

Plan marketingowy dla leków etycznych – struktura i specyfika

Grzegorz Karasiewicz, Krzysztof Podstawka

Plan marketingowy stanowi instrument pozwalający uporządkować, kierować i koordynować działalność przedsiębiorstwa na rynku. W praktyce plany marketingowe różnią się pod względem zawartości, stopnia szczegółowości, elementów składowych i ich kolejności, ilości i jakości zebranych informacji rynkowych i, co jest najważniejsze, jakością wiązań strategicznych.

Plany marketingowe dla leków etycznych (RX) mają zbliżoną strukturę do typowych rozwiązań stosowanych w przypadku produktów wybieralnych. Składa się ona z następujących części: analitycznej, strategicznej, operacyjnej, prognozy i kontrolnej.

Do specyficznych cech planu marketingowych w dużych firmach farmaceutycznych działających na rynkach leków etycznych można zaliczyć takie kwestie, jak:

- wydłużony horyzont czasowy,
- wielorodzajowe rozumienie klientów dla leków etycznych,
- wielopoziomowa strukturalizacja pacjentów w zależności od ich stosunku do leku RX,
- wielość segmentów klientów dla leków etycznych,
- wiązania strategiczne w planach marketingowych leków RX.

Analizowane procedury planowania i struktury planów marketingowych w firmach farmaceutycznych w odniesieniu do firm dobrej praktyki marketingowej z różnych branż charakteryzują się wysokimi standardami i można je zaliczyć do klasy „dobrych” planów ze względu na: ich wysoki poziom integratywności (zapewniający wewnętrzną spójność planów), oryginalność prowadzonych analiz i propozycji strategicznych, duży ładunek badawczości oraz wielokryterialną mierzalność efektów marketingowych. Ta hipoteza wymaga zweryfikowania poprzez szersze badania empiryczne, obejmujące większą ilość przedsiębiorstw z różnych branż.

1. Wprowadzenie

W dynamicznie zmieniającym się i coraz bardziej złożonym otoczeniu rynkowym zarówno małe i duże przedsiębiorstwa muszą dążyć do uporządkowania i skoordynowania swojej działalności marketingowej. Takim dokumentem uła-

twijającym uporządkowanie i skoordynowanie działań jest plan marketingowy. Jest to „centralny instrument kierowania i koordynowania działalności marketingowej” w przedsiębiorstwie na danym rynku produktowym (Karasiewicz 1996: 9; Kotler 1994: 101; Leeflang, de Mortages 1996: 78). Plan marketingowy powstaje w wyniku procesu planowania, który stanowi serię aktywności ustawionych w logiczną sekwencję prowadzącą do ustalenia celów marketingowych i sformułowania działań marketingowych pozwalających je osiągnąć (McDonald 1990: 6).

W praktyce działalności przedsiębiorstw plany marketingowe różnią się pod względem zawartości, elementów składowych i ich kolejności, szczegółowości ujęcia projektowanych instrumentów marketingowych, ilości i jakości zgromadzonych informacji rynkowych. Pomimo tej różnorodności można wyróżnić kilkanaście kluczowych cech planu marketingowego (na podstawie następujących badań empirycznych: Abratt, Higgs 1994: 26–31; Cousins 1990: 15–30; Greenley 1992: 3–15; Griffin 1989: 21–35; Leeflang, de Mortages 1996: 77–101; Shipley 1985: 48–56; *The Marketing Plan in the 1990s*, 1990 oraz własnej obserwacji praktyki przedsiębiorstw polskich):

- najczęściej stosowaną nazwą jest plan marketingowy, ale można spotkać się innymi nazwami, jak np.: plan marki, biznesplan czy też plan strategiczny,
- coraz silniejszy poziom integracji ze strategią firmy (choć ciągle to stanowi jeden ze słabych elementów planów marketingowych),
- coraz większe zaangażowanie innych pionów funkcjonalnych (finanse, produkcja, badania i rozwój) w przygotowanie i realizację planu marketingowego,
- menedżerowie ds. marketingu i produktu (marki) poświęcają znaczną część swojego czasu na przygotowanie planu marketingowego,
- coraz większy udział kierownictwa firmy w przygotowaniu planu marketingowego,
- typowa struktura planu marketingowego składa się z następujących części: analitycznej, strategicznej, operacyjnej, prognostycznej i kontrolnej,
- najczęściej plan jest przygotowany dla jednego produktu w firmach produkcyjnych, natomiast w przedsiębiorstwach usługowych jest on wspólny dla wszystkich produktów (usług) lub też jest częścią generalnego biznesplanu,
- typowym horyzontem czasowym planu marketingowego jest jeden rok.

