998 г. Новый закон направлен на регулирование ценообразования на рынке фармацевтики (в нём разработаны новые методики для определения отпускных цен производителей и предельных оптовых и розничных надбавок), вводит ряд поправок относительно клинических исследований, лицензирования и государственной экспертизы, конкретизирует ряд важных фармацевтических понятий [Федеральный закон... 2010]. Федеральная антимонопольная служба (ФАС) разработала проект Федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ», который является дополнением к новому закону о лекарственных средствах [Федеральная антимонопольная служба]. Суть документа заключается в жёстком регулировании взаимоотношений медпредставителей с фармацевтами, провизорами и врачами и введении ряда запретов — на подарки, различного рода поощрения, проведение конференций и семинаров, на посещение врачей на рабочем месте⁵ [Федеральная антимонопольная служба].

В связи с появлением этих законодательных актов участниками заседания Российской ассоциации фармацевтического маркетинга (РАФМ) активно обсуждалось ограничение деятельности медицинских представителей [Седов 2010]. После того как деятельность медпредставителей была законом ограничена в Польше, сначала действительно последовало сокращение визитов медпред-

⁵ За несоблюдение этих правил ФАС предлагает дисквалифицировать врачей на срок до двух лет; на фармацевтические компании будут налагаться штрафы в размере 1–15% (не менее 300 тыс. руб) от годовой выручки предприятия по рынку препарата, при продвижении которого были зафиксированы нарушения. В случае предоставления пациенту искажённой информации о лекарственных средствах врачу грозит штраф в размере 20–30 тыс. руб., руководителю медучреждения в размере 100–150 тыс. руб. или дисквалификация на срок от 6 месяцев до 1 года (см.: http://www.fas.gov.ru/fas-in-press/fas-in-press_27567.html).

ставителей, но постепенно возникли новые схемы взаимодействия между фармпредставителями и врачами, благодаря которым акторы смогли вполне успешно преодолеть созданные государством нормативные барьеры.

Таким образом, опыт Польши может стать своеобразным «руководством к действию» для фармацевтических компаний, работающих на российском рынке. Именно на разработке и развитии альтернативных способов взаимодействия фармпредставителей и врачей, вероятно, будут сосредоточены усилия данных организаций.

Теперь проанализируем, что же происходит непосредственно между медпредставителями и врачами в условиях столь существенных трансформаций. Для этого представим сначала теоретическую часть нашего исследования.

Теоретическая основа исследования

Как было отмечено выше, на структуру спроса на рынке фармацевтики в значительной степени оказывают влияние врачи, что в особенности касается рынка рецептурных препаратов. Фармкомпании осуществляют своего рода контроль над врачами при помощи представителей, устанавливающих зачастую с врачами не только формальные, но и неформальные отношения, которые способствуют распространению стратегий и практик взаимодействия (например, у тех и других есть определённые ожидания от совместного сотрудничества, а в случае возникновения каких-либо организационных проблем существуют стандартные способы их решения и т. д.). В таких отношениях можно заметить признаки сетевых связей. Подобные связи определяются не только как устойчивые, но должны также обладать селективностью, то есть способностью участников рынка отбирать контрагентов и осуществлять контроль за их действиями. Благодаря проведённому нами исследованию мы постарались специфицировать эти связи для того, чтобы определить место укоренённости в них.

Однако наряду со спецификацией связей можно обозначить вторую проблему нашей исследовательской работы. Звено «фармпредставитель — врач» в настоящее время претерпевает существенные нормативные изменения. Сети довольно болезненно реагируют на трансформацию усвоенных акторами норм и правил, а изменение установившихся правил может повлечь за собой затруднения в силу «зависимости между членами данной сети» [Пауэлл, Смит-Дор 2003: 67]. Однако гибкая сетевая структура позволяет акторам заранее продумывать (обговаривать) способы преодоления барьеров, которые могут возникнуть вместе с новыми нормами: в условиях изменения законодательства фармпредставители и врачи станут заранее готовить альтернативные схемы взаимодействия, с помощью которых можно сохранить налаженный ранее поток социальных и экономических ресурсов. В ходе исследования мы постарались выяснить, какие меры будут предпринимать акторы (врачи и фармпредставители) в случае изменения законодательства относительно визитов медпредставителей.

Концепция укоренённости в сетевых теориях рынка

Концепция укоренённости [Granovetter 1985], появившись во второй половине XX в. как альтернатива субстантивистскому [Polanyi, Arensberg, Pearson 1957] и формалистскому [North, Thomas 1973; Williamson 1975; Popkin 1979; Smith 1979] подходам, наполнила содержанием абстрактные модели действия атомизированных акторов, показав неотделимость экономического поведения от социального контекста. Идею укоренённости сразу подхватили представители сетевого подхода, где она заняла свое почётное место и стала неотъемлемой частью не только социальной структуры и

связей, но рынка в целом. Представители сетевой теории подразумевают под рынком переплетение социальных сетей, то есть «совокупность устойчивых связей между его участниками» [Granovetter 1985: 482]. Подобные связи могут быть наполнены как формальными, так и неформальными отношениями, потоками информации и денежными потоками, доверием и взаимовыручкой. Таким образом, эти связи в одинаковой степени базируются на экономических и социальных отношениях.

Социальный характер сетей связан прежде всего с такими чертами как укоренённость и (или) встроенность (*embeddedness*), связанность (*connectivity*) и взаимность, или реципрокность (*reciprocity*) [Радаев 2005]. Сетевой подход не отрицает существование случайных рыночных связей, но структурно укоренённым связям уделяет особое внимание. Связанность и взаимозависимость обеспечивают рынку устойчивость, а реципрокность направлена на поддержание и развитие социально-экономических отношений между акторами рынка.

Сетевая теория рассматривает мотивацию акторов не как экономически узконаправленную, а как обогащённую доверием и реципрокностью. Укоренённость неформальных и (или) личных отношений в деловых связях помогает акторам избежать «дилеммы заключённого». Это связано с тем, что у участников транзакции складываются конкретные ожидания относительно друг друга, основанные не столько на общей репутации, сколько на прошлом опыте совместных сделок. Ряд исследований показали, что укоренённые отношения способствуют росту социального капитала между участниками транзакции [Portes, Sensenbrenner 1993]. Ларсон и Хелпер доказали, что «через укоренённые связи передается более насыщенная информация (*thick information*) относительно стратегий, технологических ноу-хау и размера прибыли, что способствует обучению в процессе работы и интеграции производственного процесса, и одного лишь обмена информацией о ценах для этого было бы недостаточно» [Уци 2007: 48].

Случайные связи могут трансформироваться в укоренённые на основе следующих параметров [Уци 2007]:

- установившиеся ранее личные отношения, которые способствуют экономическому обмену и поддерживают его;
- рекомендации третьей стороны, которые привносят элемент доверия в случайные связи;
- принадлежность к одним социальным кругам (профессиональным, родственным и т. д.);
- анонимные рыночные связи, например, положительная обобщённая репутации (*generalized reputation*)⁶.

Если взаимодействующие акторы оправдывают ожидания друг друга и вкладывают новые ресурсы в развитие своих отношений, то некогда случайная связь постепенно отходит от сугубо экономических целей и преобразуется в укоренённую. Дальнейшее взаимодействие между акторами укрепляется на основе доверия, которое обеспечивает передачу достоверной информации. Конечно, доверие в структурно укоренённых связях может порождать и различные формы мошенничества, угрожающие фирме большими потерями, нежели мошенничество при случайных связях [Уци 2007].

Для повышения эффективности фирмам необходимо развивать не только структурно укоренённые связи, но и случайные [Уци 2007]. Ведь сети, основанные на случайных связях, увеличивают воз-

⁶ Но данный фактор совершенно не работает в некоторых отраслях (например, в швейной, что доказал Б. Уци в своём исследовании [Уци 2007]).

