



אוניברסיטת בר-אילן
בית הספר למנהל עסקים
תואר שני
סמינר בשיווק
פרופ' גילה פרוכטר

**כיצד משפיע קמפיין לקהל רחב (DTCA) של
תרופת מרשם על רמת המודעות וההנעה לפעולה של
קהל היעד?**

ענבר גל 038420113
דנה בר 052961844

30/6/2010

3.....	תקציר	
4.....	רקע	
4.....	תוכנית מחקר	
5.....	סקירה ספרותית	
5	הגבלים בשיווק תרופות	
5.....	ההבדל בין שיווק תרופות ללא מרשם (OTC) לבין שיווק תרופות מרשם (Rx)	
6	שיווק ופרסום בעולם הפרמצבטיקה	
7.....	פרסום ישירות לרופא - Direct To Physician Advertising (DTPA)	
8.....	פרסום ישירות לצרכן - Direct To Consumer Advertising (DTCA)	
13.....	השפעתו של פרסום ישיר ללקוח (DTCA) של תרופות מרשם במדינת ישראל	
17.....	דיון ומסקנות	
20.....	מחקרים עתידיים	
23.....	ביבליוגרפיה	
25.....	נספחים	
	Typical drug life cycle	1 נספח
	Conceptual model of the effects of prescription drug advertising	2 נספח
	Summary of evidence for claims made by supporters and opponents of prescription drug advertising consumers	3 נספח
	Annual spending of direct to consumer advertising and promotion of health professionals 1996-2005	4 נספח
	Trends in FDA enforcement of regulations regarding direct to consumer advertising 1997-2006	5 נספח
	The ten most common conditions identified from DTCA visits	6 נספח

תקציר

השיווק בתחום התרופות שונה באופיו משיווק בשוק סטנדרטי מאחר שלצרכן הסופי לא תמיד ישנה גישה ישירה למוצר. בחלק מהתרופות הוא נדרש לסיוע של מתווך: הרופא.

ישנם שני סוגי תרופות: תרופות הדורשות מרשם רופא ותרופות שאינן דורשות מרשם רופא. ממחקרים עולה שלפרסום (בין אם ישירות לרופא ובין אם ישירות לצרכן) השפעה משמעותית על נתח השוק של המוצרים בשתי הקטגוריות.

מגבלות הפרסום שחלות על תרופות מרשם נוקשות ביותר. במדינת ישראל, בדומה למדינות אירופה, קיים נוהל האוסר על פרסום תכשירים רפואיים הניתנים במרשם רופא. לכן השיווק של תרופות מרשם התמקד באופן מסורתי בפניה לרופאים ולא ישירות לצרכן.

אלא שתפקידו של המטופל בקבלת החלטות רפואיות השתנה בעשור האחרון. המטופלים כבר אינם נתפסים כפאסיביים בכל הנוגע לקבלת טיפול רפואי, אלא משתתפים אקטיביים אשר משחקים תפקיד מפתח בקבלת ההחלטות הרפואיות לגביהם.

בשנים האחרונות אושרו באופן חריג מספר קמפיינים לצרכני תרופות המרשם בישראל. ניתן להבחין כי בכל הקמפיינים האלו, האזכור לאפשרויות הטיפול במחלה היו כלליות (ללא שם המוצר) ותמיד הייתה הפנייה לרופא לקבלת מידע נוסף.

המודעות וההנעה לפעולה הם שני הקריטריונים המרכזיים לבחינת ההשפעה של קמפיין ולהצלחתו. לכן החלטנו לבחון במסגרת עבודת מחקר זו כיצד משפיע דווקא קמפיין לקהל רחב של תרופת מרשם על רמת המודעות וההנעה לפעולה של קהל היעד – הלוקח הפוטנציאלי לתרופה. מסקירת ספרות מארה"ב ואירופה וכן מחשיפה למידע רב ממחקרי שוק בישראל בחנו את השפעת הקמפיינים של תרופות מרשם לקהל הרחב בכלל ובמדינת ישראל בפרט. החידוש שבעבודתנו הוא שניתוח מסוג זה לא נעשה עד כה בארץ, ולכן העמקנו בהבנת השפעת הקמפיינים על הצרכנים הישראליים.

כאמור, המדדים המרכזיים בהם התמקדנו הם רמת המודעות והנעה לפעולה.

המחקרים השונים מציגים ממצא ברור כי לקמפיינים של תרופות מרשם לקהל הרחב השפעה מובהקת בהעלאת מודעות למחלה ולטיפול בה ובהשפעה על תפיסות והנעה לפעולה. עם זאת, הקמפיינים המקומיים מראים כי על אף מגמת העלייה בשני המדדים, עדיין קיים פער בין רמת המודעות לבין ההנעה לפעולה. ישנן מספר סיבות המובילות לפער כפי שנסקור בהרחבה בעבודתנו. לאור הסקירה הרפואית וניתוח הנתונים ממחקרי שוק מקומיים אנו מאמינות כי פרסום ישירות לצרכן שנעשה כראוי הוא כלי חשוב לקידום בריאות הציבור.

על אף המחקרים השונים שנעשו בתחום וניתוח לאורך השנים של התפתחות הקמפיינים יש עדיין כיווני מחקר רבים אפשריים בהם נדון בהרחבה וביניהם בחינת פיתוח מודלים שיאפשרו לבחון כדאיות כלכלית והחזר על השקעה בפרסום ישיר לקהל הרחב על סמך קריטריונים שונים. בעבודה זו נציג פיתוח חדש של מודל מתמטי ראשוני שישערך את מידת ההשפעה של פרסום ישיר על רמת מודעות ורמת הנעה לפעולה בהתאם לסוג הקמפיין, תמחור וניתוח תוצאות של קמפיינים קודמים.

רקע

בפיתוח שוק, חברה צריכה להעלות את מודעות הצרכן למוצריה בדרכים שונות, ביניהן שיווק מגוון.

בתעשיית התרופות שיווק זה מורכב יותר. המורכבות נובעת ממספר סיבות.

ראשית, על החברה ללמד לא רק את הצרכן הסופי אודות מוצריה, אלא גם את ציבור הרופאים שבמקרים רבים הרופאים

הם אלו שצריכים לשווק ולהסביר לצרכן הסופי אודות המוצר. בנוסף, שוק התרופות מתפקד תחת הגבלים משמעותיים

על השיווק ועל הפרסום (Gurumurthy Kalyanaram, 2008).

שוק התרופות מחולק לשני סוגי תרופות:

1. תרופות המצריכות מרשם רופא (Rx)

2. תרופות שאינן מצריכות מרשם רופא (OTC)

בכל הנוגע לתרופות מרשם, מגבלות הפרסום שחלות עליהן נוקשות ביותר.

בישראל, עפ"י חוק, קיים איסור פרסום של תרופות מרשם לקהל הרחב. במקרים יוצאי דופן, מותר לפרסם חומרי הסברה

לציבור אולם בתנאי שחומר זה יימסר לקהל ע"י הרופא באופן אישי בצירוף מרשם לתכשיר. חומר הסברה מסוג זה יופץ

רק לאחר קבלת אישור מטעם משרד הבריאות (דר' קתרין אלה, 2001).

בעשורים האחרונים קיים שינוי אדיר בתעשיית התרופות. השינוי בתחום זה נובע בין היתר עקב שינויים בתחלואה

ובמימדיה. מצד אחד מחלות שונות נעלמו מהעולם ומאידך אחרות מתגלות, ישנן מחלות הנפוצות באזורים מסוימים יותר

מאשר באחרים וכו'. בעקבות שינויים אלו תעשיית התרופות מתמודדת עם אתגרים רבים. אחד האתגרים הוא הצורך

להתמודד עם החדרת תרופות חדשות ושמירה על נתח השוק, כל זאת תוך התמודדות עם הרגולציה החלה על השוק. בכדי

לצלוח ולשרוד את התהפוכות והמגבלות הרבות על החברות להיות יצרניות בכל הנוגע לשיווק תרופות המרשם, לשמור

על תקשורת טובה עם הציבור, להיות ממוקדות בקהל היעד שלהן וכן להמשיך ולחזור באופן עקבי על מסרי מפתח.

כפי שעולה מעבודת מחקר זו, תעשיית התרופות מתמודדת עם קשיים רבים ומורכבים אשר מקשים עליה את שיווק

התרופות לקהל היעד (Gill Butler, 2002).

בסקירה שערכנו נבין כיצד מתמודדות החברות עם האתגרים, מהן הדעות השונות הרווחות בנוגע לפרסום לקהל הרחב

(DTCA) וכן כיצד משפיע קמפיין לקהל רחב של תרופות מרשם על רמת המודעות וההנעה לפעולה של קהל היעד.

תוכנית מחקר

בסמינריון זה ערכנו סקירה ביקורתית של ספרות אשר עוסקת בנושא הפרסום לקהל הרחב של תרופות מרשם, השפעתו

על מודעות והנעה לפעולה.

נושא זה שנוי במחלוקת ומשתנה במידה מסוימת ממדינה למדינה עקב סיבות שיפורטו בגוף הסמינריון.

בזכות היותנו עובדות בחברת תרופות בינלאומית גדולה, נטלנו חלק במחקרי שוק בנושא זה וברשותנו תוצאות מעניינות

מאד הרלוונטיות לישראל ואותן נציג בסמינריון זה.

כמו כן נציג רעיונות למחקרים עתידיים אשר יוכלו לקדם את הנושא הנדון.

סקירה ספרותית

הגבלים בשיווק תרופות

שוק התרופות נתון לרגולציה מתמדת. קיימות מגבלות מגוונות ורבות אשר מופעלות בתעשיית התרופות. לדוגמא: פיקוח על המחירים לצרכן, מגבלה על רישום תרופות מסוימות שחלה על הרופא מפאת מחיר המוצר, מגבלות פרסום ישירות לצרכן וכו'. השפעת הרגולציה על תרופה מסוימת משתנה כתלות בשלב מחזור חייה. לדוגמא, ההשפעה משמעותית יותר על מכירות תרופה שנמצאת בשלב הבגרות שלה לעומת תרופה חדשה שזה עתה הושקה, כאשר קיימת הגבלה על מספר המרשמים שרופא רשאי לרשום מתרופה מסוימת למטופליו (נספח מספר 1). השפעה הפוכה ניכרת כאשר מדובר על מגבלות החלות על פרסום לצרכן.

במדינות בהן ישנה רגולציה על תמחור התרופות נתח השוק של התרופות גדול לאין שיעור בהשוואה למדינות בהן קיימת רגולציה על פרסום ישיר לצרכנים או אם ישנה הגבלה על תקציב המרשמים. בכל מדינה קיים מכלול רגולטורי שונה המשפיע על החלטת חברות התרופות האם להיכנס לשוק וכיצד לבחור את האסטרטגיה המתאימה למדיניות הרגולטורית המקומית. בכדי לתת מענה לשאלת המחקר שלנו, חשוב להבין את האתגר הגדול איתו מתמודד ענף הפרמצבטיקה על בסיס קבוע – הרגולציה החלה על פרסום לקהל הרחב של תרופות מרשם. משרד הבריאות בישראל אוסר פרסום של תרופות מרשם ישירות לקהל הרחב. ישנן כיום שתי מדינות בלבד המאפשרות פרסום ישירות לקהל והן ניו-זילנד וארה"ב. במדינות אלו חברות התרופות משקיעות סכומי כסף גדולים בפרסום לקהל הרחב (Stefan Stremersch and Aurelie Lammens, 2009).