Jednakże ciągle firmy mają duże problemy z planowaniem marketingowym, co wynika z tego, że proces planowania jest skomplikowany i kompleksowy, a jego kluczowe wyzwania nie zawsze są w pełni rozumiane przez kadrę menedżerską (McDonald 1990: 7). Dlatego też, w pełni efektywne planowanie marketingowe zdarza się rzadko, co stwierdzają niektóre badania empiryczne (Winer 1965: 1–8; Greenley 1985: 12–19; McDonald 1982: 3–32). Wynika to z dziesięciu ważnych ograniczeń, które najpełniej zostały zdefiniowane i opisane przez McDonald’a (1990: 5–18):

- mylenie strategii marketingowej z działaniami operacyjnymi (instrumentalnymi),

- izolacja funkcji marketingowej w relacji do innych funkcji w przedsiębiorstwie (co powoduje, że plany marketingowe są w dużym stopniu w części operacyjnej skoncentrowane na działalności promocyjnej),
- brak zrozumienia orientacji (koncepcji) marketingowej,
- bariery organizacyjne wynikające z dominującej struktury organizacyjnej, mającej charakter funkcjonalny, gdzie utrudniona jest procesowa współpraca między działami firmy, szczególnie – między należącymi do różnych pionów organizacyjnych,
- brak pogłębionych analiz sytuacji rynkowej,
- mylenie procesów z rezultatami,
- brak umiejętności i wiedzy kadry menedżerskiej w zakresie planowania marketingowego,
- brak systematycznego podejścia do planowania marketingowego,
- problemy z hierarchizacją celów (wielu menedżerów nie dostrzega różnicy między celami firmy a celami marketingowymi i reklamowymi),
- niesprzyjająca kultura organizacyjna.

Uniknięcie tych barier lub ich zminimalizowanie może nastąpić, gdy zostaną zwiększone radykalnie kompetencje w zakresie marketingu i przywództwa kadry zarządzającej (nie tylko w dziale marketingu, ale też na szczeblu zarządu firmy (Hill, McGowan 1998: 69–84). Wówczas firmy częściej będą zdolne przygotować „dobry” plan marketingowy.

„Dobry” plan marketingowy to taki, który umożliwi identyfikację i kreowanie przewagi konkurencyjnej firmy na danym rynku produktowym (McDonald 1990: 6) lub też wykorzystanie kluczowych kompetencji w celu poprawienia pozycji rynkowej przedsiębiorstwa (Pearson, Proctor 1994: 22).

Zdolność do przygotowania „dobrego” planu marketingowego i następnie jego realizacji umożliwi firmie lepsze dostosowanie się do sytuacji rynkowej i wykorzystanie swoich atutów w działaniach marketingowych. Nie ulega wątpliwości, że plan marketingowy, a zwłaszcza proces planowania marketingowego, jest ważnym elementem dla efektywnego rozwoju każdego przedsiębiorstwa.

Do tej pory badania naukowe dotyczące planu marketingowego i procesu planowania koncentrowały się na: określeniu generalnych cech planu marketingowego (Greenley 1992: 3–15; LeeFlang, de Mortages 1996: 77–10; McDonald 1982: 3–32), wskazaniu różnic w planowaniu marketingowym na rynkach konsumpcyjnych i przemysłowych (*The Marketing Plan in the 1990s*, 1990), różnic planowania między produktami materialnymi i usługami (*The Marketing Plan in the 1990s*, 1990), czy też różnic między planami organizacji komercyjnych i niedochodowych (Cousins 1990: 15–30).

Niektórzy badacze próbowali określić specyfikę planowania marketingowego w krajach rozwijających się (Abratt, Higgs 1994: 26–31) czy też w małych firmach (Brooksbank 1999: 78–90; Carson, Cromie 1989: 33–49; Nowak 2005: 120–126). Natomiast do rzadkości należały badania próbujące określić specyfikę planu marketingowego w danej branży.

Ze względu na planowanie marketingowe takim ciekawym rynkiem produktowym są leki etyczne (Rx) (Fletcher, Hart 1990: 55–68; Smith 2003a: 153–162; Smith 2003b: 287–315; Smith 2004: 129–142). Dlatego też, głównym celem tego artykułu będzie określenie struktury i specyficznych cech planu marketingowego dotyczącego leków etycznych w relacji do innych produktów wybieralnych. Ponadto ważną kwestią będzie również przedstawienie wiązań strategicznych jako kluczowego elementu „dobrego” planu marketingowego.

2. Struktura planu marketingowego w firmach farmaceutycznych

Struktura planu marketingowego nie tylko jest uzależniona od specyfiki branżowej danego przedsiębiorstwa, ale również zależy od wielkości przedsiębiorstwa i ilości obsługiwanych rynków geograficznych, stopnia centralizacji i formalizacji decyzji marketingowych w firmie. Przedsiębiorstwa, w tym farmaceutyczne, posługują się strukturą planu marketingowego, w której można wyróżnić następujące części składowe: część analityczna, strategiczna, operacyjna, prognostyczna i kontrolna (zob. tab. 1.).