возможности фирмы в привлечении новых партнёров и обеспечивают доступ к новой информации. В то же время случайные связи дают фирме большую свободу действий (поскольку в этом случае отсутствуют строгие ограничения со стороны социальной структуры), нежели укоренённые связи. Укоренённость предполагает комплекс социальных ограничений, которые могут проявляться как социальные ожидания, так и в виде формальных соглашений [Уци 2007].

Уци выделил три ключевые характеристики укоренённых связей, которые отличают их от случайных [Уци 2007]: доверие; передача достоверной информации; механизмы совместного решения проблемы. Доверие в первую очередь подразумевает партнёрские отношения, то есть участники взаимодействия в этом случае не преследуют только корыстные цели. Под передачей достоверной информации мы будем понимать некие неявные знания, которые повышают транзакционную эффективность компании. Механизмы совместного решения проблемы помогают акторам быстрее реагировать на изменяющиеся рыночные условия, тем самым избегая возникающие вследствие рыночных преобразований трудности и проблемы [Уци 2007].

Укоренённость не ограничивается только структурной, например, Зукин и Димаджио предложили следующие формы [Zukin, DiMaggio 1990]:

- политическая укоренённость (*political embeddedness*), проявляющаяся в институциональных ограничениях экономической деятельности;
- когнитивная укоренённость (*cognitive embeddedness*) находит своё отражение в структурах ментальных процессов, которые определяют экономическую логику;
- культурная укоренённость (*cultural embeddedness*), вытекающая из влияния на экономические цели верований и ценностей сообщества.

Концепция укоренённости стала активно использоваться в исследованиях рынка. При анализе данных мы будем руководствоваться классификацией связей, предложенной В. В. Радаевым [Радаев 2009]. Рыночные действия разделим на автономные (абсолютно атомизированные) и согласованные. Согласованные действия могут быть представлены взаимным наблюдением (например, наблюдение фирмы за деятельностью своего конкурента) и сетевыми связями, которые в свою очередь делятся на личные и институциональные. Личные связи следует рассматривать на межличностном уровне. Проявляясь в форме личных привязанностей и взаимных обязательств, они помогают акторам обмениваться важной деловой информацией и вести себя предсказуемым образом. Институциональные связи существуют уже на межорганизационном уровне, могут реализовываться как через формальные, так и через неформальные обязательства организаций, при этом роль конкретной личности отходит на второй план [Радаев 2009].

Особую роль при спецификации играет сила связей, которая определяется их характером и качеством. Сила связей увеличивается при переходе от взаимного наблюдения к сетевым связям, от сетевых связей к формальным договорённостям, от неформальных договорённостей к формальным соглашениям. Оптимальная сеть сочетает в себе укоренённые и рыночные связи [Уци 2007].

Концепция социальной укоренённости привлекает учёных и исследователей своей гибкостью, простотой и в то же время теоретической обоснованностью. Хотя, безусловно, у этой теории есть и противники, которые критикуют её за эфемерность и отсутствие работающих моделей [Swedberg 1997]. На наш взгляд, основным достоинством данной концепции является её способность лаконично сосуществовать как с институциональным подходом, так и с культурным, и оба она наделяет возможностью переходить с уровня абстрактных конструктов на уровень конкретных отношений.

Тема структурной укоренённости довольно часто встречается в литературе по экономической социологии, но, на наш взгляд, при этом подходе остаётся нетронутым довольно обширный теоретический пласт. Например, важно выявить механизмы образования подобной связи, рассмотреть экономические, социальные и культурные ресурсы, которые наполняют её, а также изучить возможность и причины разрыва структурно укоренённой связи.

Разрыв личных и межорганизационных связей

Существенное значение в современной экономической социологии имеет понятие «разрыв связи» [Hocutt 1998], тем не менее пока нет достаточно структурированного теоретического подхода к данной проблематике. На наш взгляд, разрыв связей можно рассмотреть на межличностном и на межорганизационном уровнях, подобно делению сетевых связей при анализе укоренённости.

Связь представляет собой все действия на рынке, направленные на активное установление, развитие и поддержку эффективных схем взаимного обмена [Hocutt 1998]. Прочность установившихся отношений и намерения зависят от приверженности актора к конкретной связи, и чем выше такая лояльность, тем ниже желание отдельных акторов разорвать связь по собственной воле. В данном случае понятие «приверженность» никоим образом не смещает фокус нашего исследования в область маркетинга, поэтому мы посчитали возможным его использовать. В то же время есть ещё понятие «сила связей», которое качественным образом характеризует прочность отношений между участниками транзакции. «Приверженность» и «сила связи» в нашем случае — это синонимичные понятия, однако приверженность присуща актору, а сила связи — свойство самой связи.

Под силой связи мы будем понимать совокупность таких факторов, как: продолжительность связи, эмоциональная интенсивность взаимоотношений, взаимное доверие (или близость); оказание реципрокных услуг [Granovetter 1973]. Приверженность актора к сети проявляется через степень удовлетворённости, качественные особенности альтернатив, объём вложений и продолжительность связи [Kelley, Davis 1994].

Связь длится не вечно, причём её завершение не менее важно, чем начало. Оценить истинную силу связи можно только после её окончательного разрыва [Hocutt 1998]. Разрыв связи происходит в случае, когда один или несколько из рассмотренных выше параметров силы связи и приверженности достигают критического значения.

Классическое определение разрыва связи гласит, что он представляет собой бесповоротное прекращение ранее существовавшего взаимодействия [Hocutt 1998]. Разрыв связи следует рассматривать не просто как событие, а как продолженный процесс, имеющий свои поведенческие, когнитивные и социальные аспекты. Четырёхстадийная модель разрыва связи предполагает следующее: разрыв начинается с того, что (1) одна сторона решает порвать с другой стороной, (2) просчитывает все «за» и «против», и, если аргументы «за» в пользу разрыва перевешивают, (3) стороны озвучивают своё намерение и, наконец, (4) проходят социальную и психологическую «реабилитацию» после осуществления разрыва. Данная концепция подходит для определения разрыва межличностных связей.

Безусловно, разрыв связи может наступать резко (например, со смертью участника) или ему может предшествовать некий критический период, который мы называем «угроза разрыва». Под угрозой разрыва (это понятие используется в названии работы) мы понимаем риски рынка, причём рассматриваем их в контексте разрыва межорганизационных связей. Риски рынка, с одной стороны, являются результатом действия рыночного механизма, с другой — связаны с силами конкуренции,

властных отношений и институционального принуждения [Бейкер, Фишер, Фолкнер 2006]. В первом случае угроза разрыва является результатом некоторых непредсказуемых факторов развития рынка, и эта причина не столь интересна для нашего анализа. А вот факторы конкуренции, властных отношений и институционального принуждения заслуживают особого внимания, и на них мы остановимся подробнее.

Конкуренцию как фактор разрыва связей можно рассматривать на уровне отдельных продавцов и на уровне рыночной структуры в целом [Бейкер, Фишер, Фолкнер 2006]. На уровне продавцов происходит соперничество за лояльность покупателя. Например, фармпредставители конкурирующих на рынке фармацевтики компаний осуществляют соперничество за приверженность⁷ врачей и провизоров к их лекарственным препаратам.

На уровне рыночной структуры конкуренцию необходимо рассматривать через анализ отрасли в целом. Например, на том же рынке фармацевтики конкуренция осуществляется не на этапе производства, а при реализации лекарственных препаратов. Между собой активно конкурируют дистрибьюторы, которые распространяют сходную продукцию. Некоторая однородность продукции достигается за счёт распространённости на этом рынке дженериков, или заменителей оригинальных препаратов. Из-за однородности и социальной значимости распространяемых товаров рынок фармацевтики подвержен серьёзному регулированию со стороны государства: конкуренция ограничивается государственными барьерами, такими как лицензирование и патентование лекарственных препаратов.

