



# Marketingowe zarządzanie apteką

pod redakcją Henryka Mruka

Henryk Mruk, Małgorzata Michalik, Tomasz Barańkiewicz



ABC

a Wolters Kluwer business

2. wydanie





# Marketingowe zarządzanie apteką

pod redakcją Henryka Mruka

Henryk Mruk, Małgorzata Michalik, Tomasz Barańkiewicz

2. wydanie



ABC

a Wolters Kluwer business

Warszawa 2013

Wydawca  
*Izabella Matecka*

Redaktor prowadzący  
*Marta Kamińska*

Opracowanie redakcyjne  
*Katarzyna Ogórek*

Łamanie  
*Sławomir Sobczyk*

Autorstwo poszczególnych części:

Henryk Mruk – wstęp, rozdziały: 2, 3, 4, 5, 6, 8, 15, 18, zakończenie

Małgorzata Michalik – rozdziały: 6, 7, 16

Tomasz Baratkiewicz – rozdziały: 1, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17

© Copyright by  
Wolters Kluwer Polska SA, 2013

ISBN: 978-83-264-4114-1  
2. wydanie

Wydane przez:  
Wolters Kluwer Polska SA

Redakcja Książek  
01-231 Warszawa, ul. Płocka 5a  
tel. 22 535 82 00, fax 22 535 81 35  
e-mail: [ksiazki@wolterskluwer.pl](mailto:ksiazki@wolterskluwer.pl)

[www.wolterskluwer.pl](http://www.wolterskluwer.pl)  
księgarnia internetowa [www.profinfo.pl](http://www.profinfo.pl)

## SPIS TREŚCI

<b>Wstęp</b> .....	11
<b>Rozdział I. Apteki w obliczu zmian na rynku w 2012 roku</b> .....	15
1. Geneza zmian .....	15
2. Szttywne ceny i marże oraz zakaz rabatowania .....	18
3. Zakaz reklamy aptek .....	20
4. Pozostałe zmiany .....	21
5. Zarządzanie marketingowe apteką w obliczu zmian .....	22
<b>Rozdział II. Apteka jako mikroprzedsiębiorstwo</b> .....	24
1. Misja zawodowa a prowadzenie apteki .....	24
2. Apteka w systemie gospodarczym .....	26
3. Pacjenci w centrum uwagi .....	27
4. Segmentacja istotą działań apteki .....	28
5. Koncepcja marketingu mix .....	29
<b>Rozdział III. Metody analizy otoczenia apteki</b> .....	35
1. Apteka a otoczenie .....	35
2. Otoczenie dalsze .....	35
3. Otoczenie polityczno-prawne .....	36
4. Czynniki ekonomiczne .....	37
5. Czynniki demograficzne .....	39
6. Czynniki społeczno-kulturowe .....	41
7. Czynniki naturalne .....	42
8. Otoczenie technologiczne .....	43
9. Analiza SWOT .....	45
10. Otoczenie bliższe .....	46
<b>Rozdział IV. Konkurencja na rynku aptecznym</b> .....	47
1. Obszary konkurencji .....	47
2. Pozycja aptek w społeczeństwie .....	47
3. Model konkurencji Portera .....	48

4. Konkurencja na poziomie aptek .....	51
5. Wartość dla pacjenta a pozycja apteki .....	58
6. Strategia konkurencji .....	60
<b>Rozdział V. Strategie producentów i hurtowników .....</b>	<b>64</b>
1. Wprowadzenie .....	64
2. Perspektywy rynku farmaceutycznego .....	64
3. Strategie producentów i ich ewolucja .....	65
4. Zarządzanie asortymentem u producentów .....	67
5. Strategie marek .....	68
6. Konkurencja na rynku leków generycznych .....	69
7. Farmakoekonomika a działania na rynku .....	70
8. Znaczenie trademakingu (marketingu handlowego) .....	71
9. Strategie pchania ( <i>push</i> ) a strategie wciągania ( <i>pull</i> ) .....	72
10. Skuteczność działań promocyjnych .....	72
11. Strategie pośredników .....	73
12. Etyczne aspekty reklamy .....	73
13. Partnerstwo podstawą działania .....	74
<b>Rozdział VI. Uwarunkowania zachowań pacjentów .....</b>	<b>76</b>
1. Wprowadzenie .....	76
2. Potrzeby pacjentów punktem wyjścia .....	77
3. Proces zakupu .....	77
4. Rozpoznanie problemu .....	78
5. Zdobywanie informacji .....	80
6. Ocena informacji .....	81
7. Decyzje zakupowe .....	82
8. Zachowania pozakupowe pacjentów .....	82
9. Kryteria wyboru apteki .....	83
10. Psychologia zachowań pacjenta .....	84
11. Autoprezentacja pacjenta .....	86
12. Hierarchia potrzeb pacjentów .....	87
13. Czas akceptacji nowych produktów .....	89
14. Oczekiwania pacjentów .....	89
15. Wygoda nabycia .....	90
16. Pacjent chce być rozpoznawany .....	90
17. Produkty na szczególne okazje .....	90
18. Sprzedaż leków odbiorcom zbiorowym .....	91
19. Segmentacja pacjentów .....	91
20. Pozyskiwanie nowych pacjentów .....	94