החבדל בין שיווק תרופות ללא מרשם *OTC לבין שיווק תרופות מרשם *Rx

חברה המעוניינת להגדיל את הכנסותיה, רווחיה ונתח השוק שלה צריכה לפתח מוצרים חדשים או לפתח שוק חדש. פיתוח מוצרים וכן פיתוח שוק גובים עלויות רבות. בכדי לפתח שוק החברה צריכה להעלות את המודעות למוצריה, לחנך את הציבור לגביהם, ובמיוחד בשוק התרופות. חברת התרופות צריכה לחנך ולשכנע את הצרכן הסופי ואת הרופאים. מותג שנכנס ראשון לשוק גובה סיכונים ועלויות גבוהות יותר מאלו שנכנסים אחריו. ההבדל נובע מהעובדה שחברה שמכניסה מותג חדש צריכה ליצור מחדש שוק שלא קיים. בנוסף הסיכון לכישלון המוצר גבוה יותר כיוון שפוטנציאל הביקוש אינו ודאי. בשוק התרופות אי הודאות בנוגע לביקוש אינו נובע רק מפוטנציאל ביקוש שוק הצרכנים, אלא גם מתהליכי האישור הרגולטורים כפי שהוצגו בפרק הקודם (לדוגמא, בארה"ב תהליכי האישור ב-FDA).

ניתן לחלק את שוק התרופות לשניים:

1. תרופות המצריכות מרשם רופא בכדי שהצרכן הסופי יוכל לרכושן (Rx)
 2. תרופות שאינן מצריכות מרשם רופא בכדי שירכשו ע"י הצרכן הסופי (OTC)
- בכל הנוגע לפרסום בשוק התרופות, ישנן שתי אוכלוסיות יעד אליהן מתייחסים: אוכלוסיית הרופאים ואוכלוסיית הצרכנים הסופיים.

ממחקרים עולה שלפרסום (בין אם ישירות לרופא ובין אם ישירות לצרכן) השפעה משמעותית על נתח השוק של המוצרים בשתי הקטגוריות.

כאמור, קיימת גולציה מחמירה מאד בכל הנוגע לפרסום תרופות, במיוחד כאשר מדובר על פרסום לקהל הצרכנים הסופי. בישראל, קיים איסור פרסום של תרופות המצריכות מרשם רופא באופן ישיר לציבור. לעומת זאת, תרופות שאינן מצריכות מרשם רופא, מותרות לפרסום ישירות לציבור, אך תחת הגבלים מחמירים. עם זאת, כאשר בוחנים את השפעת הפרסום בארה"ב, שם מותר פרסום של תרופות מרשם וגם של תרופות ללא מרשם לציבור, ניתן לראות שלפרסום אשר מכוון לאוכלוסיית הרופאים ישנה השפעה חיובית וארוכת טווח על נתח השוק של המותג המפורסם בעוד שפרסום ישירות לקהל של תרופות מרשם ההשפעה פחות משמעותית על נתח השוק. לעומת זאת, בשוק ה-OTC, השפעת הפרסום משמעותית ונשארת לאורך זמן גם כאשר מכוון לקהל וגם כאשר מכוון לרופאים. (Gurumurthy Kalyanaram, 2008.)

שיווק ופרסום בעולם הפרמצבטיקה

שתי הדרכים המרכזיות לשיווק ופרסום בענף הפרמצבטיקה הינן:

1. שיווק לרופאים, אשר ימליצו בהמשך על המוצרים למטופליהם.
2. שיווק ישיר לצרכן.

שיווק לרופאים הינה הדרך השכיחה ביותר כיום והיא כוללת מפגשים של נציגים רפואיים עם הרופאים על בסיס קבוע, דיוור לרופאים, פרסום בספרות מקצועית וכו'. ההגבלים החלים על שיווק מעין זה קלים יחסית. מאידך, כפי שנאמר, בכל הנוגע לפרסום ישיר של תרופות מרשם לצרכן הסופי – המטופל הפוטנציאלי, קיימות מגבלות משמעותיות. אולם, על אף ההגבלים מצליחות חברות התרופות לפרסם ישירות לצרכן בדרכים שונות ויצירתיות. במחקר של Michael Friedman and James Gould, 2007 נבחנו עמדות הצרכנים לפרסום ישיר של תרופות מרשם בארה"ב. ממחקרם עולה בבירור כי פרסום ישיר לקהל הרחב מעלה את המודעות לתרופה המפורסמת, אולם קיימת דואליות בהתייחסות לפרסום זה.

המחקר כלל תשאול טלפוני בקרב 300 לקוחות שביקרו אצל הרופא במהלך חצי השנה האחרונה. תוצאות המחקר הצביעו על כך שהרוב המכריע של הצרכנים (96%) היה בעל מודעות גבוהה לתרופות המרשם שפורסמו. למרות המודעות הגבוהה, רוב הצרכנים טענו כי אינם נהנים לצפות בפרסומות אלו וכי המידע בפרסום לא מספק ואינו מאזן בין נתוני היעילות לבין הסיכונים של התרופה. חשוב לזכור כי ארה"ב שונה מישראל ומותר לפרסם בה תרופות מרשם. נתונים אלו עלולים להיות בעייתיים בבואנו לפרסם תרופה לציבור. אפשרויות שהועלו אשר עשויות להפחית את ההתנגדויות הללו הינן: המתנה עם פרסום תרופה עד אשר גורמי הבריאות ילמדו לעומק את התרופה החדשה. כמו כן הוצע שלא "לחנך" את האוכלוסייה אודות המחלה, אלא להתמקד בפרסום התרופה בלבד. בנוסף, יש לשים לב לאופן הצגת המידע בכדי שהקהל ירגיש ביטחון ויבין שהוא מקבל את המידע הראוי.

יחד עם זאת הצרכנים מציינים שהם מעריכים את המידע שהם מקבלים מהפרסום וכי הם מאמינים כי הפרסום מאפשר להם לקבל החלטות מודעות יותר הקשורות לבריאותם. עוד מצאו במחקרם, Michael Friedman and James Gould, כי צרכנים מעידים וסקרים מוכיחים שפרסום לקהל מעלה באופן משמעותי את המודעות וכן גורם לצרכנים לחפש מידע נוסף, לשאול באופן פרו-אקטיבי את הרופא שלהם אודות התרופה המפורסמת ואף לבקש ממנו לרשום אותה עבורם. מחקר זה הדגים כי חלק מהחולים שוכנעו לשאול את הרופא שלהם על מותג ספציפי רק לאחר שנחשפו אליו בפרסום (בארה"ב).

כמו כן עולה ממחקרם שערוצי תקשורת מסורתיים כגון: טלוויזיה, מגזינים ורדיו הופכים לפחות אטרקטיביים מאשר בעבר. הודות להתפתחות הטכנולוגית האינטרנט עשוי להיות ערוץ חשוב לפרסום ישיר ללקוח - DTCA ולקבלת מידע. את נתונים אלו יש לקחת בחשבון ולערוך שינויים מהותיים באופן הפרסום לקהל.

מחקרים נוספים שהציגו במאמרם, חיזקו את הממצאים כי פרסום ישיר ללקוח (DTCA) של תרופות מרשם הוביל לשינוי עמדות. לדוגמא, מחקר שנערך ע"י ה-FDA (רשות המזון והתרופות בארה"ב) בשנת 1999 הדגים כי 52% מהנשאלים אמרו כי הם אוהבים פרסומות של תרופות מרשם. בשנת 2002 נערך סקר זה בשנית אך מספר הנשאלים שאמרו כי הם אוהבים פרסומות אלו ירד ל-32%. בית הנבחרים בארה"ב חקר את השפעת הפרסום הישיר ללקוח של תרופות מרשם ומצא כי הוא (ולא העלאת המחירים) הוביל להגדלת הוצאות על תרופות מרשם והשימוש בהן. תוצאות מחקר זה, בדומה לשני המחקרים הקודמים של ה-FDA מראים כי:

1. המודעות לתרופות המרשם שפורסמו גבוהה מאוד.
2. הפרסום ממשך להניע חלק מהחולים לשאול את הרופא על התרופה בפרסומת.
3. הפרסום ממשך לייצר דיון במהלך הגעה לניתוח גם בנושאים שאינם קשורים לניתוח.

אך בו בזמן:

1. יותר חולים מאמינים כי הפרסום לא מסייע להם בקבלת החלטות טובות יותר הנוגעות לבריאותם.
2. הפרסום אינו מספק מידע מספק ומאוזן בין היעילות לסיכונים בתרופה בפרסומת. במחקר זה ישנה מגבלה שחשוב לציין והיא שהמדגם אינו גדול מספיק.

פרסום ישירות לרופא . (DTPA) Direct To Physician Advertising

בישראל, עקב הרגולציה האוסרת את הפרסום של תרופות מרשם ישירות לצרכן, פרסום ישירות לרופאים הינו דרך שכיחה ומרכזית בכדי להשפיע על החלטת רופאים בנוגע לרישום תרופות. כך גם במדינות אירופה ומדינות נוספות. חלק משמעותי מערוץ הפרסום של חברות התרופות לציבור נעשה דרך גורם מתווך – הרופאים. חברות התרופות משקיעות כסף רב בשיווק לרופאים ע"י מסירת מידע, פגישות של נציגים רפואיים עם רופאים ומתן דוגמאות של תרופות

להתנסות ע"י המטופלים. ניכר שבחלק משמעותי מהמקרים יש להשקעה זו השפעה חיובית על החלטת הרופא ברישום התרופה (Stefan Stremersch and Aurelie Lammens, 2009).

חברות התרופות נעזרות בעיקר בצוותי מכירות (נציגים רפואיים) ומשקיעות בערוץ זה משאבים וכספים רבים. הפעילות של צוותי המכירות היא המקור הראשון לקידום מכירות.

פגישות עם הרופא, היא הדרך העיקרית לאינטראקציה בין הנציג הרפואי לבין הרופא בה מוצגים חומרים מדעיים על תרופות חדשות ותרופות קיימות. כחלק מהמפגש עם הרופא, הנציג משאיר דוגמיות של התרופות להתנסות ע"י המטופלים הרלוונטיים.

חשוב לשים לב כי מחקר זה בחן וניתח את הקשר בין התנהגות הנוגעת לרישום תרופה של רופא "ממוצע" לבין כמות מפגשים "ממוצעת" שמתקיימים עם רופא זה כאשר מדובר על תרופה בשלב בגרותה בשוק.

לאורך השנים נבחנים תמהילי שיווק שונים המשלבים את השיווק וקידום המכירות דרך הרופאים עם פרסום ישיר לקהל הרחב והשפעתם על המרשמים.

(Puneet Manchanda and Pradeep K. Chintagunta, 2004).

פרסום ישירות לצרכן . *Direct To Consumer Advertising (DTCA)*

חברות התרופות משקיעות משאבים רבים וביניהם הוצאות רבות על פרסום בכלל ועל פרסום לקהל הרחב בפרט (Donohue, Cevasco and Rosenthal, 2007).

פרסום ישירות לצרכן של תרופות מרשם עדיין מהווה נושא שנוי במחלוקת.

משנת 1997 ישנה מגמה של חקיקה ליברלית יותר בפרסום ישיר ללקוחות.