Флигстин рассматривает конкуренцию как дестабилизирующую силу на рынке, которая повышает вероятность разрыва связи [Fligstein 1996]. Социальную структуру рынков и внутреннюю организацию фирм следует расценивать как попытки фирм снизить и (или) загладить последствия конкуренции.

Поскольку участники рыночных взаимоотношений зачастую находятся в ситуации ресурсного⁸ и информационного неравенства, то можно говорить о диспропорции властных отношений [Бейкер, Фишер, Фолкнер 2006]. Соответственно, в условиях подобной асимметрии одна сторона имеет право диктовать условия другой и устанавливать правила обмена. Таким образом, неопределённость компенсируется действиями влиятельных участников рыночных отношений, которые определяют и направляют деятельность зависимых акторов.

Для нашей работы наибольший интерес представляет институциональное принуждение, которое можно понимать как влияние норм и социальной укоренённости [Бейкер, Фишер, Фолкнер 2006]. Влияние норм носит некоторый безличный трансляционный характер, а влияние социальной укоренённости осуществляется как личная трансляция. При изменении исходных правил и норм обмена институциональный изоморфизм влияет на фактическую продолжительность отношений [Бейкер, Фишер, Фолкнер 2006]. Под институциональным изоморфизмом в данном случае мы понимаем заимствование одними организациями действий и черт других фирм из одной организационной популяции, которые успешно приспособились к внешним условиям среды [DiMaggio, Powell 1983]. Институциональное принуждение складывается под воздействием двух факторов — индивидуальной и структурной привязанности. Например, личные связи (дружба) между двумя представителями фирм снижают вероятность разрыва связей; структурные привязанности между

⁷ В данном случае приверженность предполагает выписку и (или) рекомендацию конкретного препарата пациентам (больным).

⁸ Под понятием «ресурсный» мы понимаем услугу, деятельность или товар, которые обладают определёнными преимуществами, ценностью.

заказчиком и исполнителем, которые основаны на продолжительном успешном сотрудничестве, также снижают вероятность разрыва.

Важно понимать, что разрыв отношений может носить принудительный, насильственный характер. В данном случае имеет смысл говорить о принудительном изоморфизме или организационных изменениях, которые, например, могут являться результатом формального или неформального давления со стороны государства [DiMaggio, Powell 1983]. Если государство выпустило новый законопроект, то организации, которые он затрагивает, будут подстраиваться под него, например, путём его соблюдения. На наш взгляд, даже в условиях неформального со стороны государства запрета визитов медпредставителей фармкомпаний уже начинают подстраиваться под трансформирующиеся условия, чтобы в дальнейшем лучше адаптироваться к формальным предписаниям относительно данного звена. Например, на заседании Российской ассоциации фармацевтического маркетинга представителями фармкомпаний активно обсуждался опыт польских медпредставителей, которые так же неожиданно столкнулись с подобными нормативными барьерами относительно визитов к врачам.

Методология исследования

Данная статья основана на результатах качественного исследования, проведенного в Москве в феврале–апреле 2010 г. Сбор информации осуществлялся методом полуструктурированного глубинного интервью по заранее заданному сценарию (гайду). Эмпирическую базу исследования составляют 10 глубинных интервью с медпредставителями⁹ и 10 — с поликлиническими терапевтами. Согласно критерию максимизации [Ковалёв, Штейнберг 1999] формирование выборки прекратилось в тот момент, когда мы уже не ожидали получить дополнительную информацию от включаемых в неё случаев.

Глубинное интервью помогло нам понять причины, последствия и механизмы влияния социальной структуры на экономические результаты [Уци 2007]. Качественные методы сбора данных позволили нам, с одной стороны, выявить мотивы поведения врачей при выписке рецептурных и рекомендации безрецептурных препаратов и, с другой — помогли определить содержание связей между фармпредставителями и врачами, в которые, например, могут входить потоки информации, эмоций, ресурсов [Пауэлл, Смит-Дор 2003], чью социальную и экономическую природу мы и планировали изучить. Также метод глубинного интервью помог нам уловить особенности врачебного и фармацевтического профессионального языка, что очень важно для дальнейших количественных исследований в данной области.

Анализ результатов соответствовал логике поступательной аппроксимации¹⁰, которая предполагает повторяющиеся итерации и возвраты через собранный эмпирический материал. На каждом этапе дорабатываются сформулированные концепции, происходит процесс оформления взаимодействия теории и полученных данных. Кроме того, полученные данные подвергались индуктивному

⁹ Данную совокупность мы стратифицировали по тому, где работает медпредставитель — в отечественной или иностранной компании. Мы опросили пять медпредставителей из отечественных компаний и пять из иностранных. Глубинное интервью провели с представителями таких компаний, как Novartis, GlaxoSmithKlein, «Биотики», «Фармстандарт». От информантов требовалось соответствие следующим формальным критериям: фармпредставители и терапевты должны были работать в Москве; фармпредставители должны были иметь свою клиентскую базу; наличие у мед- или фармпредставителей высшего медицинского или фармацевтического образования; в выборку не вошли ординаторы и интерны; подтвержденность факта сотрудничества представителей фармацевтических компаний с терапевтами и терапевтов с медпредставителями.

¹⁰ В работе использованы три вида кодирования, предложенные А. Строссом: открытое, осевое и выборочное [Strauss 1987].

анализу, под которым подразумеваются «естественные вариации в данных» [Ковалёв, Штейнберг 1999: 247]. Индуктивный анализ в нашем случае представлен двумя типологиями данных — «естественной» и «аналитической» [Ковалёв, Штейнберг 1999: 247]. Первая типология предполагает организацию категорий самими респондентами, а вторая, аналитическая, формируется самим исследователем.

От теории к практике

Представители фармацевтических компаний: эффективность и побочные действия

Как было отмечено выше, визиты фармпредставителей являются для врачей постоянным источником информации о лекарственных средствах (после справочников по лекарственным препаратам). Постараемся разобраться, чем руководствуется врач при выписке рецептов и какое место в данном процессе занимает медпредставитель, обладает ли он эффективностью или после его визитов остаются только побочные действия?

К выписке рецептов терапевты подходят по-разному — это может быть совершенно рутинное занятие или действительно сложный процесс взвешивания всех «за» и «против». Решающими факторами при назначении препарата оказываются личный опыт врача, мнения коллег, материальная обеспеченность пациента¹¹, научные статьи, известность фирмы и т. д. Медпредставитель в этом списке стоит не на первом месте, что бывает связано с рядом субъективных и объективных факторов — некомпетентностью медпредставителя; его неспособностью достойно ответить на профессиональные вопросы врача (это способно вызывать у врача сомнения относительно нового препарата); со сложившейся у врача схемой выписки препаратов, которой он следует много лет и не желает менять; с неизвестностью фирмы, которую представляет медпредставитель; с осведомлённостью врача о недоказанной эффективности препарата; с высокой ценой препарата, который «рекламирует» медпредставитель, и т. д.