---

<b>Rozdział VII. Badania marketingowe w aptece</b> .....	97
1. Wprowadzenie .....	97
2. Pierwotne i wtórne źródła informacji .....	98
3. Informacje ilościowe i jakościowe .....	99
4. Wywiad jako źródło informacji .....	99
5. Budowa kwestionariusza ankietowego .....	100
6. Inne formy wywiadu .....	101
7. Wywiad indywidualny i grupowy .....	102
8. Badania jakości obsługi .....	104
9. Obserwacje i ich znaczenie .....	105
10. Eksperyment jako metoda badawcza .....	106
11. <i>Mystery Shopper</i> jako źródło informacji .....	107
12. Badanie skuteczności działań promocyjnych .....	108
<b>Rozdział VIII. Usługi doradztwa siłą apteki</b> .....	109
<b>Rozdział IX. Oznaczenie i marka apteki</b> .....	122
1. Wprowadzenie .....	122
2. Definicja .....	122
3. Wybór nazwy .....	123
4. Znak graficzny .....	125
5. Oznaczenie .....	127
<b>Rozdział X. Aranżacja wnętrza apteki</b> .....	129
1. Wprowadzenie .....	129
2. Umeblowanie .....	129
3. Projekt .....	130
4. Kształt pomieszczenia .....	131
5. Szyby to przeszłość .....	131
6. Kontuar .....	132
7. Plusy regałów „za plecami” .....	132
8. Kwiaty .....	133
9. Kącik dla dzieci .....	133
10. Oryginalność i estetyka .....	134
<b>Rozdział XI. Zarządzanie półką w aptece</b> .....	135
1. Wprowadzenie .....	135
2. Ograniczenia wykorzystania półki .....	135
3. A może jednak warto? .....	136
4. Wybór kategorii do ekspozycji .....	137
5. Tworzenie kategorii .....	139

6. Promocja pierwszą kategorią .....	140
7. Wybór produktów.....	141
8. Metody ekspozycji produktów .....	144
9. Ekspozycja a prawo.....	145
10. Wskazówki wdrożeniowe .....	146
<b>Rozdział XII. Samoobsługa w aptece.....</b>	<b>148</b>
1. Wprowadzenie .....	148
2. Po pierwsze: lokalizacja .....	148
3. Powierzchnia ekspedycji .....	149
4. Wygląd ekspedycji.....	150
5. Wybór towarów do samoobsługi.....	150
6. Ważne dodatki .....	151
7. Podejmowanie decyzji o wdrożeniu samoobsługi.....	152
<b>Rozdział XIII. Franchising na rynku aptecznym.....</b>	<b>153</b>
1. Wprowadzenie .....	153
2. Uwarunkowania wdrożenia franchisingu .....	154
3. Rola marki franczyzodawcy.....	155
4. Zakres i rodzaj otrzymywanego wsparcia .....	157
5. Poziom niezależności .....	158
6. Koszty i zyski.....	159
<b>Rozdział XIV. Promocja apteki .....</b>	<b>161</b>
1. Wprowadzenie.....	161
2. Definicja promocji.....	161
3. Uwarunkowania prawne .....	162
4. Promocja sprzedaży.....	163
5. Sprzedaż osobista .....	165
6. Sponsoring/public relations.....	166
7. Marketing partyzancki .....	168
8. Metody poszukiwania innowacyjnych form promocji.....	169
<b>Rozdział XV. Strategie cenowe aptek.....</b>	<b>170</b>
1. Wprowadzenie .....	170
2. Marża apteki.....	173
3. Cena a decyzje pacjentów.....	174
4. Znaczenie cen nieokrągłych i sposobów komunikowania ceny .....	177
<b>Rozdział XVI. Zasady i techniki porozumiewania się z pacjentem .....</b>	<b>184</b>
1. Wprowadzenie.....	184
2. Model porozumiewania się .....	185