בארה"ב ה-FDA הוציא הנחיות חדשות להרחבת הפרסום של תרופות מרשם לקהל הרחב, ואפשר את הפרסום בטלוויזיה. בניו-זילנד הייתה חקיקה דומה.

באירופה הוצע להתחיל בפילוט שיימשך חמש שנים ל-3 תרופות למחלות כרוניות (סכרת, איידס ואסטמה) אך ההצעה נדחתה.

(Dominick L. Frosch, David Grande, Derjung Tarn and Richard Kravitz, 2010.)

ל-DTCA באופן כללי, השפעה חיובית על מכירת תרופה מפורסמת. ממחקרים קודמים עולה שקהל שנחשף לפרסומים ייעודיים נהג לבקש מהרופא תרופה למחלה מסוימת עפ"י שם המותג אליו נחשף (Stefan Stremersch and Aurelie Lammens, 2009).

במדינות האוסרות פרסום ישירות לקהל הרחב, מכירת תרופה מסוימת תהיה נמוכה יותר מאשר במדינות המאפשרות פרסום שכזה.

ההשפעה של DTCA תהיה גבוהה יותר בתרופות חדשות מאשר בתרופות שנמצאות זמן רב בשוק. גם חברות התרופות משקיעות יותר בפרסום לקהל הרחב כאשר מדובר בתרופה בהשקעה ופחות ככל שהתרופה מתקדמת בשלבי מחזור חייה.

(Stefan Stremersch and Aurelie Lammens, 2009).

במאמרם, Dominick L. Frosch, David Grande, Derjung Tarn and Richard Kravitz, סקרו עשור של פרסום ישיר

ללקוח של תרופות מרשם, במאמר נסקרו הטענות בעד ונגד ה-DTCA.

בכדי לצמצם את הנזק הפוטנציאלי ולמקסם את הרווח מ-DTCA, כמות ואיכות המידע צריכים להשתפר בכדי לאפשר לצרכנים לזהות טוב יותר האם טיפול מסוים הכרחי, להעריך טוב יותר את יתרונותיו ולתת את הדעת לסיכונים הנובעים ממנו.

תפקידו של המטופל בקבלת החלטות רפואיות השתנה בעשור האחרון.

המטופלים כבר אינם נתפסים כפאסיביים בכל הנוגע לקבלת טיפול רפואי, אלא משתתפים אקטיביים אשר משחקים תפקיד מפתח בקבלת ההחלטות הרפואיות לגביהם.

ההתרחבות של ה-DTCA מקדמת במידה מסוימת את השינוי בהתנהלות והתפקוד המטופלים. בתגובה לביקורת

הנשמעת כנגד ה-DTCA, תעשיית התרופות טוענת שפרסומים לקהל מהווים תפקיד חשוב בכך שמאפשרים לצרכנים לשחק תפקיד אקטיבי בקבלת ההחלטות הרפואיות.

כפי שניתן לראות בנספח 2, חשיפה לפרסום תרופת מרשם יכולה להוביל לבקשת מרשם תרופה זו. בקשה זו אשר משתנה כתוצאה מהרקע של המטופל (לדוגמא: השכלה והיסטוריה רפואית), יכולה להיות מונעת כתוצאה ממודעות ופרסומים הכוללים מידע מטעה, לא מדויק או לא מלא או לחלופין כתוצאה ממודעות ופרסומים הכוללים מידע מספק, מדויק ומאוזן.

כמוכן שלמידע המתקבל ע"י הפרסום השלכות הרות גורל.

כאמור, פרסומים אלו מעודדים מטופלים לבקש את התרופות המפורסמות לפי ראות עיניהם, תוך שהם מעורבים בקבלת ההחלטות הרפואיות הנוגעות להם.

נמצא שמטופלים שחשופים ל-DTCA מרגישים ביטחון רב יותר לשוחח עם רופאיהם אודות אפשרויות הטיפול הקיימות עבורם.

לחשיפה לפרסומים יכולות להיות גם השפעות ישירות על עצמאות רפואית של המטופלים. צפייה בפרסומים עשויה

להזכיר למטופל אודות מצבו הרפואי וכך באופן פוטנציאלי לתרום לשיפור בריאותו. בנוסף, אם המידע שהמטופל קיבל

איכותי והבקשה לתרופה מסוימת מתאימה מעורבותו של המטופל עשויה לתרום להתמדתו בנטילת התרופה.

במחקר מייצג אשר פורסם במאמר זה, 72% מהרופאים ו-82% מהמטופלים מסכימים שפרסום תורם להתמדה של המטופלים בטיפול התרופתי המפורסם.

בסקר שנערך בקרב מטופלים ורופאים אודות תפיסתם ושביעות רצונם מפרסומי תרופות מרשם, יותר מ-50% מהרופאים

הסכימו ש-DTCA מלמד את המטופלים אודות מצבי בריאות וטיפולים קיימים. בקרב הציבור, 75% מהמשיבים הסכימו

שפרסומים תורמים להבנתם בנוגע למחלות וטיפולים, ויותר מ-40% דיווחו שהם נעזרים במידע מהפרסומים בתהליך

קבלת ההחלטות שלהם.

בנוסף 67% מהרופאים ו- 54% מהמטופלים דיווחו ש- DTCA משפיע לחיוב על האינטראקציה ביניהם ושהפרסומים יכולים לקדם שיח חשוב ומשמעותי.

(Dominick L. Frosch, David Grande, Detjung Tarn and Richard Kravitz, 2010.)

במאמר משנת 2008, Marla B Royne and Susan D Myers סוקרים את ההשקפות הקיימות על שיווק ישירות ללקוח ומספקים תשובות לשאלות רבות המתעוררות בנוגע לצרכי הלקוח.

התומכים בפרסום ישיר ללקוח מציינים את חשיבות העברת המידע לציבור, משום שכך קהל היעד יכול לקבל החלטה מושכלת לגבי הטיפול שיש לו לקבל. בנוסף, הפרסומים מעודדים את הקהל לדרוש תשומת לב רפואית הולמת למצבים שלולא הפרסומים הרלוונטיים, כלל לא היו מאובחנים ומטופלים.

מחקרים שבוצעו ע"י ה- FDA בארה"ב תומכים גם הם בפרסום ישיר לקהל הרחב (Aikin, Swasy and Braman 2004).

דוגמא, סקרים שבוצעו ב- 1999 וב- 2002 הצביעו שקרוב למחצית מהמשיבים שהתבקשו לצפות בפרסום של תרופות מרשם ציינו שהפרסום מניע אותם לחפש אחר מידע נוסף מגורם רפואי, מהאינטרנט, מחברים או ממקור אחר אליו מפנים הפרסומים.

Calfee (2002) טען במחקרו שבהנעת הציבור בחיפוש אחר מידע נוסף, הפרסומים מעלים את המודעות גם לסיכונים

הטמונים בתרופת המרשם, מביאים את תשומת לב הצרכנים לתרופות אלטרנטיביות ומשפרים היענות והתמדה באלו

שכבר נוטלים את התרופה. (Marla B Royne and Susan D Myers, 2008.)

במאמר, Donohue, Cevasco and Rosenthal, הציגו שפרסום ישיר ללקוח של תרופות מרשם מעלה את המכירות, אך בד בבד מוביל לשימוש יתר בתרופות. כתוצאה מכך, נשמעת ביקורת נוקבת כנגד פרסום מעיין זה. הדאגה להשפעות אלו

של הפרסום התגברה בשנים האחרונות בעקבות הורדה מהמדפים של תרופות מרשם שפורסמו בצורה אינטנסיבית

ונמצאו לבסוף ככאלו שעלולות לגרום לנזק חמור למשתמש. יתר על כן, כתוצאה מהאמור ה- FDA נחשף לביקורת על

אכיפתו הלוכה בחסר בנושאים רגולטורים כמו הפרסום. לדוגמא, תרופת מרשם בשם Vioxx הורדה מהמדפים. תרופה זו

זכתה לפרסומים רבים מאד לקהל הרחב. (Donohue, Cevasco and Rosenthal, 2007.)

טענות נוספות של המתנגדים לפרסום של תרופות מרשם ישירות לצרכן גורסים שתרופות מרשם נבדלות ממוצרים אחרים

ולכן לא צריכות להיות מפורסמות באותו האופן. הטענות הנשמעות מציינות שפרסומים מעיין אלו מפריעים למערכת

היחסים רופא-מטופל ומבלבלים את המטופלים בכך שמציגים מסרים שיווקיים כמסרים חינוכיים (Wolfe, 2002).

בנוסף, המתנגדים סבורים שהפרסומים מעלים את הדרישה לתרופות יקרות יותר ובסופו של דבר מונעות מהמטופל את

קבלת הטיפול המתאים עבורו (Mintzes, 2002). כמו כן, העלייה בבקשות המטופלים לתרופות מפורסמות מובילה

להעדפת מותגים מפורסמים ע"י הרופאים על פני תרופות יותר מתאימות עבורם. עפ"י נקודת מבט זו לפרסומים השפעות

משמעותיות אשר אינן עונות על הצד הטוב ביותר על האינטרסים של הצרכן. (Marla B Royne and Susan D Myers,

2008.)

כאשר איכות המידע אינה טובה עלולה להתקבל תוצאה בעייתית. אם בקשה מצד המטופל לתרופה מסוימת כלל אינה מתאימה לו, אך הרופא לא מסוגל (כתוצאה מחוסר ידע, חוסר זמן וכיו') או לא מעוניין לתקן את דעת המטופל, זה עלול להוביל לרישום תרופה שעלולה להזיק או שכלל אינה נחוצה למטופל. כמו כן, הפרסומים גורמים לאבחון יתר. כלומר, מגדילים את מספר הביקורים של מטופלים אצל הרופאים אשר מגיעים ללא בעיה רפואית אך בסופו של דבר מאובחנים כמי שזקוקים לתרופה המפורסמת.

במאמרם, (Dominick L. Frosch, David Grande, Derjung Tarn and Richard Kravitz 2010), הציגו כי רופאים רבים חושבים שפרסומים לקהל הרחב מעודדים לבקש בקשות ללא מידע מספק וטוענים כי הפרסום מוביל לבזבוז זמנו של הרופא שצריך להסביר לחולים מדוע לא מתאים להם לקבל את התרופה שהם מבקשים בעקבות הפרסום. אם כי נמצא שברוב המקרים (78% מהמקרים) המטופל מקבל את התרופה אותה מבקש משום שנמצאה כמתאימה עבורו. אולם, מטופלים עלולים להגיב באופן שלילי אם הרופא שלהם מסרב לרשום עבורם את התרופה המבוקשת על ידם. קרוב למחצית מהמטופלים דיווחו שהתאכזבו שלא קיבלו את התרופה שביקשו, 25% אמרו שינסו לשנות את דעת הרופא או לקבל את התרופה בדרך אחרת ו-15% שקלו להחליף רופא.

נתון מעניין נוסף שעולה במאמר מראה שמטופלים במצב סוציו אקונומי נמוך פחות נוטים לדון עם רופאיהם אודות תרופות ספציפיות, יתכן כי פחות חשופים או מתעניינים בפרסומים. למרות היתרונות הרבים של ה-DTCA, קיימים לצידם סיכונים משמעותיים. מספר שינויים והתאמות בתוכן הפרסומים עשוי למקסם את פוטנציאל היתרונות שלהם ולצמצם את הסיכונים הטמונים בהם. נספח 3 מסכם את התפיסות השונות ותימוכין לדיון בעד ונגד DTCA, תוך ציון אילו מחקרים נוספים נדרשים.