Информацию, предоставляемую медпредставителем, врач подвергает анализу: «Если они (говорят. — А. М.) что-то новое, я послушаю, приму к сведению и потом буду просто где-то отслеживать по литературе. Но в любом случае врачи — они консерваторы, они стараются брать какие-то старые и уже проверенные, чем какое-то новое» (Интервью 1.2; поликлинический терапевт, 26 лет). Врачу важно увидеть результаты клинических исследований, почитать научные статьи, посоветоваться с коллегами. В свою очередь медпредставитель старается выявить те факторы, которые влияют на выписку врачом того или иного препарата. Если для врача важна объективная информация, медпредставитель старается снабжать его всеми необходимыми научными материалами, приглашает на научные конференции; если врач хочет «попробовать» применение препарата, приносит образцы продукции. Медпредставители проводят некую «сегментацию» врачей с целью выделения лидеров мнений; на них-то компании и тратят существенную часть времени и денег. Здесь работает привычная рыночная схема: 20% лояльных клиентов обеспечивают 80% продаж. В крупных компаниях есть отдельные базы VIP-клиентов. Медпредставители, сотрудничающие с такими клиентами, могут меняться (мы уже отмечали очень высокую текучку кадров в фармкомпаниях), но связь с таким клиентом компания всё равно сохранит, и вновь пришедший медпредставитель постарается удовлетворить все его потребности. Самое интересное, что лидеры мнений могут и не выписывать препараты компании, но их авторитет в профессиональных кругах способствует

¹¹ «...Но это, конечно, платёжеспособность; если я вижу, например, бабушка, которая и так копейки считает, то я не буду ей дорогое прописывать, если это нужно, то можно посоветовать хороший препарат, но просто вот объяснить, что вот он не дешёвый, просто на самом деле, есть какие-то бренды, компании, которые если производят препарат — то это знак качества» (Интервью 1.2; поликлинический терапевт, 26 лет).

выписке лекарств другими врачами: *«И этого клиента я буду не в продажах развивать; я его буду развивать, например, в научной деятельности, то есть мы с ним, например, напишем какую-нибудь статью, он получит упаковки, он проведёт исследование среди своих пациентов, он где-то выступит, он поедет на какую-нибудь научную конференцию — я его буду развивать в этом направлении. Он для меня вот этим важен. Он сам ничего не пишет, но он влияет на мнение тех, кто будет писать»* (Интервью 2.7; медицинский представитель иностранной компании, 30 лет). Поэтому для медпредставителя через, казалось бы, беспредметные разговоры с врачами важно выделить подобного человека в конкретном лечебно-профилактическом учреждении.

Если врач не является лидером мнений, медпредставитель всё равно старается выявлять его потребности. Он может снабжать его необходимыми для деятельности материалами, существенно помогая таким образом ему в работе: *«Снабжают спирометрами¹² и, так сказать, насадками к этому спирометру, так как у меня нет возможности приобрести. Это тоже позволяет мне какие-то экспресс-тесты проводить, которые тоже облегчают мою работу. То есть это не только информация, но еще и плюс помощь в работе с больными. Очень большая. То есть именно в этом году мне очень это помогает»* (Интервью 1.5; поликлинический терапевт, 42 года). В случае возникновения каких-либо проблем с препаратом врач всегда может позвонить медпредставителю и проконсультироваться. Сотрудничая друг с другом, врач и медпредставитель совместно решают проблемы, в которых главное внимание уделяется пациенту. *«Бывает такое, что у какой-то компании мы там просим чего-то или там заключить договор... чтобы препарат там у нас появился. И тогда они идут навстречу, потому что отделение просит, например»* (Интервью 1.2; поликлинический терапевт, 26 лет).

В случае, когда врач руководствуется только научными материалами при выписке препаратов, медпредставители приносят именно эти материалы: *«Если, например, врач заинтересовался исследованиями, мы поговорим в следующий раз об исследованиях»* (Интервью 2.3; медицинский представитель отечественной компании, 29 лет).

Таким образом, влияние медпредставителя проявляется опосредованно, поэтому врач может и не отмечать его как значимый фактор, но на самом деле бывает подвержен ему, даже не зная об этом.

Важно отметить тот факт, что врачу обычно неприятно говорить о том, что на выписку препарата повлиял медпредставитель; врачебный профессиональный коллектив довольно чётко отграничивает себя от медпредставителей, хотя и те, и другие могут иметь одинаковое образование: *«На мой взгляд, в целом фармпредставители — это, к сожалению, несостоявшиеся специалисты, причём некоторые из них совсем не плохие как специалисты, но это люди по тем или иным причинам, чаще всего финансовым, ушедшие из большой медицины, и это, конечно, даёт некое отношение для меня и других врачей к ним всё-таки как к ущербным людям»* (Интервью 1.2; поликлинический терапевт, 26 лет).

Особенно показательна данная тенденция в тех случаях, когда выразителями её оказываются врачи, которые по совместительству работают медпредставителями. Происходит некоторое раздвоение их профессиональной личности, объединяющей в одном лице актора, чья деятельность направлена на увеличение объёма продаж лекарственного препарата, и врача, помогающего людям преодолеть болезнь. Например, в ходе интервью таким людям было довольно сложно переключиться с одного своего состояния на другое. В одном случае они говорили «мы», подразумевая медицинских представителей, и ругали некоторых врачей за профессиональную некомпетентность, в другом —

¹² Аппараты для измерения объёма лёгких; стоимость — 1000 долл. США.

выступали на стороне врачей и говорили об унизительности профессии медпредставителя: *«Но я, наверное, не очень такой медицинский представитель, я никогда не говорю так, как говорят медицинские представители, просто считаю, что это бред. Медицинские представители, придя к врачу, начинают спрашивать, вот, допустим, представьте практического терапевта... Вот, схема визита примерно у всех банальная, примитивная и даже несколько пугает»* (Интервью 2.1; медицинский представитель отечественной компании, 24 года). Такие люди старались всячески оправдать себя, пряча за ширмой гуманности, которая присуща самой специальности врача, основную цель своей работы как медпредставителя — продвижение товара. *«Представитель должен сотрудничать с врачом. Это не просто толкач, который должен продать своё лекарство, хоть кто-то к этому так и относится, но вообще, по-хорошему, мы же должны делать добро, живём в мире, вот, и гуманные люди, мы должны друг другу помогать»* (Интервью 2.1; медицинский представитель отечественной компании, 24 года).

Врачи неохотно признаются, что медпредставитель им помог в той или иной ситуации, когда-то выручил. А в таком вопросе, как выписка препаратов, они стараются максимально отграничиться от возможности влияния медпредставителя, стараясь показать свою профессиональную независимость: *«Ну, в первую очередь я руководствуюсь всё-таки рекомендациями клиническими, то есть для конкретного больного выбираю какой-то набор препаратов; и я смотрю, чтобы этот препарат был проверенный, ну, известно было из независимых источников, что это препарат эффективный»* (Интервью 1.2; поликлинический терапевт, 26 лет).

Таким образом, врач не оценивает медпредставителя как важный фактор, влияющий на назначение препарата, опираясь на внутреннее ощущение своей профессиональной независимости [Freidson 1988]. Кстати, влияние своих коллег они признают и даже считают значимым фактором, то есть можно отметить наличие сильно выраженного профессионального медицинского самосознания.

При сравнении с другими источниками информации о лекарственных средствах деятельность медпредставителя обладает существенным преимуществом — он умеет подстраиваться под нужды клиента, то есть врача. Но данное преимущество содержит в себе угрозу, поскольку нужды врача не всегда направлены на благие цели, врач может исходить и из сугубо рациональных, эгоистических соображений, что, безусловно, не упустит медпредставитель. Если выразиться более точно, то такого эскулапа непременно найдет «свой» медпредставитель, который будет материально стимулировать врача на выписку тех препаратов, которые продвигает. Подобная схема может работать через систему «проштампованных» бланков¹³, через подарочные банковские карточки. Отношения рассматриваемых нами акторов будут основываться на следующей цепочке: выписываешь препарат — увеличиваешь объём продаж — получаешь деньги: *«Ну, выписал ты там это лекарство, за три, за четыре месяца — получишь бабки»* (Интервью 2.5; медицинский представитель иностранной компании, 26 лет). Контроль со стороны медпредставителя за выпиской препаратов в таком случае более жёсткий, а в случае несоблюдения врачом условий происходит расторжение неформальных соглашений. Медпредставитель контролирует объём продаж «своих» препаратов не только через близлежащие аптеки, но и просит врача предоставить карты пациентов, чтобы отследить, кому эти препараты были выписаны. Таким образом, медпредставители нарушают привычный для врача принцип выписки лекарства, что в конечном счёте влияет на всю тактику консервативной терапии и нарушает интересы пациента.