W części analitycznej planu marketingowego są przedstawiane kluczowe informacje dotyczące: pozycji rynkowej firmy, popytu, nabywców, konkurencji oraz czasami systemu dystrybucji i zaopatrzenia oraz makrootoczenia rynkowego. Zwieńczeniem analiz jest próba identyfikacji najważniejszych możliwości i problemów marketingowych przedsiębiorstwa na danym rynku produktowym przy pomocy analizy SWOT. Ta część planu opiera się na różnego typu analizach, w których wkładem informacyjnym są dane wtórne i pierwotne. Na rynkach leków etycznych ta część planu w większym stopniu koncentruje się na stronie popytowej rynku (szczególnie jest to widoczne w strukturze planu marketingowego stosowanej w firmie X) i są w niej wykorzystywane oryginalne modele analityczne do określenia zachowań pacjentów (Health Potential Tower – firmie X oraz Health Care Transaction Model – firmie Y). Ponadto w przedsiębiorstwach farmaceutycznych już w części analitycznej przeprowadza się segmentację rynku (na dwóch poziomach: pacjentów i lekarzy), która w klasycznej strukturze planu marketingowego przynależy do części strategicznej.

Część strategiczna planu marketingowego obejmuje określenie celów oraz strategii obsługi rynku. W tej części decydenci (menedżerowie) znaleźć odpowiedzi na kluczowe pytania: gdzie chcemy być (na rynku) oraz jak to osiągnąć. Rozwiązania proponowane w tej mierze przez firmę X są bliższe typowemu modelowi, natomiast firma Y bazuje na oryginalnym podejściu, gdzie tworzony jest logiczny ciąg decyzyjny: od celów strategicznych, poprzez pozycjonowanie marki, charakter marki, kluczowe czynniki sukcesu, cele marketingowe, kluczowych „graczy” w segmentach rynku docelowych, zadań w odniesieniu do kluczowych „graczy” oraz programów (marketingowych, badań marketingowych i medycznych) do zasobów (finansowych i ludzkich). Zarówno w podejściu typowym, jak i również w strukturach planów marketingowych stosowanych

przez firmy farmaceutyczne brakuje mocniejszego ich powiązania z finansami. Dla naukowców i praktyków stanowi obecnie duże wyzwanie określenie, jak budować zależności marketingu z finansami i dokonać oceny różnych opcji strategii marketingowych z punktu widzenia kreowania wartości dla właścicieli (akcjonariuszy) (Day, Fahey 1988: 45–57; Doyle, 2003: 23–36; Kłeczek 2004: 27–36; Srivastava, Shervani, Fahey 1998: 2–18).

Cześć operacyjna planu marketingowego stanowi przełożenie strategii obsługi rynku (lub też marki) i zadań rynkowych na operacyjne programy instrumentalne. Związane to jest z odpowiedzią na następujące pytania w przypadku każdego programu instrumentalnego (Karasiewicz 1996: 18):

- jakie działania mają być podjęte?
- kiedy te działania mają być podjęte?
- kto jest odpowiedzialny za realizację tych działań?
- jakie nakłady są niezbędne do realizacji tych działań?

W obu firmach farmaceutycznych programy instrumentalne zostały ściśle powiązane z częścią analityczną i strategiczną, co powoduje wysoki stopień integratywność planowanych działań marketingowych.

Cześć prognostyczna polega na przygotowaniu prognozy przychodów ze sprzedaży, kosztów i zysków. Ponadto w tym miejscu należy określić ostateczny poziom budżetu marketingowego. W firmie X można w tym obszarze zaobserwować duże podobieństwo do rozwiązań stosowanych w typowym, klasycznym planie marketingowym, natomiast firma Y proponuje szerszą perspektywę prognostyczną i tym samym kontrolną co do działań marketingowych, bazującą na czterech wymiarach: finansowym, marketingowym, ludzkim i badawczo-rozwojowym. Punktem wyjścia do tej koncepcji jest karta zrównoważonych wyników (Kaplan i Norton 1992: 71–80; Kaplan i Norton 1996: 75–86).

Ostatnim elementem każdego planu marketingowego jest określenie procedur jego kontroli i realizacji. Procedury te umożliwiają sprawdzanie, jak przebiega realizacja podjętych decyzji marketingowych i czy rzeczywistość potwierdza ich trafność. Umożliwia ona ocenę i weryfikację działalności marketingowej (Karasiewicz 1996: 18). Interesujące w standardzie przyjętym przez firmę X jest to, iż procedury kontroli marketingowej nie zostały wprost wymienione jako część planu marketingowego.