(Dominick L. Frosch, David Grande, Derjung Tarn and Richard Kravitz, 2010.)

החוקרים (Donohue et al. (2007) בחנו עשר שנות פרסום תרופות מרשם לקהל הרחב (משנת 1997, בשנה זו החל פרסום תרופות מרשם לקהל הרחב בארה"ב). בין היתר בחנו את מגמת ההשקעה של חברות התרופות בקמפיינים אלו. בנוסף החוקרים אפיינו את התרופות שבד"כ נוטים לפרסם לקהל הרחב והעריכו מהו פרק הזמן שמתחילים לפרסם תרופת מרשם לקהל מהרגע שהיא מקבלת אישורים. לבסוף, בחנו החוקרים מגמות ברגולציה של ה-FDA בנוגע לפרסום תרופות.

ממצאי המחקר הראו שבשנת 1996 ההוצאות על קמפיינים לקהל הרחב הסתכמו ב-11.4 מיליארד דולר ועלו ל-29.9 מיליארד דולר בשנת 2005. ההוצאה על פרסום לקהל גדלה ב-330% בעשר שנים (נספח 4). אך עדיין זהו רק 14% מהתקציב הכולל של הוצאות השיווק בשנת 2005. במקביל לכך ההוצאות על פרסום מקצועי לרופאים (detailing ופרסומים בעיתונים מדעיים) הולכות ויורדות עם השנים. עם זאת ההוצאות על פרסום מדעי לרופאים גבוהות משמעותית מהפרסום הישיר לקהל הרחב. (נספח 4). למרות היתרונות של הפרסום לקהל ותרומתו הרבה למכירות של חברת התרופות רק מספר קטן יחסית של מותגים מפורסמים לקהל הרחב. תרופות שמפורסמות לקהל הן לרוב תרופות חדשות המיועדות לטפל במצבים כרוניים.

הקמפיינים של DTCA מתחילים בדרך כלל כשנה לאחר אישור התרופה ע"י ה-FDA (ארגון הבריאות האמריקאי). המחקר מראה כי ישנה עלייה ברורה בהוצאות על קמפיינים לקהל הרחב על אף הביקורת שישנה בתחום. במקביל לעלייה בפרסומים, נצפתה ירידה דרמטית במספר התלונות של ה-FDA לחברות התרופות בנוגע לחריגה מכללי הרגולציה הנוגעים לפרסום לקהל (מ-142 תלונות ב-1997 ל-21 תלונות ב-2006) (נספח 5).

למחקר המתואר מגבלה משמעותית. במחקר הוכללו נתונים אודות מכירות בתעשייה מאיגוד PhRMA, אשר כולל בדו"חות השנתיים שלו נתונים רק מהחברות אשר חברות בו. באופן אידיאלי, יש צורך להכליל נתוני מכירות של כל מותגי תרופות המרשם ולהוציא מהחישוב תרופות גנריות (מפני שהן לרוב לא מפורסמות). כתוצאה מחוסר דיוק זה יתכן שנתוני המכירות מעריכים בחסר את המכירות האבסולוטיות לכל התעשייה.

מחקר זה חשוב מאד משום שלהבנה טובה יותר של משמעות הפרסום הישיר לצרכנים של תרופות מרשם יש השפעה משמעותית על בריאות הציבור, לא רק במדינות שכיום פרסום זה מותר (ארה"ב וניו-זילנד), אלא גם במדינות כמו קנדה והאיחוד האירופאי בהן פרסום שכזה אסור, אך נשקל אם לאפשרו. (Donohue, Cevasco and Rosenthal, 2007).

מחקר אחר (Abernathy and Adams-Price, 2006) בחן כיצד DTCA מתקבל ע"י הצרכנים. נמצא שניכרת עליה משמעותית בידע אודות תרופות לאחר שנחשפים לפרסומות. כמו כן, נמצא שצרכנים מעריכים פרסום ישיר של תרופות מרשם וחשים שפרסומים כאלו מספקים מידע חשוב יותר מאשר פרסומים למוצרים אחרים. רוב הנשאלים תופסים את פרסומי התרופות כאמינים.

החוקרים, Marla B Royne and Susan D Myers, סקרו מחקרים רבים שבחנו כיצד משפיע פרסום ישיר לקהל הרחב על עמדות, הבנה ואפקטיביות. אחד המחקרים שסקרו בחן את אסטרטגיות הפרסום על מודעות ומצא כי המודעות גבוהה יותר לפרסומות שאינן מזכירות תופעות לוואי ולפרסומות המובילות לשינוי לעומת פרסום אינפורמטיבי רגיל. מחקר נוסף שסקרו מצא כי פרסום המאזן בין יעילות לבטיחות פחות אפקטיבי מפרסום המדגיש יותר את יעילות התרופה. מחקר אחר בחן את הגישות וההתנהגויות של הצופים בפרסומות של תרופות מרשם ומצא כי המודעות לתרופות הייתה קשורה למספר משתנים הכוללים את השימוש בתרופות מרשם, חשיפה בתקשורת, גישות חיוביות בנוגע לפרסום ישיר לקהל, מצב בריאותי ומצב הביטוח. כמו כן, המחקר חשף השפעה מכרעת על ההתנהגות של הנחשפים לפרסום. שליש מהם העידו כי שוחחו עם הרופא שלהם על תרופה שראו בפרסומת וחמישית מהם ביקשו מרשם לתרופה הספציפית (Marla B Royne and Susan D Myers, 2008).

לעיתים רחוקות מתוארת עמדת הציבור על קמפיינים ישירים של תרופות מרשם לקהל הרחב (DTCA). אחד מהמחקרים שבחנו זאת הוא מחקר כמותי נערך בקרב 3000 דנים בגילאי 18-70 ובחן את העמדות שלהם בנוגע לפרסום תרופות מרשם. המחקר מתבסס על שאלון אינטרנטי, בחן אף הוא את הגישה של הצרכן לפרסום המופנה ישירות אליו. אמנם במחקר אינטרנטי יש חשש שהאוכלוסייה הנבדקת לא תהיה מייצגת, אולם, בקרב האוכלוסייה בגילאי 18-59, ליותר מ-90% גישה לאינטרנט, בקרב אוכלוסיית הגילאים 60-74 רק ל-65% גישה לאינטרנט.

מהתוצאות עולה שכ-20% מהנחשפים לפרסום חושבים כי פרסום תרופות מרשם מקובל ולגיטימי בעוד שכ-60% חושבים כי פרסום תרופות ללא מרשם (OTC) מקובל ולגיטימי. 59% ערים לכך שלחברות התרופות מעורבות בקמפיינים אלו וכ-42% מתוכם אדישים למעורבות זו. 55% אמרו כי אינם מושפעים לרכוש את התרופה המפורסמת. המודעות למוצרים שפורסמו ב-14 השבועות האחרונים עמדה על 35% מהנשאלים, בעוד שההנעה לפעולה עמדה על 2% מהנשאלים שפנו לבית המרקחת ו-1% שפנו לרופא בעקבות הפרסום. כ-4% חיפשו מידע נוסף באינטרנט וכ-1% פנו ישירות לחברת התרופות.

מתוך הפונים לרופא כ-37% קיבלו מרשם לתרופה שפורסמה.

באופן כללי התוצאות מראות כי כ-80% מהדנים שנחשפו לקמפיין של תרופות מרשם או תרופות ללא מרשם בעלי גישה חיובית לפרסום. הם מעריכים את המידע שמסופק כחלק מהפרסום ומעלה את הידע שלהם בטיפול במחלות שונות. הנשאלים אינם מושפעים לשלילה מכך שלחברות התרופות יש חלק בפרסום.

חשוב לשים לב כי מדובר בתוצאות מחקר שניוני ולכן מסקנות רק על סמך המחקר אינן מספקות

(Joakim Rehne and Claus Moldrup, 2008)

החוקרים Kurt R. Brekke and Michael Kuhn, 2006 ערכו מחקר מקיף לבחינת ההשפעה של קמפיינים לקהל רחב של תרופות מרשם בדגש על הקשר בין קמפיינים אלו להוצאות על פעילות שיווק ישירה לרופאים ועל הרווח הסופי. בנוסף בדקו את האפקט של ה-DTCA על הרגלי רישום התרופות של הרופאים והרווח למטופלים. מחקרים מצייג באופן ברור כי תמהיל שיווקי הכולל שיווק לרופאים, פרסום ישיר לקהל רחב ומדיניות תמחור הן אסטרטגיות משלימות בכל חברות התרופות.

באופן כללי, חברות נוטות להשקיע יותר בשיווק לרופאים מאשר ב-DTCA.

השפעתו של פרסום ישיר ללקוח (DTCA) של תרופות מרשם במדינת ישראל

במדינת ישראל, בדומה למדינות אירופה, קיים נוהל האוסר על פרסום תכשירים רפואיים הניתנים במרשם רופא. ההנחיות המפורטות בנוהל זה באות להסדיר את נושא הפרסום לתכשירים רפואיים על-פי תקנה 28 לתקנות הרוקחים (תכשירים רפואיים) התשמ"ו 1986.

וזהו לשון הנוהל כפי שמופיע בתקנה 28 של משרד הבריאות:

"פרסום עבור תכשירים ששיווקם דורש מרשם רופא:

אין לפרסם לציבור הרחב בכל דרך שהיא (כולל כתבות ביוזמת המשווק בעיתון) תכשירים הדורשים מרשם רופא. במקרים חריגים ניתן להפיץ חומר הסברה שיתייחס לתכשיר ספציפי. חומר זה יועבר למטופל על-ידי הרופא המטפל באופן אישי עם המרשם לתכשיר. חומר הסברה מהסוג הזה יופץ רק לאחר שינתן אישורו של משרד הבריאות לכך.

אין להפיץ חומר זה בבתי-מרקחת, חדר המתנה במרפאות ועוד.

רשאי המנהל למנוע פרסום של תכשיר על-פי שיקול דעתו המקצועית מהיבט בריאות הציבור. הפצה או שידור של פרסום ללא אישור: חברה שלא תנהג בהתאם להנחיות שפורטו בנזהל זה וללא סייג, ינקטו נגדה אמצעים על-פי דין לרבות: אזהרה, פרסום מודעה בעיתונות ועד להפסקת שיווק התכשיר."

אישור משרד הבריאות לפרסום תכשירים רפואיים מתייחס אך ורק להיבטים של השפעת הפרסום על בריאות הציבור.

על אף תקנה זו, בשנים האחרונות אושרו באופן חריג מספר קמפיינים לצרכני תרופות המרשם והעיקריים שבהם: קמפיין לטיפול תרופתי נגד אימפוטנציה (אין אונות), קמפיין לטיפול תרופתי נגד התקרחות גברית, קמפיין לחיסון נגד סרטן צוואר הרום, קמפיין לטיפול בכאבי מפרקים וקמפיין לטיפול במחלת הסוכרת.

ניתן להבחין כי בכל הקמפיינים האלו, האזכור לאפשרויות הטיפול במחלה היו כלליות (ללא אזכור שם המוצר) ותמיד הייתה הפנייה לרופא לקבלת מידע נוסף.

נותני החסות ומובילי מרבית הקמפיינים הן חברות התרופות, קופות החולים ועמותות החולים.