Сами врачи основными преимуществами визитов медпредставителей считают следующие возможности: получение бесплатной информации о лекарственных препаратах (в этом случае можно не менять свой привычный распорядок рабочей недели и получать информацию «пассивно»); мате-

¹³ Выписка рецептов на определённых бланках фармкомпаний.

риальная помощь; подарки; сведения о новинках; образцы продукции для апробации лекарства на пациентах. Основным недостатком визитов медпредставителей является то, что они часто отвлекают от работы.

Характеристики структурно укоренённых связей между фармпредставителями и врачами

В ходе анализа результатов мы постарались выделить основные категории, с помощью которых можно показать существование структурно укоренённых связей между медпредставителями и врачами. Перед тем как перейти к изложению результатов, поясним довольно важную вещь: укоренённость — это не статичное понятие, оно не возникает внезапно, а постепенно трансформируется из случайных связей благодаря действию установившихся ранее личных отношений, на основе либо рекомендаций третьей стороны, либо принадлежности к одним социальным кругам, либо положительной обобщенной репутации. Этот этап трансформации может длиться весьма продолжительное время, и в ходе него когда-то случайные связи постепенно обрастают доверием, достоверной информацией и механизмами совместного решения проблем [Уци 2007]; от автономных действий участники переходят к согласованным, которые в дальнейшем могут преобразоваться в сетевые связи. Было бы неверно заранее (до проведения исследования) постулировать существование структурно укоренённых связей, это привело бы нас к искусственному моделированию реальности. Поэтому атомизированные действия мы не исключали из фокуса своего исследования, так как именно они являются тем зерном, из которого в дальнейшем может вырасти укоренённость.

Причиной существования атомизированных действий может служить нежелание врача или отсутствие у него возможности контактировать с медпредставителями, отсутствие доступа к врачу (например, нормы конкретного ЛПУ), неубедительность или непрофессионализм самого медпредставителя: *«И я спрашиваю: “А на что он действует-то?” Она говорит: “На рецепторы”. Я говорю: “На какие?” Она: “На опиоидные”. Говорю, ну понятно, что опиоидные, анальгетики — на опиоидные рецепторы, он же не один; на следующий вопрос она мне говорит: “А я не знаю, на какие”. Ну, о чём говорить-то вообще? Это непрофессионально. Больше я её не видел»* (Интервью 2.1; медицинский представитель + врач отечественной компании, 24 года).

Согласованные действия характеризуются нечастыми (1–2 раза в месяц) визитами медпредставителей к врачам, но, как правило, их беседы длятся очень короткое время (2–3 минуты). Медпредставители оставляют какую-то информационную продукцию, врачи стараются сократить беседы до минимума. Обычно врачи совсем не запоминают таких медпредставителей, не знают их по имени, не приходят на конференции, на которые их приглашают, не принимают подарков, то есть у врачей совершенно нет потребности в подобных встречах, они не видят в деятельности медпредставителей никакого смысла. Это может быть связано с активной научно-педагогической деятельностью врача, частыми, независимыми от конкретной фармкомпания, командировками. Врач сам владеет информацией о лекарственных препаратах, активно пользуется не только отечественными научными изданиями, но и зарубежными. Такие врачи характеризуют работу медпредставителей как *«работу роботов»* (поликлинический терапевт Е. В., 48 лет). В то же время, в отличие от атомизированных контактов, определённая периодичность встреч наблюдается, врачи не выгоняют медпредставителей, пускают их к себе, но дальнейшее взаимодействие сводят к минимуму, задают вопросы только по существу, не беседуют на личные темы. У медпредставителей к подобным врачам также нет особого интереса, поскольку они понимают, что подобные взаимоотношения не смогут перерасти в какое-либо сотрудничество: *«Вы знаете, честно говоря, мне всё равно: что они приходят, что они не приходят. Это честно я Вам говорю. И ничего негативного, и ничего,*

как говорится, положительного я не могу в этот адрес сказать. Если они не будут приходить, мне кажется, я ничего не потеряю» (Интервью 1.3; поликлинический терапевт, 46 лет).

Структурно укоренённые связи на этом рынке могут быть представлены личными и институциональными связями (неформальными договоренностями или формальными соглашениями), они характеризуются высокой интенсивностью встреч: медпредставитель совершает визит к врачу примерно раз в неделю, подобное сотрудничество может продолжаться в течение года или нескольких лет и в нём присутствует информационная и материальная зависимость.

Личные связи на этом рынке могут базироваться на установившихся ранее личных отношениях и на принадлежности к одним профессиональным группам. Как уже неоднократно отмечалось, у медпредставителей обычно есть высшее медицинское образование, зачастую они имеют опыт работы по специальности и иногда совмещают деятельность медпредставителем с основной работой. Личные связи с врачом, таким образом, могут возникать на почве общей профессиональной или образовательной деятельности. Фундаментом для таких связей нередко является также долгое сотрудничество: *«Она, как 15 лет назад, работала эндокринологом, я к ней ходил с одним препаратом. Я компанию поменял, а доктор же осталась та же самая — эндокринолог она в поликлинике. Я к ней уже из другой компании с другим препаратом хожу»* (Интервью 2.9; медицинский представитель иностранной компании, 37 лет). Профессиональный медпредставитель практически всегда имеет собственную клиентскую базу, то есть список врачей, к которым он регулярно приезжает. С кем-то из них у него отношения крепче, с кем-то — слабее, но, самое главное, что его знают, принимают и выписывают те препараты, которые он продвигает. Для крупных фармкомпаний наличие такой клиентской базы является важным условием при приеме на работу на должность медпредставителя.

Ранее уже шла речь о лидерах мнений; вернёмся к этой теме. Компании заинтересованы, чтобы контакты с подобными лидерами не переходили к конкурентам вместе с медпредставителем: *«У нас есть отдел, который этим занимается. У нас разработаны данные — например, те клиенты, которые для нас особенно важные, мы к ним ходим два раза в месяц, и если клиент как бы не настолько потенциальный для нас, но нам не хотелось бы его терять, то это один раз в месяц»* (Интервью 2.7; медицинский представитель иностранной компании, 30 лет). В этом случае можно говорить о связи врача уже не с конкретным медпредставителем, а с организацией (фармкомпанией); такие организационные связи не разрушаются со сменой представителя, фармкомпания крепко держатся за подобных врачей, удовлетворяя все их профессиональные потребности. Подобные отношения могут основываться как на неформальных соглашениях, так и на формальных договоренностях: *«На дженериках работала, там нет зарплаты, там идет доплата врача в клинических исследованиях. То есть не то, что мы чёрную зарплату даём, нет, он ведёт клиентскую базу на добровольной основе. Если она набирает 10 пациентов на определённом препарате. Если в течение месяца, например, одному мы плацебо даём, другому — этот препарат, то от месяца до трёх, если врач больше записывал пациентов, то идёт надбавка, которая начисляется через банк. Вот такое мы делали»* (Интервью 2.6; медицинский представитель иностранной компании, 31 год).