Plan marketingowy dla leków etycznych – struktura i specyfika

Części składowe planów marketingowych	Struktura planu – podejście typowe	Struktura planu – podejście firmy X	Struktura planu – podejście firmy Y
Analityczna	<ul style="list-style-type: none"> – Charakterystyka i ocena dotychczasowej działalności marketingowej – Analiza nabywców – Określenie popytu, – Charakterystyka struktury podaży i konkurencji, – Analiza systemu dystrybucji i zaopatrzenia – Analiza makrootoczenia marketingowego – Analiza SWOT oraz wyznaczenie głównych możliwości i problemów 	<ul style="list-style-type: none"> – Identyfikacja i analiza kluczowych trendów w makrootoczeniu – Przegląd rynku i pozycji rynkowej – Analiza przepływu pacjentów (Patient Potential Tower) – Segmentacja pacjentów i lekarzy – Analiza percepcji i zachowań (Belief Mapping) – Analiza poziomu rozwoju rynku (Market Building Levers) – Analiza SWOT oraz wyznaczenie głównych możliwości i problemów 	<ul style="list-style-type: none"> – Opis choroby i profilu produktu – Segmentacja pacjentów – HCTM (Health Care Transaction Model) – analiza przepływu pacjentów w poszczególnych segmentach rynku – Planowanie scenariuszowe (ocena kluczowych trendów w otoczeniu) – Analiza konkurencji (określenie naszych zdolności do konkurowania na rynku) – Analiza SWOT
Strategiczna	<ul style="list-style-type: none"> – Cele marketingowe – Strategia obsługi rynku i wynikające z niej zadania rynkowe (segmentacja rynku, wybór rynku docelowego, pozycjonowanie oferty, podstawowe założenia mieszanki marketingowej, wstępny budżet marketingowy) 	<ul style="list-style-type: none"> – Cele strategiczne – Cele marketingowe (sprzedażowe, w odniesieniu do pacjentów i lekarzy), – Strategia marki (docelowe segmenty pacjentów, docelowe segmenty lekarzy, kategoria produktowa i bezpośredni konkurenci, konkurenci poza kategorii produktowej, różnica mająca charakter racjonalny wraz z dowodami, stwierdzenie opisujące strategię pozycjonowania marki, osobowość i wartości marki, unikalna propozycja sprzedażowa) 	<ul style="list-style-type: none"> – Cele strategiczne – Strategia pozycjonowania – Charakter marki (rdzeń marki, osobowość marki, funkcje marki, różnice marki, źródła dowodów) – Kluczowe czynniki sukcesu – Cele marketingowe – Identyfikacja kluczowych „graczy” w segmentach rynku docelowych – Cele / zadania w odniesieniu do kluczowych graczy – Programy medyczne – Programy badań marketingowych – Programy marketingowe (komunikacyjne) – Zasoby (finansowe, ludzkie)

Części składowe planów marketingowych	Struktura planu – podejście typowe	Struktura planu – podejście firmy X	Struktura planu – podejście firmy Y
Operacyjna	– Operacyjne programy wykonawcze (odpowiedź na pytania: kto, kiedy, ile i jak?)	– Działania operacyjne – polegające na zmianie percepcji i następnie zachowań podmiotów. Związane to jest określeniem: segmentów pacjentów, typu podmiotu, poziomu w przepływie pacjentów (Patient Potential Tower), stopnia rozwoju rynku i następnie konkretnych działań instrumentalnych.	– Programy medyczne, badań marketingowych i marketingowe (Kto, kiedy, ile i jak?)
Progностyczna	– Określenie spodziewanych efektów finansowych planowanych działań marketingowych (przychody ze sprzedaży, koszty i zysk)	– Określenie spodziewanych efektów ekonomicznych i budżetu marketingowego (z góry do dołu)	– Prognoza sprzedaży – Karta zrównoważonych wyników (zadania do kontroli realizacji planu)
Kontrolna	– Wyznaczenie podstawowych wymiarów kontroli realizacji planu marketingowego	– Brak	– Kontrola realizacji planu marketingowego w czterech wymiarach: finansowym, rynkowym, personalnym oraz badań i rozwoju
Źródło:	– Kotler 1994: 92 – Karasiewicz 1996: 10 – Podstawka 1997: 25	– Materiały wewnętrzne firmy X	– Materiały wewnętrzne firmy Y

Tab.1. Struktura planów marketingowych.

3. Specyfika planów marketingowych leków RX

Przegląd dobrej praktyki przygotowania planów marketingowych leków RX pokazuje, że w odróżnieniu do również dobrej klasy planów sporządzanych dla podobnych niemedycznych produktów wybieralnych te pierwsze charakteryzują się następującymi wyróżnikami i swoistościami.