---

3. Zasada pierwszego wrażenia .....	188
4. Komunikacja werbalna .....	190
5. Komunikacja niewerbalna.....	193
6. Komunikowanie się z trudnymi pacjentami.....	195
7. Zasady skutecznej komunikacji z pacjentem .....	198
8. Porozumiewanie się a obroty apteki.....	200
9. Sytuacje kryzysowe w aptece .....	201
<b>Rozdział XVII. Plan marketingowy apteki .....</b>	<b>203</b>
1. Wprowadzenie .....	203
2. Proces planowania.....	203
3. Ocena sytuacji.....	204
4. Wyznaczanie celów.....	207
5. Propozycje działań .....	210
6. Budżet i kalendarz.....	212
7. Realizacja i ewaluacja .....	212
<b>Rozdział XVIII. Neuromarketing a funkcjonowanie apteki.....</b>	<b>213</b>
1. Wprowadzenie .....	213
2. Decyzje pacjentów a mózg.....	219
3. Neuromarketing a promocje .....	220
4. Stereotypy a zachowania.....	222
5. Neuromarketing a finanse apteki .....	223
6. Neuromarketing a zarządzanie sobą .....	224
<b>Rozdział XIX. Negocjacje w działaniach aptek.....</b>	<b>226</b>
1. Wprowadzenie .....	226
2. Istota negocjacji.....	227
3. Negocjacje typu „wygrany – wygrany” .....	229
4. Negocjacje partnerskie podstawą trwałych relacji .....	230
5. Negocjacje oparte na zasadach zamiast negocjacji stanowiskowych ....	232
6. Proces i etapy negocjacji.....	236
7. Cechy negocjatorów .....	245
8. Podstępne sposoby negocjacji .....	245
9. Nierównowaga sił w negocjacjach.....	246
10. Podsumowanie .....	247
<b>Zakończenie .....</b>	<b>251</b>
<b>Bibliografia .....</b>	<b>253</b>



## WSTĘP

Funkcjonowanie aptek na szeroko rozumianym rynku zdrowia jest uzależnione od wielu różnorodnych czynników. Przede wszystkim, społeczeństwa Europy, w tym także Polski, stają się coraz starsze i charakteryzują się niskim, niekiedy nawet ujemnym, przyrostem naturalnym. Wzrasta zainteresowanie zdrowiem, jakością życia, aktywnością społeczną. Rosnące dochody ludności, połączone z wymienionymi wyżej czynnikami, kreują wzrost obrotów na rynku farmaceutycznym. Gęsta sieć aptek w Polsce, swoboda ich tworzenia, rozwój sprzedaży leków poza aptekami i wprowadzanie produktów prozdrowotnych przez sektor żywnościowy powodują, że konieczne staje się profesjonalne zarządzanie apteką, aby mogła ona pełnić swoją misję w społeczeństwie, a jednocześnie gwarantowała wypracowanie marży, niezbędnej do jej rozwoju. Zadowolenie pacjentów, jako nadrzędny cel działania, powinno łączyć się z efektywnością działania apteki jako mikroprzedsiębiorstwa, co można traktować jako istotę oraz cel marketingowego zarządzania apteką. Marketingowe zarządzanie apteką staje przed nowymi wyzwaniami w związku z wprowadzeniem w Polsce z dniem 1 stycznia 2012 r. nowego prawa farmaceutycznego. Powoduje ono konieczność zmian w strategiach marketingowych wszystkich podmiotów działających na rynku farmaceutycznym. Z punktu widzenia aptek szczególne znaczenie ma wprowadzenie stałych cen i marż na leki refundowane oraz zakaz stosowania reklamy aptek.