אנו עובדות בחברת תרופות בינלאומית האחראית לשני קמפיינים גדולים לתרופות מרשם (ללא אזכור שם) לקהל הרחב וזכינו להיחשף לתהליך הפרסום הישיר לקהל הרחב.

התהליך כולל מחקרי שוק לקהל היעד של צרכני התרופות, אישורים מדיקו-ליגליים, עיצוב הקמפיין ומדידת ההשפעה שלו על מודעות והנעה לפעולה בקרב קהל היעד.

המודעות וההנעה לפעולה הם שני הקריטריונים המרכזיים לבחינת ההשפעה של קמפיין ולהצלחתו.

רמת המודעות יכולה להיות נעזרת ובלתי נעזרת (בתשאול הלקוחות), המודעות יכולה להיבחן לתופעה או מחלה מסוימת או לטיפול תרופתי מסוים.

קריטריון ההנעה לפעולה בקמפיין לקהל רחב של תרופת מרשם מתכוון לפנייה של הלקוח הפוטנציאלי לרופא.

בזכות חשיפה למידע רב ומהימן שהתקבל ממחקרי השוק ניתן להבין את השפעת הקמפיינים של תרופות מרשם לקהל הרחב במדינת ישראל.

ניתוח מסוג זה לא נעשה עד כה ואנו העמקנו בהבנת השפעת הקמפיינים על הצרכנים הישראליים. זאת בנוסף לסקירת הספרות שהובאה לעיל מארה"ב ואירופה.

המדדים המרכזיים בהם נתמקד הם המדדים אותם העלנו בשאלת המחקר שלנו.

מדד ראשון הינו רמת המודעות והמדד השני הנעה לפעולה.

בחרנו לפרט על שני קמפיינים רחבי היקף שהופיעו בערוצי המדיה המרכזיים (טלוויזיה, רדיו ואינטרנט):

1. קמפיין להעלאת מודעות לקיומו של חיסון כנגד סרטן צוואר הרחם והפנייה לרופא

2. קמפיין להעלאת מודעות לטיפול נגד התקרחות גברית והפנייה לרופא עור

תיאור הקמפיינים וקהלי היעד:

מטרת הקמפיין הראשון הייתה לעלות מודעות לחיסון כנגד סרטן צוואר הרחם ופנתה לקהל יעד של אמהות לילדות

בגילאי 9-26.

בקמפיין זה היו 3 גלים שכללו פרסום בכל ערוצי המדיה (טלוויזיה, רדיו ואינטרנט).

המסר העיקרי: "יש חיסון כנגד סרטן צוואר הרחם, פני עוד היום לרופא שלך ושאל על החיסון".

סמדר שיר ובנותיה פרסמו את החיסון וסמדר שיר פנתה לאמהות באופן אישי ואמרה "אני כבר חיסנתי את הבנות שלי, ומה איתך?"

מטרת הקמפיין השני הייתה לעלות מודעות לטיפול תרופתי להתקרחות גברית. הקמפיין פנה לקהל יעד של גברים בגילאי 18-45. קמפיין זה החל בשנת 2008 ומאז היו כ-6 גלים שכללו פרסום בכל ערוצי המדיה.

המסר העיקרי הוא "לרופאי העור יש טיפולים מוכחים להתקרחות גברית".

במרכז הקמפיין השתמשו במילה המרמזת על התקרחות, "שלכת" ובהמשך השתמשו במילה המרמזת על מתקרחים שאינם מאמינים כי קיים טיפול להתקרחות גברית "סקפטיים".

שיטות המחקר

מחקרי שוק כמותיים ואיכותיים בקרב מדגם מייצג של קהל היעד נערך לפני ואחרי קמפיין. השאלות המרכזיות היו בחינת רמת המודעות למחלה ולדרכי המניעה/טיפול שלה ועם מי מתייעצים לפני ואחרי הקמפיין.

1. 300 אמהות לילדות בגילאי 9-26 נשאלו בסקר טלפוני לפני ואחרי קמפיין בנושא חיסון כנגד סרטן צוואר הרחם

2. 300 גברים המוטרדים מהתקרחותם בגילאי 18-45 נשאלו בסקר טלפוני לפני ואחרי קמפיין בנושא טיפול תרופתי להתקרחות גברית

3. בקמפיין חיסון כנגד סרטן צוואר הרחם נערך סקר בקרב 120 רופאים במטרה לבחון האם הייתה עלייה במספר הפניות היזומות של אמהות שביקשו מידע על החיסון

מדדים להצלחה

1. רמת מודעות ספונטנית ונעזרת לפני ואחרי קמפיין למחלה/ תופעה הרלוונטית לקמפיין

2. רמת המודעות לפני ואחרי קמפיין לטיפול תרופתי/חיסון הרלוונטי לקמפיין

3. מספר הכניסות לאתר האינטרנט הרלוונטי לקמפיין

4. מספר החיפושים אחר מסר הקמפיין באתר גוגל

5. מספר אנשים שהשאירו פרטים וביקשו לקבל ייעוץ רפואי טלפוני

6. מספר הפניות לרופא בעקבות הקמפיין (השוואה לפני ואחרי הקמפיין)

7. מספר האנשים שהחלו בטיפול הרלוונטי לקמפיין (תרופה להתקרחות או חיסון נגד הווירוס שגורם לסרטן צוואר הרחם)

8. גידול במכירות של התרופה/החיסון הרלוונטי לקמפיין

ממצאים עיקריים במחקרי השוק לפי קמפיין

1. קמפיין החיסון כנגד סרטן צוואר הרחם

- רמת המודעות לאחר הקמפיין עלתה באופן משמעותי ועמדה על 38% מודעות ספונטנית ו- 88% מודעות נעזרת בקרב האמהות. המודעות היא למחלת סרטן צוואר הרחם ולקיומו של חיסון שעשוי למנוע אותה (לפני הקמפיין הראשון המודעות הייתה נמוכה מאוד כ-5%)
- 53% מהאמהות המודעות לחיסון אמרו כי הן מתכוונות לחסן את ביתן, 12% אמרו כי הבת כבר חוסנה והשאר אמרו שלא מתכוונות לחסן (30%) או שאינן יודעות (5%).
- ניתן לראות פער בין רמת המודעות הגבוהה לבין ההנעה לפעולה (הגעה לרופא/התחסנות).
- האימהות שאמרו כי הן מתכוונות לחסן את ביתן ועדיין לא עשו כן, נשאלו מדוע? התשובות יתחלקו לשני סוגים, כרבע מהאימהות ציינו כי מחיר החיסון יקר מדי, וכשליש מהאימהות ציינו כי חסר להן ידע או מידע על החיסון כמו: יעילות, תופעות לוואי, גיל החיסון האופטימאלי וכדומה. הסיבה המרכזית המונעת מקהל המטרה להתחסן הוא החשש מכך שמדובר בחיסון חדש שהאפקטיביות והסיכונים שלו עדיין לא ידועים.
- בשאלה אם מי הן התייעצו בנושא החיסון, הרופא היה המקור המרכזי להתייעצות, אך נשים שחיסנו את בנותיהן היו מקור חשוב להתייעצות ולקבלת החלטה לגבי חיסון הבת.
- מכירות החיסון גדלו לאחר כל אחד מהקמפיינים
- הממצאים מתשאול הרופאים הצביעו על עלייה במספר הפניות היוזמות של אמהות שביקשו מידע על החיסון כנגד סרטן צוואר הרחם, הרופאים העידו כי 50% מהשיחות בנושא החיסון נעשו ביוזמת האמהות ו-50% ביוזמתם.
- 2. קמפיין טיפול תרופתי להתקרחות גברית
- רמת המודעות עלתה באופן מובהק לטיפול תרופתי במרשם רופא. המודעות לטיפול בתרופת מרשם עמדה על 12% מודעות ספונטנית ו- 35% מודעות נעזרת.
- רופאי העור נתפשים כברי הסמכה בנושא אליהם יפנו לקבל ייעוץ (69%), מיעוט גדול מקהל היעד מצהירים כי יעשו כך (35%). אין נתונים השוואתיים לנושא זה משנה שעברה.
- השפעת הפרסום מרשימה במיוחד, הפרסום חיזק באופן ניכר את המודעות, את הרצון לטפל ואת הכוונות לפנות לקבל טיפול מרופא העור.
- מכירות תרופת המרשם גדלו לאחר כל אחד מהקמפיינים
- שני הקמפיינים, פונים לקהלי יעד שונים (קהל גברי וקהל נשי) ומאפשרים הסתכלות רחבה על קהל יעד מגוון שנחשף לקמפיינים והשפעתם על מודעות והנעה לפעולה.
- המחקרים מציגים ממצא ברור כי לקמפיינים השפעה מובהקת בהעלאת מודעות למחלה ולטיפול בה, בהעברת מסרים מעוררי הזדהות ובהשפעה על תפישות והנעה לפעולה (הגעה לרופא ורכישת המוצר).

דיון ומסקנות

תפקידו של המטופל בקבלת החלטות רפואיות השתנה בעשור האחרון.

המטופלים כבר אינם נתפסים כפאסיביים בכל הנוגע לקבלת טיפול רפואי, אלא משתתפים אקטיביים אשר משחקים תפקיד מפתח בקבלת ההחלטות הרפואיות לגביהם.

בעידן האינטרנט בו הנגישות של הצרכנים למידע רפואי, נושא הרגולציה צריך להיבחן מחדש.

מעורבות המטופל גבוהה מאוד והוא יוזם פניות לרופא שלו ומבקש מידע נוסף על סמך מידע מהאינטרנט, על כן פרסום מדעי ומקצועי לקהל הרחב יכול להוות כלי נוסף להעצמת המטופל ולהקניית מודעות לגבי מצב בריאותו.

נושא ההתמדה וההיענות לטיפול במחלה כרונית הוא נושא כאוב. מחקרים רבים שבחנו את רמת ההיענות לטיפול, גם במחלות כרוניות חמורות (כמו סוכרת, כולסטרול ולחץ דם), הצביעו על כך שרק מחצית מהמטופלים מתמידים בטיפול שניתן להם. במחקר מייצג (Dominick L. Frosch, David Grande, Derjung Tarn and Richard Kravitz, 2010)

הוכח כי פרסום ישיר ללקוח עשוי לשפר את ההתמדה וההיענות לטיפול. 72% מהרופאים ו-82% מהמטופלים הסכימו כי פרסום תורם להתמדה של המטופלים בטיפול התרופתי המפורסם.

ניתן לראות כי כל המחקרים שבחנו את רמת המודעות של הצרכנים (לתרופה או מצב רפואי שפורסם) עלתה משמעותית לאחר שנחשפו לפרסום.

השילוב בין נתוני מחקרי השוק במדינת ישראל ומחקרים מהעולם, ובמרכזם המחקר הדני המקיף שכלל 300 משתתפים, מצביעים על תמונה ברורה של השפעת קמפיין ישיר ללקוח על רמת המודעות וההנעה לפעולה.

המידע הרב שנצבר במסגרת מחקרי השוק של הקמפיינים המקומיים מאפשר לנו לראות כי על אף המגמה של הנעת הצרכנים לפנות לרופא, עדיין קיים פער בין רמת המודעות לבין הנעה לפעולה.

למעשה פחות מעשרה אחוזים מהצרכנים שנחשפו לפרסום ומודעים למחלה/לטיפול יגיעו לרופא ויממשו את המרשם שהרופא נתן להם.