A. Wydłużony horyzont planistyczny planów marketingowych RX

Generalny horyzont planistyczny takich planów najczęściej jest dłuższy (wynosi 2–3 lata) od klasycznych operacyjnych planów marketingowych dla wybieralnych produktów niemedycznych, w przypadku których horyzont jest krótszy i najczęściej wynosi jeden rok.

Doprecyzowując, dość często obserwowaną praktyką dla RX-owych planów marketingowych jest prowadzenie analiz rynku wraz ze SWOT oraz stanowienia celów i strategii marketingowej w horyzoncie 3 lat naprzód (szczególnie dla preparatów nowo wchodzących na rynek), natomiast pozostałe części planów, jak programy i budżet wykonawcze, bilansowanie wyników i wyznaczenie mechanizmów kontroli wykonania, układane są w bardziej operacyjnej perspektywie, tzn. rocznej.

W związku z powyższym można by skonstatować, że znacząca część interesujących nas planów marketingowych powinna być postrzegana jako plany strategiczno-operacyjne.

B. Wielorodzajowe rozumienie klientów dla leków RX

Mówiąc uniwersalnym językiem analizy klientów; struktura „ośrodka zakupowego” typowego leku RX jest względnie bogata, co wynika z faktu, że w rozstrzygnięciu, jaki lek ostatecznie będą przyjmować pacjenci, bierze udział kilka rodzajów różnych partycypantów:

- pacjenci, lekarze (*prescribers* czyli „przepisywacze”), osoby wywierające wpływ (*influencers*), płatnicy [firma X] lub
- pacjenci, lekarze, płatnicy [firma Y]

C. Wielopoziomowa strukturalizacja pacjentów w zależności od ich stosunku do leku RX

Plany marketingowe dla preparatów RX odróżniają się szczegółową analizą potencjalnych i faktycznych pacjentów predestynowanych do używania danego leku. Rozróżnianie licznych odmian pacjentów odbywa się w oparciu o przyjęty w firmowym wzorcu planowania marketingowego konkretny model, który jednak zazwyczaj zasada się na wspólnie podobnej konwencji „lejka”, najbardziej liczebnego w pierwszych fazach stratyfikacji pacjentów i stopniowo zawężającego się do coraz mniej pojemnych warstw pacjentów wybierających (przy udziale partycypantów wymienionych w poprzednim punkcie) już konkretniej rozumiane medykamenty.

Odpowiedni model w firmie Y nazywa się HCTM (*Health Care Transaction Model*) i zakłada, że na kolejnych etapach zawężającej analizy, uwzględniającej „wyciekanie” części potencjalnych pacjentów, mamy skutek tego do czynienia z kolejnymi kategoriami pacjentów (zob. tab. 2.).

Potencjalni (odczuwający daną dolegliwość)
percypujący potrzebę medykacji schorzenia
szukający preparatu
stosujący już jakiś preparat w ogóle na rynku dostępny
stosujący już jakiś preparat RX
stosujący już konkretną markę preparatu RX
przyjmujący przepisaną dawkę marki preparatu
przyjmujący nieregularnie markę preparatu
trwale przyjmujący tę markę preparatu

Tab. 2. Model HCTM. Źródło: Materiały wewnętrzne firmy Y.

Zastosowanie tego modelu analizy i stratyfikacji pacjentów przyniosło w odniesieniu do preparatu na impotencję na rynku polskim konkretne wyniki (zob. tab. 3).

Kategorie pacjentów	Szacowana liczebność pacjentów	% „ucieczki” pacjentów po danym etapie
Potencjalni (odczuwający daną dolegliwość)	3620000	0
percypujący potrzebę medykacji schorzenia	1500000	64
szukający preparatu	540000	56,3
stosujący już jakiś preparat w ogóle na rynku dostępny	236250	27
stosujący już jakiś preparat RX	172500	21,7
stosujący już konkretną markę preparatu RX	135000	36,1
przyjmujący przepisaną dawkę marki preparatu	86250	-82,6
przyjmujący nieregularnie markę preparatu	157500	35,7
trwale przyjmujący tę markę preparatu	101250	

Tab. 3. Model HCTM dla preparatu na impotencję. Źródło: Materiały wewnętrzne firmy Y.

W metodyce stosowanej w planach marketingowych firmy X podobny model nazwano *Patient Potential Tower* („Wieża” Potencjalnych Pacjentów), która wymaga analitycznego wychwycenia najpierw liczebności a potem % udziałów kolejnych kategorii pacjentów (zob. tab. 4).