Na tle powyższych uwag celem pracy jest przybliżenie zasad oraz technik marketingowego zarządzania apteką, które pozwolą na łączenie zadań zawodu farmaceuty z zadowoleniem pacjentów i skutecznością działania apteki. Rozważania będą dotyczyły szczególnej i złożonej materii, jaką jest rynek apteczny, częściowo podlegający mechanizmom ekonomicznym, a częściowo regulowany. Przygotowana praca jest efektem wieloletnich badań zespołu autorskiego na rynku aptecznym. Jest ona także efektem współpracy z wieloma podmiotami z tego rynku. Zespół autorski, niezależnie od badań własnych, gromadził informacje pochodzące z literatury oraz doświadczenia wynikające ze współpracy z aptekami, farmaceutami, lekarzami, pośrednikami,

producentami, a także instytucjami samorządowymi oraz administracyjnymi. Autorzy posiadają zarówno doświadczenia akademickie (prowadzenie wykładów na studiach z marketingu farmaceutycznego oraz aptecznego), jak i praktyczne (praca w instytucjach i przedsiębiorstwach, doradztwo i szkolenia specjalistyczne dla aptek). W nowym, drugim i zmienionym wydaniu pracy uwzględniono wprowadzone na rynku rozwiązania, a przede wszystkim omówiono możliwości skutecznego działania aptek w warunkach aktualnych uregulowań prawnych.

Zastanawiając się nad układem i zawartością pracy, szukano kompromisu między treściami teoretycznymi a praktycznymi. Autorzy uzgodnili, że praca ma mieć charakter jak najbardziej praktyczny, ułatwiający właścicielom aptek oraz farmaceutom rozumienie rynku i zasad marketingu dla budowania partnerstwa w kontaktach z pacjentami. Wybrane zagadnienia teoretyczne zostały przedstawione bardzo syntetycznie i w taki sposób, aby pozwalały zrozumieć istniejące mechanizmy i trendy rynkowe. Rozumienie tego, co się dzieje na rynku, pozwala bardziej świadomie zarządzać apteką, a jednocześnie zwiększać skuteczność oraz efektywność działań. Skuteczność oznacza stopień realizacji celu. Efektywność natomiast jest ilorazem rezultatu i poniesionych kosztów. Zawarte w pracy rozważania mają – według założeń Autorów – służyć zwiększaniu skuteczności działania apteki, jak również jej efektywności.

Praca składa się z 19 krótkich rozdziałów, co ułatwia czytanie materiału oraz przenoszenie informacji na grunt marketingowego zarządzania własną apteką. Układ pracy został tak pomyślany, aby omawiać zagadnienia na zasadzie od ogółu do szczegółu. Starano się zachować zasadę merytorycznego i logicznego powiązania poszczególnych zagadnień. Łatwiej można zrozumieć i wykorzystać zawarte w pracy treści, jeśli będzie ona czytana od początku do końca, w zaproponowanej kolejności.

Pierwsze pięć rozdziałów prezentuje aptekę jako mikroprzedsiębiorstwo. Omawiane są w nich elementy związane z nowymi uregulowaniami prawnymi, czynniki otoczenia, formułowane są zasady i strategie konkurowania na rynku, a także przybliżane są działania producentów oraz hurtowników. Rozdział I prezentuje najważniejsze zmiany wprowadzone z dniem 1 stycznia 2012 r.

Rozdziały VI i VII zawierają omówienie czynników kształtujących zachowania pacjentów, kryteria i cele segmentacji oraz metody badań marketingowych stosowanych na użytek apteki.

Rozdział VIII zawiera rozważania na temat istoty oraz cech usług, które są świadczone przez farmaceutów w kontaktach z pacjentami. Przedstawiono tutaj szereg praktycznych zaleceń, w jaki sposób przekładać cechy usług na użyteczne dla pacjenta działania podejmowane przez właścicieli aptek oraz zatrudnionych w nich pracowników, głównie magistrów oraz techników farmacji.

Sześć kolejnych rozdziałów przybliży wiele praktycznych kwestii związanych z oznaczeniem apteki oraz jej marką, aranżacją wnętrza apteki, promocją i komunikacją, a także problematyką samoobsługi w aptekach oraz franchisingu na rynku aptecznym.

Rozdział XV prezentuje strategie cenowe – zagadnienie trudne, a zarazem ważne dla efektywności działania apteki.

W rozdziale XVI scharakteryzowano sposoby skutecznej komunikacji z pacjentami oraz wśród personelu aptecznego.

W rozdziale XVII omówiono tematykę skutecznego planowania marketingowego w aptece.