הסיבות העיקריות שמובילות לפער בין רמת המודעות לבין ההנעה לפעולה הן:

1. המודעות למחלה או לקיום טיפול תרופתי אינה מספקת. ישנו הבדל גדול בין מודעות לבין ידע. במקרים רבים, הידע על יעילות ובטיחות תרופת מרשם לא מספקים את הלקוח הפוטנציאלי, בחלק מהמקרים חוסר הידע מוביל לחשש ולהחלטה לא לנקוט פעולה לבירור אצל הרופא.
2. ההגעה לרופא מצריכה פעולות מקדימות רבות של בחירת רופא (במקרה וזהו רופא מוחה ולא רופא המשפחה המוכר), קביעת תור לרופא, הגעה לקופת החולים, לקוחות פוטנציאליים נוטים לדחות את התהליך או לוותר עליו על אף נכונותם לקבל את הטיפול התרופתי
3. בתחום ההתקרחות הגברית מדובר על גברים צעירים שאינם מבינים מדוע עליהם לפנות לרופא בנושא אסתטי, הם מרגישים כי הפנייה לרופא עור מגדירה אותם כחולים ועל כן מתמהמהים עם קביעת התור וההגעה לרופא. באופן דומה סביר להניח כי קטגוריות מחלות שונות יובילו להתנהגויות שונות של לקוחות פוטנציאליים.

4. מחקרי שוק שנערכו בתחום ההתקרחות הגברית הראו כי ישנו תהליך הבשלה ארוך מרגע ההשלמה של גבר המוטריד מהתקרחות שלו שאכן הוא מקריח ועד שהוא מחליט להגיע לרופא ולבקש טיפול תרופתי (לאחר שנחשף אליו בקמפיינים במרבית הפעמים). מנתון זה ניתן להניח כי תהליך ההבשלה מרגע החשיפה לקמפיין משתנה בהתאם לתחום המחלה והטיפול המפורסמים, בהתאם למצב הבריאותי של הנחשף לפרסום, בהתאם למצב ההשכלה ועוד.
5. באופן ספציפי לגברים שנחשפים לטיפול להתקרחות גברית נמצא כי לעיתים הם פונו להתיעץ עם הרוקח או הספר שלהם שמייעצים לנסות טיפולים ללא מרשם רופא (כי מתוגמלים עליהם) ורק לאחר שהגברים מתנסים ומתאכזבים מהטיפולים שהוצעו חלקם מחליטים לפנות לרופא לקבלת מרשם לטיפול תרופתי מוכח.
6. קיים חוסר אמון גדול בקרב קהל היעד כי קיים טיפול תרופתי מוכח מדעית להתקרחות גברית, כך שעל אף המודעות, הסקפטיות נשארת והם לא פונים לרופא. גם כאן, סביר להניח שעמדות ותפיסות משתנות בהתאם לקטגוריית המחלות וההבטחה הטיפולית המפורסמת.
- הדיון הער בנושא פרסום תרופות המרשם אינו חדש, הסיבה העיקרית נגד הפרסום היא הטענה שפרסום מונע ע"י חברות התרופות ועל כן המטרה המרכזית היא עלייה במכירות התרופה ולא חינוך השוק. טענה הפוכה, המחזקת את חשיבות הפרסום היא "זכות הציבור לדעת". ואכן, כיצד ידעו חולים על תרופה חדשה לסרטן שד אם לקופות החולים אין אינטרס לספר עליה עקב עלותה הגבוהה? כיצד ידעו על טיפול חדשני לחולי איידס? (Berndt, E. R., 2005)
- אחת הדרכים שאנו מציעות היא בחינת האפשרות לפרסם תרופת מרשם בנוסח ובמבנה קבוע שיחייב לפרסם נתונים על יעילות קלינית ותופעות לוואי בהתבסס על מחקרים קליניים רחבים ועם רגולציה ברורה של משרד הבריאות לכל פרסום לקהל הרחב.
- ישנן מספר מגבלות בבחינת השפעת אפקטיביות קמפיין על בסיס הקריטריונים של רמת מודעות והנעה לפעולה ואנו נסקור את העיקריות שבהן:
1. רמת המודעות משתנה בהתאם למסר של הקמפיין. המודעות יכולה להיות לקיום מחלה, לטיפול תרופתי (ללא אזכור השם) וכמובן, לא לכל פרסום כזה ערך או אפקטיביות שווים. הערכות בדבר ההשפעות של המאמצים השיווקיים מתרכזים בשני סוגי תוכן פרסומי:
- אספקת מידע - פרסום המעביר מידע (למשל דיון במחלה, במצב בריאותי או ממליץ על בדיקות, מבלי להזכיר או להציע תרופה או מכשור) נחשב כמעודד צרכנים לחפש את הטיפול המתאים, ועל כן תומך בבריאות הציבור.
 - שכנוע - פרסום לצרכנים המזכיר טיפול תרופתי או מכשור ספציפי, נחשב לפרסום שמטרתו שכנוע.
- ראוי שגם משרד הבריאות במדינת ישראל ייתן את הדעת להבדל בין קמפיין להעלאת מודעות למחלה והמלצה לפנות לרופא לבין קמפיין המזכיר טיפול ספציפי.
- כיום, משרד הבריאות לא מבחין בין המטרות השונות של הקמפיינים ומערים קשיים רבים עד לאישור קמפיין להעלאת מודעות למחלה.
2. הנעה לפעולה במקרה של קמפיין של תרופת מרשם מדבר על הגעה לרופא. ההגעה לרופא עדיין לא מבטיחה כי הרופא ירשום את הטיפול התרופתי שהלקוח ביקש, גם אם הלקוח קיבל את המרשם של התרופה שביקש, יש לקוחות שמקבלים

מידע נוסף מהרופא (יעילות, בטיחות, מחיר וכו') שגורמות לו להחליט לא לרכוש את התרופה. כך שההנעה לפעולה אינה בהכרח מתורגמת למכירות. הנתון של מימוש מרשמים הוא נתון חסר וניתן לחשוב על מחקרים עתידיים שיבחנו את ההיבט הזה.

3. הפרמטרים של מודעות והנעה לפעולה הם חזקים ומרכזיים אך ישנם פרמטרים נוספים שכדי להביא בחשבון בבחינת אפקטיביות קמפיין. בין הפרמטרים הם: עמדות קהל היעד על הטיפול התרופתי, בחינת ההשפעה ברמת ערוץ פרסום (טלוויזיה, רדיו ואינטרנט) חשוב להבנת ההבדל בין הערוצים והחלטה היכן נכון להשקיע.

4. רמת המודעות יכולה להיות בעלת השפעה מצטברת מקמפיין לקמפיין ועל כן קשה לבדוד את רמת המודעות של קמפיין אחד מרמת מודעות שהתקבלה מקמפיינים קודמים. כך גם ההנעה לפעולה מצטברת בין הקמפיינים. ישנם מספר מודלים המציעים כי לקוח ממוצע נחשף לפחות ב-4 מקומות שונים למסר של קמפיין עד שהוא מחליט לעשות משהו בנידון. על כן קשה לבדוד את פרמטרים אלו מקמפיין לקמפיין.

5. חשוב לזכור כי השיווק לרופאים בעל משקל רב בהחלטת הרופא על התרופה שהלקוח יקבל. במחקר זה לא שילבנו את ההשפעה של שיווק לרופאים במקביל לפרסום לקהל הרחב. ההנעה לפעולה תתורגם לרכישת המוצר הרבה פעמים הודות לשיווק לרופאים ע"י נציגים רפואיים, עדכון הרופאים במידע מדעי ועוד. מחקרם של Kurt R. et al. משנת 2006 מציג באופן ברור כי תמהיל שיווקי הכולל שיווק לרופאים (detailing), פרסום ישיר לקהל רחב ומדיניות תמחור הן אסטרטגיות משלימות בכל חברות התרופות.

מדיווחי רופאים מתברר, שבכ-25% מהביקורים, שאלות של מטופל אודות תרופת מרשם שפורסמה גרמו לזיהוי של מצב רפואי חדש. הגרף שבנספח 6 מציג את עשר הבעיות הרפואיות השכיחות ביותר עליהן שאלו המטופלים. הללו כוללות מצבים שהיו יכולים להיות מזוהים ומטופלים באפקטיביות הודות לפרסום אינפורמטיבי (דיכאון, חרדה, יל"ד, והיפרליפידמיה) וכן הודות לתרופות מרשם מסוימות אליהן נחשפו בתקשורת, למרות שקיימים לגבי מצבים אלה טיפולים פחות יקרים (צרב, אלרגיות וארטריטיס).

לאור הסקירה הרפואית וניתוח הנתונים ממחקרי שוק מקומיים אנו מאמינות כי פרסום ישירות לצרכן שנעשה כראוי הוא כלי חשוב לקידום בריאות הציבור. "נעשה כראוי" - זו מילת המפתח.

לעתים קרובות מדי פרסום כזה נכשל בהשגת מטרתו העיקרית. כלומר, ל-DTCA פוטנציאל ניכר ככלי לקידום בריאות הציבור, אבל התעשייה צריכה להיענות לדרישת הצרכנים והרופאים לפרסום מאוזן יותר באשר לסיכונים ולתועלות. בישראל, למרות שחל איסור פרסום ישיר לצרכן של תרופות מרשם, חברות התרופות מוצאות דרכים יצירתיות לעשות כן. נוצר מצב תמוה, בו ניתן לפרסם "באופן סמוי" ללא שום פיקוח רגולטורי תרופת מרשם "פופולארית" (שבהגדרה טמונת בשימוש בה סכנות גדולות יותר מאשר בתרופת OTC), כל זמן ששמה אינו מוזכר בפרסומת. כך נחשף הציבור לפרסום מוטא, שאינו מזהיר מפני תופעות לוואי והתוויות-נגד שעלולות להיגרם כתוצאה משימוש בתרופה.

היקף הפרסום הסמוי בישראל הולך וגדל, לכן חשוב לגדר תחום פרוץ זה על ידי מיסוד הפרסום של תרופות מרשם לציבור הרחב, ולקבוע חוקים ותקנות רגולטורים ברורים, שיתנו מענה לרצון הציבור לדעת ולהיות אחראי על בריאותו, בד בבד עם יצירת פלטפורמה מאוזנת של פרסום מהימן.

מחקרים עתידיים

לעיתים רחוקות מתוארת עמדת קהל היעד על קמפיינים ישירים של תרופות מרשם לקהל הרחב (DTCA). סמינריון זה חשף אותנו לתחום מרתק ולאחר שהתעמקנו בתחום אנו מבינות שיש עוד סוגיות רבות שכדאי ומעניין יהיה לחקור, והעיקריות שבהן:

1. ניתוח הקשר בין רמת מודעות להנעה לפעולה בקרב הצרכנים לוקה בחסר. ישנם נתונים של כל קריטריון בנפרד אך יחס ההמרה בין שני הקריטריונים לא נבחן והוא יכול לשפוך אור נוסף על התנהגות הלקוחות הפוטנציאליים והתרגום לרכישת התרופה.

2. בחינת הפער הגדול בין מודעות להנעה לפעולה תוכל לסייע בהבנת הצרכנים הפוטנציאליים ובבניית קמפיין אפקטיבי ומותאם לצרכי הלקוחות. הבנת החסמים של הצרכנים המודעים לצורך בטיפול מסוימים בהגעה להתייעצות עם הרופא תוכל לסייע בבחירת מסר מתאים ובפנייה ממוקדת יותר לקהל היעד.