Potencjalni (odczuwający daną dolegliwość)
Szukający medykacji danej dolegliwości
Szukający porady lekarskiej
Prawidłowo zdiagnozowani
Stosujący już jakiś przepisany preparat
Stosujący już konkretną markę preparatu
Przyjmujący przepisaną dawkę marki preparatu
Trwale przyjmujący przepisane dawki marki preparatu

Tab. 4. „Wieża” potencjalnych klientów. Źródło: Materiały wewnętrzne firmy X.

W przypadku obu tych firm, analiza tak rozumianej strukturalizacji pacjentów pomaga w pogłębionej analizie SWOT i jest podstawą segmentacji klientów.

D. Wielość segmentów rynku dla leków RX

Konsekwencją dwóch poprzednich z omawianych prawidłowości jest wielość wyłanianych w ramach strategii marketingowej segmentów rynku (klientów). Segmentacji poddaje się zarówno lekarzy i innych ordynujących leki lub wywierających wpływ na wybór leku (czasami łącznie określanych jako HCPs – *Health Care Professional*), jak też pacjentów.

Kiedy po wykonaniu segmentacji trzeba w ramach strategii marketingowej wybrać segmenty docelowe, będące strategicznym podmiotem marketingowym oddziaływać, to pod tym pojęciem planiści marketingowi rozumieją zazwyczaj wybrane rodzaje lekarzy (nazywanych niekiedy bardzo znamienne *Key Player Segments*, czyli Segmenty Kluczowych Graczy). To do nich kierowane są (w następnym kroku kształtowania strategii marketingowej) dopasowane wersje **kompletnych** mieszanek marketingowych (obejmujących wszystkie cztery komponenty: produktowe, cenowe, dystrybucyjno-sprzedażowe i wieloinstrumentalnej promocji).

Natomiast inni adresaci narzędziowych oddziaływań producenta leku RX traktowani są jako drugoplanowe segmenty (już nie zawsze korzystające z miana: segmenty docelowe), do których adresuje się tylko wybrane instrumenty marketing-mix, choćby z powodu formalno-prawnych ograniczeń (np. komunikacja z pacjentami). Zamiast nazywać je „segmentami docelowymi”, te „nie-lekarskie” grupy odbiorców traktuje się jako adresatów selektywnych programów marketingowych wykorzystujących KSF (Kluczowe Czynniki Sukcesu).

Przykładowo, dla preparatu ABC ustanowiono w ramach strategii marketingowej 5 segmentów docelowych w postaci lekarzy: urologów, diabetologów, seksuologów, andrologów i pierwszego kontaktu, natomiast w ramach taktyk i narzędzi marketingowych zaplanowano pewne działania również wobec: pacjentów, dziennikarzy w specjalistycznych mediach oraz uczestników procedur rejestracji leków (Materiały wewnętrzne firmy Y).

Konsekwencją wielości strategicznie docelowych jak i taktycznych segmentów ustalonych w planach marketingowych, jest w tendencji duża liczba osobno dedykowanych programów marketingowych, co zdecydowanie wyróżnia omawiane plany wśród wszelkich planów marketingowych tworzonych w różnych branżach naszego kraju.

E. Wiązania strategiczne w planach marketingowych leków RX

W wytrawnych planach marketingowych firm leków etycznych zwraca uwagę szczególna dbałość o wewnętrzne zintegrowanie tych planów, co w pojęciu autorów jest najważniejszym znamieniem i warunkiem skuteczności i poprawności planów marketingowych w ogóle, który określamy jako **wiązania (pasma) strategiczne**.

W przyjętych w takich firmach wymagających standardach planów marketingowych konieczną zgodność wniosków z części analitycznej z celami i strategią marketingową, a potem z programami narzędziowo-wykonawczymi zapewnia się poprzez: rygorystyczny wzorcowych planów, zapewniające integratywność konkretne konwencje macierzowo-tabelowych weryfikatorów oraz liczne szkolenia, mające wyeksponować konieczność wewnętrznej zgodności głównych części składowych planów marketingowych.

Pokażmy te „firmowe wymuszenia integratywności” na przykładzie fragmentu planu marketingowego leku DEF (materiały wewnętrzne firmy Y – zob. tab. 5. i 6.).