Личные и институциональные связи базируются на доверии, механизмах совместного решения проблем, передаче достоверной информации. Доверие выявляется прежде всего через отсутствие механизмов контроля. Медпредставитель может контролировать выписку препаратов через рост

объёмов продаж¹⁴ или спрашивать об этом у врача. Но стабильные, укоренённые отношения всё-таки базируются на межличностном доверии: *«Ну, по большому счёту, конечно же, во-первых, это всё — индивидуальное доверие, потому что я как бы лицо компании; насколько хорошо он будет относиться ко мне, настолько хорошо он будет относиться к моим препаратам — это в первую очередь»* (Интервью 2.7; медицинский представитель иностранной компании, 30 лет). В свою очередь врач может контролировать медпредставителя через проверку достоверности информации, которую он предлагает: *«Я в общем-то не доверяю, потому что, ну, можно сказать, что угодно, но по правилам лучше всегда проверять, по литературе смотреть, уровень доказательности, что есть, вот, такие-то, такие-то препараты, которые доказали свою эффективность; просто я настроен всё брать на заметку»* (Интервью 1.2; поликлинический терапевт, 26 лет). Как правило, в межличностных связях отсутствуют жёсткие механизмы контроля, акторы стараются друг другу доверять: *«Потому что просто у нас политика другая: доверяем врачам, и пытаемся так, чтобы они доверяли нам»* (Интервью 2.5; медицинский представитель иностранной компании, 26 лет). В противовес укоренённым отношениям, построенным на рыночных принципах, характеризуются жестким контролем, о чём уже упоминалось ранее.

Механизмы совместного решения проблемы проявляются в готовности медпредставителя помочь врачу по любым рабочим вопросам: он может достать необходимое для лечения больного оборудование, провести лекцию и семинары в ЛПУ или медицинском учебном заведении, в котором преподаёт врач: *«Они читали лекции для моих студентов по препарату, как с ним работать, говорили о дозах, говорили вообще о препаратах... группы. Например, опять же вот резистентности возбудителей. Были очень интересные факты, о которых мы не знали. Это нам, конечно, тоже помогает в работе»* (Интервью 1.5; поликлинический терапевт, 42 года). Медпредставитель порой предоставляет помощь не только в работе, но может устроить родственника или знакомого: *«Ну, или дочку устроить на работу, книги достать, такие больше дружеские отношения»* (Интервью 2.6; медицинский представитель иностранной компании, 31 год). Помощь проявляется совершенно по-разному, механизмы её предоставления не предполагают эквивалентности, врач, в свою очередь, может в дальнейшем ответить медпредставителю аналогичным образом, то есть существуют некие реципрокные отношения между медпредставителем и врачом.

Достоверность информации очень важна во взаимоотношениях между медпредставителем и врачом. Продвигая свой материал, медпредставитель оставляет врачу различные информационные источники, причём если при атомизированных и согласованных действиях эти сведения проверяются врачом, то при структурно укоренённых отношениях никакой проверки не следует, поскольку врач абсолютно уверен в объективности и достоверности предоставленных ему данных: *«Мне, как правило, приносят статьи, которые подтверждают безопасность препарата. Например, возможность использования для беременных. Стоимость препарата. Потом, где его можно приобрести. То есть список аптек, где можно приобрести. То есть точно, что это не контрафактный препарат. И цена у него доступная»* (Интервью 1.5; поликлинический терапевт, 42 года).

Медпредставители являются для многих терапевтов не только важными и удобными источниками информации о лекарственных препаратах, но и профессиональными советчиками и помощниками. Они помогают продумывать эффективную и безопасную терапию для больного, обеспечивают образцами новых препаратов, служат неким транслятором потребностей врачей и пациентов для фармкомпаний.

¹⁴ *«Вот у меня есть, например, я проработала три месяца — шесть месяцев; каждый квартал я могу отслеживать, насколько у меня увеличилась моя доля в этих аптеках, например, насколько у меня увеличились продажи»* (Интервью 2.7; медицинский представитель иностранной компании, 30 лет).

Схемы взаимодействия врачей и медпредставителей: угроза разрыва

Можно отметить существование устоявшихся схем взаимодействия между медпредставителями и врачами, которые сотрудничают регулярно и постоянно. Как правило, такие схемы включают несколько обязательных элементов:

- медпредставитель приходит в то учреждение, где работает врач. Медпредставитель может ждать приёма в режиме живой очереди, может предварительно созвониться с врачом и назначить время приёма: *«Меня оповещают, что хотели бы меня увидеть. Мы, как правило, договариваемся на какой-то определенный день. На время, соответствующее»* (Интервью 1.5; поликлинический терапевт, 42 года). Иногда медпредставителю необходимо согласовать свой визит с администрацией лечебно-профилактического учреждения;
- медпредставитель оставляет врачу какую-либо информационную продукцию, небольшие подарки;
- медпредставитель регулярно узнает у врача о количестве выписанных препаратов (в том случае, если распространяют рецептурные препараты);
- у врача всегда имеются контактные данные того или иного медпредставителя (номер мобильного телефона, email), чтобы он мог воспользоваться ими в случае необходимости.

Существуют схемы взаимодействия только с набором этих элементов; условно назовем их *«взаимоотношения по стандартной схеме 1»*. Есть также схемы взаимодействия медпредставителя и врача, включающие дополнительные элементы, на основании которых мы постарались разработать аналитическую типологизацию схем, приведённую ниже.

Материальная стимуляция. Помимо обязательных элементов данная схема предполагает наличие материального поощрения врача: «выплаты в конверте» за выписку препаратов, подарочные банковские карточки, выплаты за выписку рецептов на определённых бланках фармкомпаний. Фармкомпания и врачи не заключают каких-либо формальных соглашений, разумеется. Всё это базируется на неформальных договорённостях и отношениях. Схема материальной стимуляции была распространена в 1990-е годы. С развитием маркетинга и метода личных продаж в России эта схема стала постепенно уступать место более гибким и, так сказать, благородным схемам. Но это не значит, что на рынке её больше не существует, данную схему практикуют небольшие иностранные дженериковые компании.

«Друзья», схема неформальных отношений. В данной схеме ярко выражена неформальная составляющая. Медпредставитель не просто сотрудничает с врачом, но старается с ним «дружить». В данном случае важна, например, осведомлённость медпредставителей относительно дней рождения клиентов. Подобные отношения существуют вне зависимости от профессиональных обязательств, они могут сохраняться между актёрами долгие годы даже после прекращения сотрудничества фармкомпания с врачом: *«Сейчас нет, так как я работаю месяц. А раньше — да, до сих пор созваниваемся... Нет, поздравляем с праздниками, помогаю другим представителям с ними общаться... Конечно, и они мне свои. Самый главный плюс — выяснение дня рождения у главного клиента»* (Интервью 2.6; медицинский представитель иностранной компании, 31 год).

«Компаньоны». В данной схеме активно выделяется элемент совместного сотрудничества медпредставителей и врачей, где медпредставитель на равных с врачом старается помогать пациентам, тем самым существенно помогая работе врача. Данная схема работает при условии компетент-

ности и профессионализма медпредставителя; в этом случае он действует не как «робот», заучивший тексты про лекарственные препараты, а способен поддержать равноправный диалог с врачом: *«Мало того, что говорят обо всех новинках. Я вот... работаю с льготными больными, — мне вот сейчас принесли и астма-тесты, я вот работаю с ними... и больными ХОБЛ (хронический обструктивный бронхит. — А. М.), которые вот тоже облегчают и постановку диагноза, там сбор информации»* (Интервью 2.6; медицинский представитель иностранной компании, 31 год).