3. מעניין לבחון את הקשר בין מצב סוציו-אקונומי ליוזמה לפנות לייעוץ רפואי אודות תרופות מרשם שפורסמו ישירות לצרכנים.

4. בחינת השפעת הקמפיינים הישירים מיועדת ללקוחות פוטנציאליים אך מעולם לא נבחנה האם ישנה השפעה על התמדה והיענות לטיפול של מטופלים קיימים. אנו מניחות שנגלה כי יש השפעה חיובית על התמדה והיענות של צרכני תרופות קיימים עקב החשיפה לפרסום והזדהותם עם הטיפול/ההמלצה הטיפולית.

5. בחינת הכדאיות הכלכלית של קמפיין מורכבת ולא מצאנו מחקרים המצליחים למקד את המשתנים העיקריים לחישוב החזר על ההשקעה של קמפיין ובחינת האפקטיביות שלו. אנו חושבות שיש מקום לפיתוח מודל מתמטי שישערך את מידת ההשפעה של פרסום ישיר על רמת מודעות ורמת הנעה לפעולה בהתאם לסוג הקמפיין, תמחור וניתוח תוצאות של קמפיינים קודמים. מודל כזה יוכל לנבא השפעה של קמפיין ואת רמת החזר על ההשקעה (ROI) ולסייע בהחלטה האם ישנה כדאיות כלכלית לפרסום או לאו.

נציג מודל פשטני ראשוני לבחינת השפעת הקמפיין על מכירות תרופת המרשם. נזכור שלא ניתן לפרסם תרופת מרשם ישירות, ולכן השיטה הפרסומית היא לגרום ללקוח הפוטנציאלי לפנות לרופא ולקוות שזה יפנה אותו לתרופה הרצויה למפרסם.

המודל שלנו מורכב ממשתנים התלויים בזמן ומפרמטרים שונים אותם ננסה לשערך.

נבחר באופן שרירותי את יחידת הזמן להיות שבוע. נסמן

$S(j)$ - קהל היעד הרלוונטי לתרופה (למשל, גברים המוטרדים מהתקרחות בגילאי 18-45) בשבוע j שעדיין לא נחשפו לפרסום.

$I(j)$ - ההשקעה שלנו בקמפיין. נניח כי ההשקעה מתורגמת ישירות לחשיפה, לכן אותה פונקציה היא גם מדד החשיפה של

קהל היעד לפרסום. נזכור ש $I(j)$ היא בשליטתנו ויש לנו מידע מלא עליה.

$E(j)$ - מספר האנשים הרלוונטיים שנחשפו לפרסום ומודעים לו, אך עדיין לא הלכו לרופא

$V(j)$ - מספר האנשים שביקרו אצל רופא בשבוע j .

$M(j)$ - המכירות של תרופת המרשם בשבוע j .

נשים לב שלפי מודל כל אדם רלוונטי (במקרה שלנו גבר המוטריד מהתקרחות בגיל 18-45) שייך לקבוצה E או S או V .

המודל מנסה לתאר כיצד קהל היעד "עובר" מקבוצה לקבוצה.

המודל שלנו מורכב מהמשוואות הבאות:

$$E(j+1) - E(j) = b I(j) S(j) - a E(j) \quad (1)$$

$$S(j+1) - S(j) = -b I(j) S(j) \quad (2)$$

$$V(j+1) - V(j) = a E(j) \quad (3)$$

$$M(j+1) - M(j) = d V(j) \quad (4)$$

המשוואה הראשונה מתארת את קצב הגידול במספר הנחשפים E , כאשר קצב זה מואט כי חלק מהנחשפים הולכים

לראות רופא, ואז אנו מוציאים אותם מהקבוצה E .

המשוואה השנייה מתארת את הירידה במספר האנשים הרלוונטיים הנגרמת מכך שהם נחשפו לפרסום ונהיו מודעים לו.

התוספת של אבר המכפלה SI המופיע במשוואה זו כמו גם במשוואה (1). זהו אבר אינטראקציה מקובל במודלים מסוג זה

למשל עבור ריאקציות כימיות או התפשטות מגיפות.

המשוואה השלישית מתארת את קצב הגידול בביקורים אצל הרופאים. האבר שם זהה, אך בסימן הפוך, לאבר השני באגף

ימין של משוואה (1).

המשוואה האחרונה מתארת את קצב גידול המכירות.

אנו מניחים שידועים לנו V , S , ו M בזמן $j=0$, וכן כמובן שמתקיים $E(0)=0$. לכן המודל שלנו מתאר את ההתפתחות של

E , S , V ו M בזמן כתוצאה של הפעלת הקמפיין הנמדד ע"י I .

תחילה, נשים לב, ע"י חיבור משוואות (1), (2) ו (3) שהסכום

$$E(j) + S(j) + V(j) = C \quad (5)$$

איבוד אנשים (למשל מוות, יציאה מקבוצת הגיל או כניסה אליה וכו').

מה ניתן למדוד? כמובן שקל למדוד את פונקציית המכירות $M(j)$. ובעזרת מחקרי השוק יש בידינו גם ידע על הפונקציה

$V(j)$.

מה אנו רוצים למצוא? הבעיה המרכזית היא לשערך את הפרמטרים a, b, d . נתאר זאת באופן הבא: נניח שבשבוע מסויים,

נגיד שבוע J , אנו מפסיקים את הקמפיין לזמן מה. כעת משוואות (1) ו (2) נהיות:

$$(E(j+1)-E(j)) = -a E(j) \quad (6)$$

$$(S(j+1) - S(j)) = 0 \quad (7)$$

כלומר, S אינה משתנה יותר כי מזמן J הנחנו $I=0$, ולכן אין חשיפה חדשה לפרסום. כעת ממשוואה (6) נובע שלאחר זמן

מה ידעך מספר הנחשפים E (שעדיין לא הלכו לרופא) ל-0. יתר על כן, ברור אינטואיטיבית, וגם ממשוואות (3) ו (6)

שמתקיים בשבועות שאחרי השבוע J

$$(E(j) + V(j)) = K \quad (8)$$

כאשר K קבוע בזמן. כאמור לאחר זמן מה E קרוב לאפס, נגיד למשל שבשבוע ה- L (L גדול מ- J) אפשר כבר לרשום

$V(L) = K$. כיוון שאנו יודעים את V , יש לנו שיערוך של K . נתבונן איפה במשוואה (8) בזמן J . כיוון שידוע לנו $V(J)$, וכיוון

שזה עתה חישבנו את K , אנו יודעים כעת את $E(J)$. ממשוואה (3) ניתן כעת לחשב (בזמן J) את הפרמטר a .

שיערוך הפרמטר d הוא קל, כי הנחנו שאנו יודעים את V ואת M .

נותר לחשב את הפרמטר b . נחזור לשם כך למשוואה (5) ונתבונן בה בשבוע J . כיוון ש E ו גם V ידועים בזמן זה, וכיוון

שבזמן $j=0$, כלומר בתחילת הקמפיין, $E=0$, ואילו S ו V ידועים, אנו יודעים את ערכו של הקבוע C . לכן ניתן לחשב בזמן J

את $S(J)$. כעת, ניתן לחשב את הפרמטר b מתוך משוואה (2) כיוון ש I נתון לנו בכל זמן, וערכי S ידועים בזמן 0 ובזמן J .

בכך הישגנו את מטרתנו.

הערות על המודל: כאמור בפתיחה, זהו מודל מאוד ראשוני. יש לו חסרונות רבים ויש דרכים רבות לשפר אותו. למשל,

הנחנו שיש קשר ישיר בין ההוצאה לפרסום והחשיפה - אך ברור שהקשר תלוי בשיטת הפרסום. כמו כן הזנחנו מעבר מידע

מסדר שני (כלומר, אדם שאינו מהקבוצה הרלוונטית נחשף לפרסום ומיידיע אדם מהקבוצה הרלוונטית) וכו'. בפרט רצוי

לחשוב על דרכים לניתוח המודל כך שניתן יהיה לשערך את הפרמטרים שלו בלי להניח שידועה לנו הפונקציה $V(j)$

המתארת את הביקורים אצל הרופא, כי קשה להשיג מידע זה באופן רציף ואמין.

מודל זה פותח בעזרתו האדיבה של פרופ' רובינשטיין (דיקן הפקולטה למתמטיקה בטכניון). מודל מסוג זה יכול לשמש

ככלי בעל ערך רב בבחינת כדאיות כלכלית של קמפיין תוך שילוב נתוני החשיפה (=מודעות), רמת ההנעה לפעולה (=ביקור

אצל רופא) והתרגום למכירות התרופה.

סקירת המאמרים וניתוח מחקרי השוק של קמפיינים לקהל הרחב של תרופות מרשם אפשרו לנו להבין את הנושא

המורכב והשנוי במחלוקת הזה. על אף המחקרים השונים שנעשו בתחום והניתוח לאורך השנים של התפתחות הקמפיינים

יש עדיין כיווני מחקר רבים אפשריים וביניהם בחינת פיתוח מודלים שיאפשרו לבחון כדאיות כלכלית והחזר על השקעה

בפרסום ישיר לקהל הרחב על סמך קריטריונים שונים שהמרכזיים בהם: רמת המודעות לתרופה וההנעה לפעולה (הפנייה

לרופא).

Abermathy, L.T. and C.E. Adams-Price. 2006. Memory and Comprehension of magazine-based prescription drug advertisements among young and old adults. *Journal of current issues and research in advertising*. 28(2) 1-13.

Aikin, K.J., J.L. Swasy'A.C. Braman. 2004. Patient and Physician Attitudes and Behaviors Associated with DTP promotion of prescription drugs-summary of FDA survey research results. US department of health and human services food and drug administration center for drug evaluation and research final report.

Calfee, John E. 2002. Public policy issues in direct to consumer advertising of prescription drugs. *Journal of public policy & marketing*. 21(2) 174-193.

Dominick L. Frosch, David Grande, Derjung Tarn and Richard Kravitz. 2010. A decade of controversy: balancing policy with evidence in the regulatory of prescription drug advertising. *American Journal of Public Health*. 100(1) 24-32.

Donohue, Cevasco and Rosenthal. 2007. A decade of direct to consumer advertising of prescription drugs. *New England Journal of Medicine*. 357 (7) 673-681.

Gill Butler. 2002. Strategic trends facing the pharmaceutical industry and their implications for marketing skills development. *International journal of medical marketing*. 3(1). 65-68.

Gurumurthy Kalyanaram. 2008. The order of entry effect in prescription (Rx) and over-the-counter (OTC) pharmaceutical drugs. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*. 2(1). 35-46.

Joakim Rehne and Claus Moldrup. 2008. Danes ' awareness of and attitude towards direct-to-consumer advertising (DTC-A) of prescription drugs: A quantitative survey of 3,000 respondents. *Journal of Medical Marketing*. 8(1) 31-38.

Kurt R. Brekke and Michael Kuhn. 2006. Direct to consumer advertising in pharmaceutical markets. *Journal of Health Economics*. 5 102-130.

Marla B Royne and Susan D Myers. 2008. Recognizing Consumer Issues in DTC Pharmaceutical Advertising. *The Journal of Consumer Affairs*. 42(1) 60-80.