JAK TO POWINNO PASOWAĆ?			
Jeden z Kluczowych Czynników Sukcesu dla DEF: DEF powinien być postrzegana jako równie skuteczna jak preparat konkurencyjny x			
Zadanie marketingowe: 40% klientów powinno do końca 2003 roku podzielać opinię, że DEF wykazuje szybkie zwalczanie symptomów ostrych			
Segmenty Kluczowych Graczy	Liderzy opinii	Psychiatrzy	Lekarze ogólni
Zadania marketingowe wobec segmentów	15 szefów klinik przedstawi wyniki zastosowań DEF jako leku z wyboru wobec pacjentów na konferencji...	60% psychiatrów powinno postrzegać DEF jako skuteczną alternatywę PREPARATU KONKURENCYJNEGO w terminie do września 2003r.	20% lekarzy ogólnych powinno otrzymać rekomendacje z pierwszej ręki do końca 2003r.
Programy marketingowe	-Konferencja w ... w terminie...; -Program porównań klinicznych w terminie...; -Akademia „Rzeczniczy DEF” w terminie...	-Seria sympozjów „peer to peer” w terminie... -Wizyty doradców medycznych	-Seria konferencji nt. zastosowań w leczeniu schizofrenii w terminach...; -Wizyty doradców medycznych

Sprawdzian dopasowania: czy możesz wstecznie udowodnić spójną historię marki?
- Nasz program marketingowy dla marki:
- Który ma wpłynąć na: Jakie segmenty kluczowych graczy
- I osiągnąć zadania w tych segmentach: Jakie
- Żeby osiągnąć generalny cel marketingowy: Jaki
- Który z kolei wykorzystuje kluczowy czynnik sukcesu: Jaki
- Pozwalający zarządzać szansami /zagrożeniami: Jakimi
- Wpływającymi na który węzeł w modelu HCT: Który
- W segmencie pacjentów: Którym

Tab. 5. i 6. Wiązania strategiczne dla leku DEF. Źródło: Materiał źródłowy firmy Y.

4. Zakończenie – wnioski końcowe

W poszukiwaniu odpowiedzi na generalnie rzadko stawiane, jak wynika z przeglądu literatury, pytanie: jakimi cechami (kryteriami) miałyby charakteryzować się „dobre” plany marketingowe, autorzy na podstawie własnych badań i obserwacji licznych projektów, proponują następujący zestaw cech:

- **integratywność** planu, rozumiana jako omawiane wcześniej konieczne zgodności (wiązań strategiczne) między głównymi częściami składowymi planu: konieczności wynikające z analizy rynku i SWOT → wybór celów i strategii ich realizacji → dobranie odpowiednich programów realizacyjnych → spójne prognozy i kontrola planowanych wyników z uwzględnieniem perspektyw: klientów, finansowej, rozwojowej i procesowo-wewnętrznej;
- **oryginalność** diagnoz i propozycji planu, rozumiana jako nieustanne poszukiwanie źródeł i dźwigni odróżniających „nasz plan” od bezpośredniej konkurencji, co jest zresztą jedyną możliwością uzyskiwania zaplanowanych (świadomych) przewag konkurencyjnych nad bezpośrednimi rywalami;
- **badawczość** planu, oznaczająca, że każdy wniosek z analizy lub propozycja działania są w planie wywiedzione nie z „ogólnego rozpoznania”, lecz wynikają z możliwie racjonalnych i wiarygodnych źródeł badawczych: od wtórnych, przez pierwotne syndykatowo dostępne, aż po niekiedy możliwe (ze względu na czas i konieczne środki) indywidualne badania pierwotne;
- **mierzalna efektywność rozwiązań** planu, pojmowana jako stosowanie zarówno liczbowych mierników wyboru optymalnych opcji, jak i wiarygodnych technik prognozowania i budżetowania .

Należałoby dodać, że autorzy wykorzystują od kilku lat z dobrym i konkretnym skutkiem ten zestaw wymogów do konkretnej ważonej oceny porównawczej różnych ocenianych projektów planów, odnotowując wysoką korelację pomiędzy wynikami takiej oceny projektu a późniejszą skutecznością realizacyjną w ten sposób wysoko ocenionego planu marketingowego.

Bazując na powyższej propozycji, która niewątpliwie wymaga dalszych sprawdzianów, można by pokusić się o stwierdzenie, że w odniesieniu do firm dobrej praktyki marketingowej z różnych branż, analizowane przez autorów struktury i wymogi metodyczne planów marketingowych leków RX należałoby ocenić wyżej niż plany marketingowe firm oferujących niemedyce dobre wybieralne, a reprezentujących generalnie porównywalną klasę marketingową.

Informacje o autorach

Dr hab. Grzegorz Karasiewicz, prof. UW – Katedra Marketingu Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego. E-mail: gkarasiewicz@poczta.onet.pl.

Mgr Krzysztof Podstawka – Katedra Marketingu Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego. E-mail: podstawa@mail.wz.uw.edu.pl.