«Врачи — лидеры мнений». Данная схема содержит элемент некоторой иерархии. Медпредставитель выступает в качестве «исполнителя желаний» врача в области профессиональных интересов. Он может обеспечить врачу поездку на зарубежную конференцию, подарить ему дорогую научную книгу: *«Как правило, это узкие специалисты, у которых наибольший опыт по первой линии моих пациентов, именно с моей нозологии — я их должна окучивать по полной программе. То есть это вот уже звонки иной раз, когда надо, и я могу их отвезти-привезти куда-то, подойти в неурочное время к ним — это уже не возбраняется, настолько должны быть налажены отношения. Просто не оговаривается, что узкие, мы должны вести вот так вот всех»* (Интервью 2.6; медицинский представитель иностранной компании, 31 год). Выявляя потребности врача, который является важным клиентом для компании, медпредставитель старается всячески удовлетворить их.

Безусловно, типология возможных схем взаимодействия медпредставителей и врачей, основанная на собранной нами информации, не ограничивается приведённым перечнем.

На момент проведения исследования новый закон «Об обращении лекарственных средств» и «Дополнения к законопроекту» относительно ограничения работы медпредставителей были в разработке, в настоящее время закон принят, а вот «Дополнения к законопроекту» пока нет. Опрошенные нами терапевты и медпредставители высказывались именно относительно запрета деятельности медпредставителей и практически ничего не знали о новом законодательном акте. Если взаимодействие между медпредставителями и врачами носит атомизированный характер, то врачи выражали своё безразличие относительно этого законопроекта¹⁵ и довольно легко воспринимали информацию о возможном запрете деятельности медпредставителей: *«Вы знаете что, никто из врачей к ним не побежит... Искать связи с ними нам некогда просто. Нам некогда этим заниматься, ну и как раньше мы... раньше вот ездили раз в пять лет учиться или... у нас какие-то выездные циклы читали при... это самое... преподаватели приезжали... обычно Институт усовершенствования врачей какой-то, вот... и вот, только они нам читали, а так мы ничего не знали»* (Интервью 1.4; поликлинический терапевт, 50 лет). В то же время, если взаимодействие носит укоренённый характер, то медпредставители и врачи уже заранее продумывают возможные альтернативные схемы взаимоподдержки, причём большую активность в данном вопросе, безусловно, проявляют именно медпредставители. Однако можно отметить тот факт, что серьёзно никого не беспокоил разрыв взаимоотношений, так как и врачи, и медпредставители были уверены в том, что их сотрудничество не прекратится с принятием нового закона: *«То есть я уверен, что эта проблема будет решена технически, ничего не изменится, и никто в этом не заинтересован. Фармпредставители нужны врачам, а врачи — фармпредставителям, едва ли государство сможет помешать»* (Интервью 1.6; поликлинический терапевт, 26 лет). Иначе говоря, угроза насильственного разрыва структурно укоренённых связей не влияет на социальные ожидания фармпредставителей и врачей относительно продолжительности таких связей. В данном случае угроза вызвана принудительным изоморфизмом, принудительным разрывом отношений со стороны государства, причём акторами информация воспринимается не как «ограничение» визитов, а как «запрет».

¹⁵ *«Ну... Запретят ли это?.. Я ничего не думаю, потому что это решают люди, которые это решают, а насколько можно их запрещать, я не знаю»* (Интервью 1.1; поликлинический терапевт, 48 лет).

Поправки к закону затрагивают такой обязательный элемент взаимодействия, как встреча медпредставителя с врачом в рабочее время. Опрошенные терапевты и медпредставители активно предлагали альтернативные схемы визитов, которые уже работают в реальных условиях. Дело в том, что серьёзным барьером на пути медпредставителя является администрация лечебно-профилактических учреждений, в некоторых больницах и ЛПУ визиты медпредставителей запрещены, поэтому им приходится прибегать к различного рода хитростям и уловкам или «задабривать» главврачей и заведующих отделениями.

Среди возможных альтернативных схем взаимодействия нужно выделить следующие:

- медпредставитель будет заводить карточку и приходить к врачу как больной (пациент);
- медпредставитель будет ждать времени, когда уйдёт представитель врачебной администрации, препятствующий визиту: *«Вы можете прийти вечером, когда врача нет главного, и вам скажут, что главного врача нет, и вас никто не пустит, и вот тут надо спросить: “А я вот вообще хотел проконсультироваться, — вот так, и не говорить, что вы медпредставитель, — мне бы вот, знаете, встретить... Кто сейчас дежурный администратор?” Во время отсутствия главного врача всегда назначается ответственный врач, и вот в этот момент врач, ответственный врач, обладает полномочиями главного врача. Если разрешил он, то значит, разрешил считай что главный врач, вот, и вы можете спокойно ходить. Я несколько раз пользовался этой уловкой, не знаю, знают ли её все медпредставители, но... у меня получилось попасть несколько раз в места, которые были до этого закрыты, где мне сказали, что вот, нельзя»* (Интервью 2.1; медицинский представитель отечественной компании, 24 года);
- компании будут устраивать различные конференции и семинары для врачей, где также пойдёт речь об их препаратах;
- врачи и медпредставители смогут встречаться в нерабочее время: *«Ну, это очень просто. Как это выглядит за границей? Точно так же. Мы будем просто встречаться со своими клиентами в нерабочее время, либо мы будем просто записываться к ним на приём. Компания будет выделять деньги — просто платить за этот приём. Тогда цена нашего визита будет больше, так как от клиента мы будем требовать больше»* (Интервью 2.7; медицинский представитель иностранной компании, 30 лет);
- медпредставители могут использовать Интернет для передачи основной информации: *«Но все равно найдутся какие-то способы. Например, люди, которые пользуются Интернетом. Они будут рассылать им свои сообщения через почту. И тогда их руководители не будут нести им в руки конверт, а будут перечислять на банковскую карту»* (Интервью 1.6; поликлинический терапевт, 26 лет).

Таким образом, акторы продумывают альтернативные схемы взаимодействия. Это связано с тем, что ни одна из сторон не заинтересована в разрыве отношений. Укоренённые связи, существующие между медпредставителем и врачом, благодаря высокой развитости неформальных отношений могут повлиять на изменение привычной схемы взаимодействия в условиях угрозы разрыва.

При помощи поправок к закону относительно ограничения работы медпредставителей государство намеревалось разрушить так называемые схемы материальной стимуляции, которые предполагают

наличие факта материального поощрения врача фармкомпанией за выписку конкретных препаратов. Однако эти поправки затрагивают и обязательные элементы любой схемы сотрудничества медпредставителя и врача, запрещая приходить к врачу на работу, в рабочее время. Ранее данный аспект взаимоотношений контролировался самими врачами, которые в зависимости от потока пациентов сами определяли время беседы с медпредставителем, договаривались с ним о встрече заранее и т. д. С одной стороны, врачам не нравится, что медпредставители могут отвлекать их от работы; с другой — основным преимуществом деятельности медпредставителей, по сравнению с другими источниками информации о лекарственных препаратах, для врачей является то, что медпредставители приходят к врачам сами и приносят все необходимые научные материалы о препаратах; врач может в режиме реального времени задать все волнующие его вопросы, высказать свою профессиональную точку зрения, которая бывает крайне важна и для компании-производителя. Врачи и медпредставители сумели установить удобный друг для друга режим работы, нарушение которого способно повлечь затраты дополнительных временных ресурсов обеих сторон. Соответственно, в случае встречи с медпредставителем в нерабочее время врач может запросить у фармкомпания дополнительную оплату своей «сверхурочной работы»; в свою очередь, не исключено, что фармкомпания захотят гарантированной выписки препаратов врачами. Таким образом, произойдет возврат к привычной схеме материальной стимуляции.