Michael Friedman and James Gould. 2007. Consumer attitudes and behaviors associated with direct-to-consumer prescription drug marketing. *Journal of consumer marketing*. 24(2) 100-109.

Michael Latta. 2007. How to forecast the demand of a new drug in the pharmaceutical industry . *The Journal of business forecasting*. 21-28.

Mintzes, Barbara. 2002. For and against: Direct to consumer advertising is medicalising normal human experience. *British Medical Journal*. 324 (7342) 908-909.

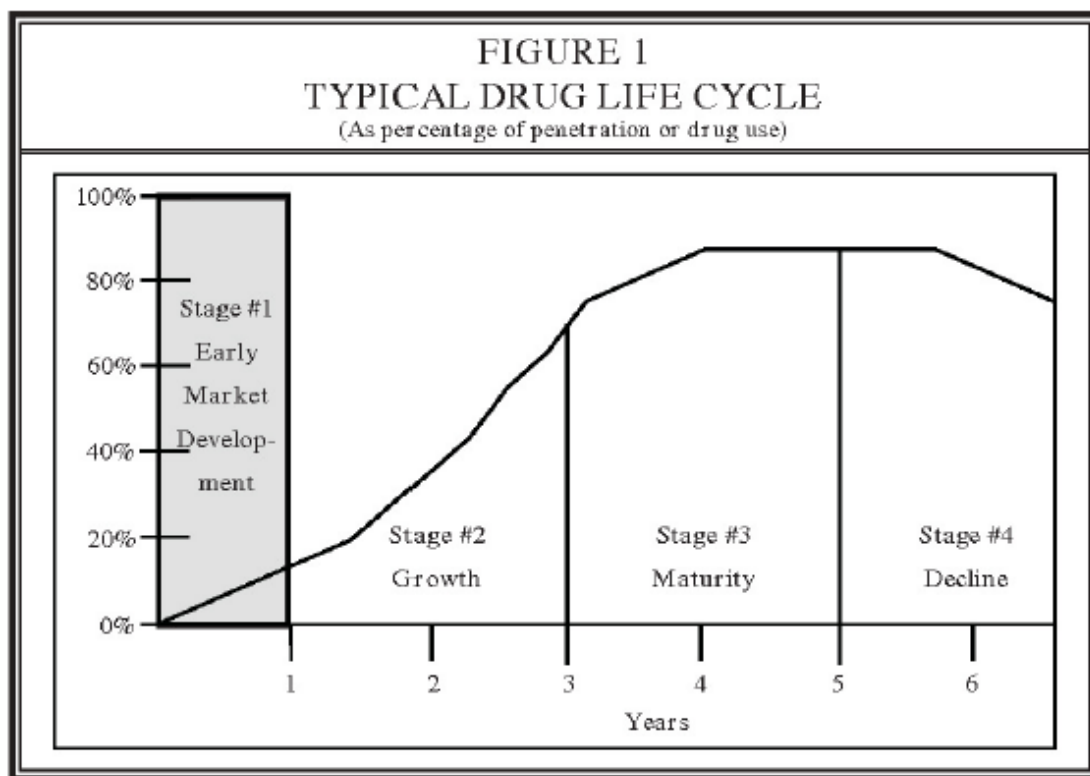
Puneet Manchanda and Pradeep K. Chintagunta. 2004. Responsiveness of Physician Prescription Behavior to Salesforce Effort: An Individual Level Analysis. *Marketing Letters*. 15(2-3)129–145.

Stefan Stremersch and Aurelie Lammens. 2009. Sales growth of new pharmaceuticals across the globe: the role of regulatory regimes. *Marketing Science*. 28(4) 690-708.

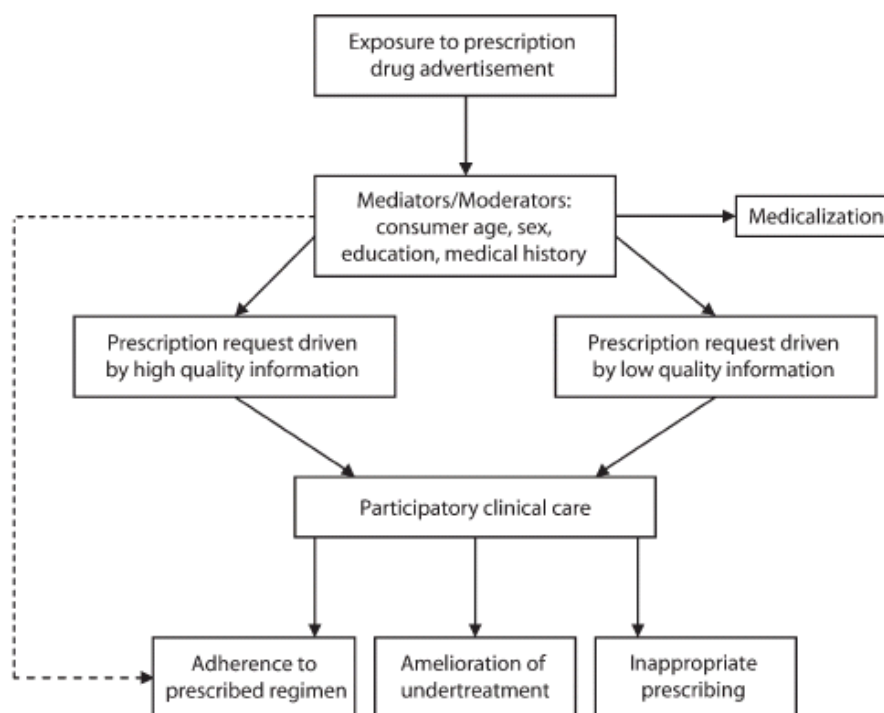
Wolfe S.M. 2002. Direct to consumer advertising – Education of promotion? *New England Journal of Medicine*. 346 (7) 524-526.

קתרין אלה, 2001.

http://www.health.gov.il/nehelim/docs/24_pirsum.doc



Michael Latta. 2007.



Note. Contextual factors to consider for this model include medical visit type and physician specialty (e.g., primary care, specialty care), physician marketing exposure, physician's previous patient communication training, system of care (e.g., health maintenance organization, fee-for-service), and quality-of-care indicators.

FIGURE 1—Conceptual model of the effects of prescription drug advertising.

TABLE 1—Summary of Evidence for Claims Made by Supporters and Opponents of Prescription Drug Advertising to Consumers

Claim ^a	Summary of Evidence	Strength of Evidence and Future Research Directions
Prescription drug advertisements are educational	<p>More than half of physicians and the public surveyed agreed that DTCA educates the public about diseases and treatments.</p> <p>Content analysis studies found that most DTCA lacks important information to help consumers make truly informed decisions about the benefits and risks of prescription drugs.</p> <p>Ad information often requires a high level of literacy for comprehension.</p> <p>Experimental studies found that consumer recall of information in ads is suboptimal.</p>	<p>Physician and patient survey findings reflect subjective perceptions of the educational value of DTCA, rather than objective assessments that DTCA increases knowledge about prescription drugs.</p> <p>Content analysis studies provide more objective assessments of the educational potential of DTCA, but do not reflect what consumers actually learn.</p> <p>Few studies have longitudinally or experimentally assessed learning after exposure to DTCA.</p>
Prescription drug advertisements improve the quality of clinical care	<p>In some surveys, physicians and patients agreed that DTCA promotes patient involvement, increases patients' participation in their health care, and positively affects physician-patient discussions.</p> <p>One study suggested that prescription requests are less likely among patients from economically disadvantaged groups.</p> <p>Limited rigorous experimental evidence suggests that DTCA-prompted requests can enhance diagnostic sensitivity and treatment provision.</p>	<p>The majority of studies examining the effect of DTCA on the quality of care were cross-sectional surveys assessing subjective perceptions of physicians and patients.</p> <p>Few studies used rigorous objective measures to assess the effects on quality of care.</p> <p>Nothing is known about the effects of DTCA on health outcomes.</p>
Prescription drug advertisements promote patient adherence to prescribed regimens	<p>In some surveys, but not in others, the majority of physicians and patients agreed that DTCA promotes adherence.</p> <p>Studies of claims data found small positive ecological (or area level) associations between DTCA spending and prescription persistence for antidepressants and lipid-lowering agents.</p>	<p>Survey studies of the effect of DTCA on patient adherence relied on subjective perceptions of physicians and patients.</p> <p>No studies directly link individuals' ad exposure to improved adherence.</p>
Prescription drug advertisements promote questionable prescribing practices	<p>In some surveys, physicians indicated that they fulfilled questionable DTCA-prompted patient requests for prescriptions.</p> <p>Studies of claims data found evidence for inappropriate prescribing of COX-2 inhibitors and proton pump inhibitors associated with DTCA exposure.</p> <p>Experimental evidence suggests that DTCA-prompted requests increase clinically questionable prescribing of antidepressants for adjustment disorder.</p>	<p>Rigorous evidence concerning questionable prescribing in response to DTCA-prompted requests is limited to a small number of therapeutic areas.</p>
Prescription drug advertisements promote overdiagnosis and medicalization	<p>Case studies of marketing campaigns and content analyses illustrate how ads expand the diagnostic boundaries of illnesses.</p> <p>Limited experimental evidence supports DTCA-prompted medicalization in the context of a mild psychiatric condition.</p>	<p>Proving medicalization is challenging for researchers.</p> <p>The effects of expanding diagnostic boundaries on population health outcomes remain unknown.</p>

Note. COX= cyclo-oxygenase; DTCA= drug advertising to consumers.

^aAdditional claims that remain relatively underexplored in the empiric literature include the effect of DTCA spending on resource allocation by pharmaceutical companies (i.e., research versus promotion), the influence of DTCA on the substitution of generic for brand name drugs, and the interactions of DTCA with direct-to-physician marketing.

Table 1. Annual Spending on Direct-to-Consumer Advertising and Promotion to Health Professionals, 1996–2005.*										
Variable	Annual Spending									
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Direct-to-consumer advertising										
Total spending (millions of \$)	985	1,301	1,578	2,166	2,798	2,954	2,864	3,478	4,160	4,237
Percentage of sales	1.2	1.5	1.6	1.8	2.1	2.0	1.9	2.2	2.5	2.6
Professional promotion										
Total spending (millions of \$)										
Detailing	3,747	4,093	4,861	5,064	5,447	6,055	6,731	7,364	7,585	6,777
Journal advertising	571	621	597	551	549	469	474	476	516	429
Percentage of sales	5.4	5.4	5.6	4.7	4.6	4.5	4.8	5.0	4.9	4.4
Free samples										
Total retail value (millions of \$)	6,104	7,358	7,910	8,476	9,021	11,539	12,928	14,362	16,404	18,438
Percentage of sales	7.6	8.4	8.1	7.1	6.9	8.0	8.6	9.1	9.9	11.2
Total promotion										
Total spending (millions of \$)	11,407	13,373	14,946	16,257	17,815	21,018	22,997	25,680	28,664	29,881
Percentage of sales	14.2	15.3	15.3	13.7	13.6	14.6	15.2	16.3	17.2	18.2

* Data on promotional spending are from IMS Health (www.imshealth.com); data on sales are from PhRMA's annual report. All data were adjusted to 2005 dollars, according to the Consumer Price Index. Spending on free samples for 2005 was estimated on the basis of growth and spending rates from the previous 3 years.