Bibliografia

- Abratt, R. i N. Higgs. 1994. Marketing Planning Practices of South African Companies. *Marketing Intelligence & Planning*, vol. 12, nr 2, s. 26–31.
- Brooksbank, R. 1999. The Theory and Practice of Marketing Planning in the Smaller Business. *Marketing Intelligence & Planning*, vol. 17, nr 2, s. 78–90.
- Carson, D. i S. Cromie. 1989. Marketing Planning in Small Enterprises: A Model and Some Empirical Evidence. *Journal of Marketing Management*, vol. 5, nr 1, s. 33–49.
- Cousins, L. 1990. Marketing Planning in the Public and Non-Profit Sectors. *European Journal of Marketing*, vol. 24, nr 7, s. 15–30.
- Day, G i L. Fahey. 1988. Valuing Marketing Strategies. *Journal of Marketing*, vol. 52, nr 3, s. 45–57.
- Doyle, P. 2003. *Marketing wartości*, Warszawa: Felberg SJA.
- Fletcher K. i S.J. Hart. 1990. Marketing Strategy and Planning in the UK Pharmaceutical Industry, Some Preliminary Findings. *European Journal of Marketing*, vol. 24, nr 2, s. 55–68.
- Greenley, G.E. 1982. An Overview of Marketing Planning in UK Manufacturing Companies. *European Journal of Marketing*, vol. 6, nr 7, s. 3–15.
- Greenley, G.E. 1985. Marketing Plan Utilisation. *Quarterly Review of Marketing*, vol. 10, nr 4, s. 12–19.
- Griffin, T. 1989. Marketing Planning: Observations on Current Practices and Recent Studies. *European Journal of Marketing*, vol. 23, nr 12, s. 21–35.
- Hill, J. i P. McGowan. 1998. Developing Marketing Skills: Combining Theory and Practice. *Journal of Marketing Practice: Applied Marketing Science*, vol. 4, nr 3, s. 69–84.
- Kaplan, R. i D. Norton. 1996. Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System. *Harvard Business Review*, vol. 74, nr 1, s. 75–86.
- Kaplan, R. i D. Norton. 1992. The Balanced Scorecard: Measures That Drive Performance. *Harvard Business Review*, vol. 70, nr 1, s. 71–80.
- Karasiewicz, G. 1996. Dobry plan warunkiem sukcesu. *Marketing w praktyce*, Styczeń, s. 9–18.
- Kłeczek, R. 2004. Nowa gospodarka, nowa ekonomia i marketing. w: Gregor, B. (red.) *Marketing – handel – konsument w globalnym społeczeństwie informacyjnym*, s. 27–36. Łódź: Folia Oeconomica 179, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego.
- Kotler, P. 1994. *Marketing. Analiza, planowanie, wdrażanie i kontrola*, Warszawa: Gebethner & Ska.
- Leeflang, P.S.H. i C.P. de Mortanges. 1996. An Empirical Investigation of Marketing Planning. *Journal of Euro-Marketing*, vol. 6, nr 1, s. 77–101.
- Materiały wewnętrzne z firmy X
- Materiały wewnętrzne z firmy Y
- McDonald, M.H.B. 1982. International Marketing Planning. *European Journal of Marketing*, vol. 16, nr 2, s. 3–32.
- McDonald, M.H.B. 1990. Ten Barriers to Marketing Planning. *The Journal of Service Marketing*, vol. 4, nr 2, s. 5–18.
- Nowak, M.W. 2005. Wymagania stawiane planom marketingowym w świetle możliwości i ograniczeń małych i średnich przedsiębiorstw. w: Adamowicz M. (red.) *Efektywność zarządzania marketingowego*, Warszawa: Wyd. SGGW.
- Pearson, G. i T. Proctor. 1994. The Modern Framework for Marketing Planning. *Marketing Intelligence & Planning*, vol. 12, nr 4, s. 22–26.
- Podstawka, K. 1997. *Praktyczny marketing. Kluczowe elementy*, Rzeszów: Promar.
- Shipley, D.D. 1985. Marketing Objectives in UK i and US Manufacturing Companies. *European Journal of Marketing*, vol. 9, nr 3, s. 48–56.
- Smith, B. 2003a. An Empirical Investigation of Marketing Strategy Quality in Medical Markets. *International Journal of Medical Marketing*, vol. 3, nr 2, s. 153–162.

- Smith B. 2003b. Success and Failure in Marketing Strategy Making: Results of an Empirical Study Across Medical Markets. *International Journal of Medical Marketing*, vol. 3, nr 4, s. 287–315.
- Smith, B. 2004. Making Marketing Happen: How Great Medical Companies Make Strategic Marketing Planning Work for Them. *International Journal of Medical Marketing*, vol. 4, nr 2, s. 129–142.
- Srivastava, R., Shervani, T. i L. Fahey. 1998. Market-based Assets and Shareholder Value: A Framework for Analysis. *Journal of Marketing*, vol. 68, nr 1, s. 2–18.
- The Marketing Plan in the 1990s*. 1990. The Conference Board, R-951.
- Winer, L. 1965. Are You Really Planning Your Marketing. *Journal of Marketing*, vol. 29, nr 1, s. 1–8.