За счёт внутренних ресурсов (доверие, передача достоверной информации и механизмы совместного решения проблемы) структурно укоренённые связи между представителями фармацевтических компаний и врачами сохранят своё существование. Структурно укоренённые связи за счёт своей гибкости и силы довольно легко могут адаптироваться к меняющимся нормативным условиям. Акторы в условиях изменения законодательства заранее продумывают формальные пути дальнейшего взаимодействия. В то же время новое законодательство станет препятствовать возникновению атомизированных и согласованных действий, образованию из них структурно укоренённых связей. Иначе говоря, при всей своей грозности. Поправки к закону «Об обращении лекарственных средств» относительно деятельности медпредставителей бьют мимо цели, так как направлены на регулирование не тех случаев, которые должны упорядочивать и предотвращать.

Весной 2010 г. закон «Об обращении лекарственных средств» вышел без этих поправок. Вопросом медпредставителей начало заниматься Министерство здравоохранения и социального развития. Возможно, регламенты относительно взаимоотношений медпредставителей, врачей и пациентов будут внесены в виде изменений в основы законодательства РФ об охране здоровья граждан [Федеральная антимонопольная служба].

В то же время новый закон «Об обращении лекарственных средств» уже принят, и российский рынок фармацевтики вступил на новую ступень развития. Каким же образом на самом деле будет происходить адаптация участников этого рыночного процесса к новым нормативным условиям? Это задача для количественного исследования.

Литература

- Багирова В. Л., Максимкина Е. А., Лобутева Л. А. 2004. *Управления и экономика фармации: Учебник.* Под ред. В. Л. Багировой. М.: Медицина.
- Бейкер У., Фишер Дж., Фолкнер Р. 2006. Риски рынка: продолжение и разрыв межорганизационных рыночных связей. Перевод З. В. Котельниковой. *Экономическая социология.* 7 (3): 27–52. <http://www.ecsoc.hse.ru>

- Гетьман М. А. 2003. *Большая фарма*. М.: Литтера.
- Захарова В. М. 1996. *Фармацевтическая промышленность стран с развитой рыночной экономикой*. М.: РЭА им. Г. В. Плеханова.
- Ковалев Е. ., Штейнберг И. Е. 1999. *Качественные методы в полевых социологических исследованиях*. М.: Логос.
- Лин А. А. 1997. *Фармацевтический рынок и его особенности*. СПб.: СПХФА.
- Пауэлл У., Смит-Дор Л. 2003. Сети и хозяйственная жизнь. Перевод М. С. Добряковой. *Экономическая социология*. 4 (3): 61–105. <http://www.ecsoc.hse.ru>
- Радаев В. В. 2005. *Экономическая социология*. М.: ИД ГУ ВШЭ.
- Радаев В. В. 2009. Атомизированные действия и социальные связи: основы конкуренции в российской розничной торговле. *Мир России*. 2: 58–59.
- Садчиков И. А., Балашов А. И., Редькин В. А. 2009. *Экономика фармацевтической отрасли*. СПб.: СПбГИЭУ.
- Седов К. 2010. Гангста медрэп. Останутся ли у медпредставителей возможности для легальной деятельности. *Фармацевтический вестник*. 1 (575). <http://www.pharmvestnik.ru/text/17472.html>
- Угрюмов Д. 2008. Рекламу в специализированных изданиях взяли на исследование. *Фармацевтический вестник*. 22 (512). <http://www.pharmvestnik.ru/text/12751.html>
- Уци Б. 2007. Источники и последствия укорененности для экономической эффективности организаций: влияние сетей. Перевод Ю. Р. Муратовой. *Экономическая социология*. 8 (3): 44–60; 8 (4): 43–59. <http://www.ecsoc.hse.ru>
- Фармацевтический рынок России (итоги 2009). http://www.dsm.ru/content/file/farmrinok.kratkie_itogi_2009.pdf
- Федеральная антимонопольная служба: http://www.fas.gov.ru/fas-in-press/fas-in-press_29013.html; http://www.fas.gov.ru/fas-in-press/fas-in-press_27567.html; http://www.fas.gov.ru/fas-in-press/fas-in-press_30501.html
- Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» № 61-ФЗ от 12.04.2010 г.: <http://www.remEDIUM.ru/legislation/document/law/detail.php?ID=35242>
- Широкова И. 2009. Фармацевтические кадры — всегда в цене. *Ремедиум*. 11: <http://www.remEDIUM.ru/section/marketing/detail.php?ID=33727>
- Alexander L. 2002. *Pharmaceutical Sales Representative Selection: Your Complete Guide to Getting a Pharmaceutical Sales Job*. New York: PharmRepSelect.
- DiMaggio P., Powell W. 1983. The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*. 48 (2): 147–160; см. также: Димаджо П. Дж., Пауэлл У. В. 2010. Новый взгляд на «железную клетку»: институциональный изоморфизм и коллективная рациональность в организационных полях. Перевод Г. Б. Юдина. *Экономическая социология*. 11 (1): 34–56. <http://www.ecsoc.hse.ru>
- Fligstein N. 1996. Markets as Politics: A Political-Cultural Approach to Market Institutions. *American Sociological Review*. 61: 651–673; см. также: Флигстин Н. 2003. Рынки как политика: политико-куль-

- турный подход к рыночным институтам. Перевод М. С. Добряковой. *Экономическая социология*. 4 (1): 45–63. <http://www.ecsoc.hse.ru>
- Freidson E. 1988. *Profession of Medicine: a Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago; London: The University of Chicago Press.
- Granovetter M. 1973. The Strength of Weak Ties. *American Journal of Sociology*. 78 (6): 1360–1380; см. также: Грановеттер М. 2009. Сила слабых связей. Перевод З. В. Котельниковой. *Экономическая социология*. 10 (4): 31–50. <http://www.ecsoc.msses.ru>
- Granovetter M. 1985. Economic Action and Social Structure: The Problem of Embeddedness. *American Journal of Sociology*. 91 (November): 481–510; см. также: Грановеттер М. 2002. Экономическое действие и социальная структура: проблема укоренённости. Перевод М. С. Добряковой. *Экономическая социология*. 3 (3): 44–58. <http://www.ecsoc.hse.ru>
- Hocutt M. A. 1998. Relation Dissolution Model: Antecedents of Relationship Commitment and the Likelihood of Dissolving a Relationship. *International Journal of Service Industry Management*. 9 (2): 189–200.
- Kelley S. W., Davis M. A. 1994. Antecedents to Customer Expectation for Service Recovery. *Journal of the Academy of Marketing Science*. 22: 52–61.
- Larson A. 1992. Network Dyads in Entrepreneurial Settings: A Study of the Governance of Exchange Processes. *Administrative Science Quarterly*. 37: 76–104.
- North D., Thomas R. 1973. *The Rise of the Western World*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Williamson O. 1975. *Markets and Hierarchies*. N.Y.: Free Press.
- Polanyi K., Arensberg C., Pearson H. 1957. *Trade and Market in the Early Empires*. N.Y.: Free Press.
- Popkin S. 1979. *The Rational Peasant*. Berkeley; Los Angeles: University of California Press.
- Portes A., Sensenbrenner J. 1993. Embeddedness and Immigration: Notes on the Social Determinants of Economic Action. *American Journal of Sociology*. 98: 1320–1350.
- Rogers E. M., Shoemaker F. F. 1971. *Communications of Innovations*. New York: Free Press.
- Strauss A. 1987. *Qualitative Analysis for Social Scientists*. N. Y.: Cambridge University Press.
- Swedberg R. 1997. New Economic Sociology: What has been Accomplished, What is Ahead? *Acta Sociologica*. 40: 161–182; см. также: Сведберг Р. 2004. Новая экономическая социология: что сделано и что впереди? Перевод М. С. Добряковой. *Экономическая социология*. 5 (4): 37–55. <http://www.ecsoc.msses.ru>
- Zukin S., DiMaggio P. 1990. *Structures of Capital: The Social Organization of the Economy*. N.Y.: Cambridge University Press.