Rozdział XVIII zawiera krytyczne spojrzenie na wnioski wynikające z najnowszych badań nad emocjonalną stroną zachowań pacjentów i klientów. Wywody zawarte w tej części nawiązują do problemów omawianych we wcześniejszych rozdziałach.

Rozdział XIX został dodany w nowym wydaniu. Poświęcono go tematyce negocjacji. Jest to związane z potrzebą wzbogacania umiejętności kierowników aptek oraz farmaceutów w prowadzeniu rozmów handlowych z dostawcami leków oraz usługodawców. W warunkach stałych cen i marż farmaceutyci powinni mieć narzędzia oraz wiedzę, w jaki sposób prowadzić negocjacje, aby zawierać umowy korzystne dla układu partnerskiego, w ramach strategii „wygrany – wygrany”.

Rozważania odwołują się do najważniejszych pozycji z literatury, zestawionych na końcu pracy.

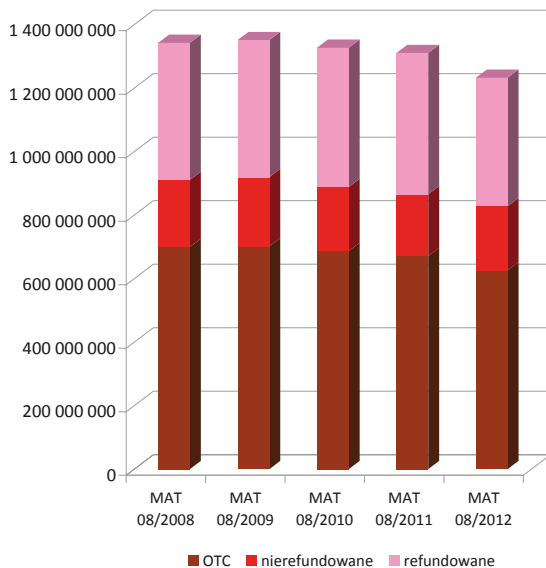
Autorzy wyrażają nadzieję, że zawarte w pracy treści pozwolą na skuteczniejsze funkcjonowanie aptek, wzrost zadowolenia wśród pacjentów, a także przyczynią się do zwiększenia zadowolenia farmaceutów z wypełniania misji zawodowej.



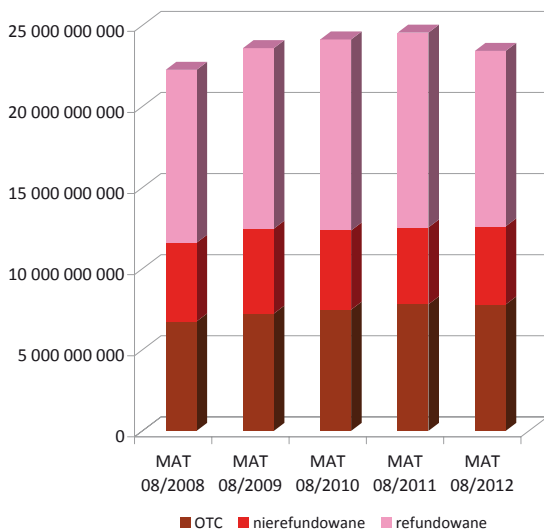
## APTEKI W OBLICZU ZMIAN NA RYNKU W 2012 ROKU

### 1. Geneza zmian

Od początku zmian ustrojowych, czyli od 1989 r., polski rynek apteczny nieustannie rósł, choć dynamika była różna. Rosnący w długim okresie rynek nie byłby niczym niepokojącym, gdyby nie ważna zmienna – refundacja. Rosnące wydatki Polaków na farmaceutyki wiązały się z coraz większymi dopłatami do leków refundowanych. Na schemacie 1 przedstawione zostały wartości rynku w ujęciu od września do sierpnia w latach 2008–2012. Wyraźnie widać, że jednym z czynników wzrostu rynku była rosnąca sprzedaż produktów objętych refundacją. W okresie oznaczonym jako MAT 08/2012 (*month at time*, za 12 miesięcy wstecz od danego miesiąca) wartość ta zbliżyła się do 12 mld zł. W obliczu kryzysu gospodarczego, połączonego z trendem wzrostowym wydatków refundacyjnych, rządzący stanęli przed bardzo dużym wyzwaniem. Okazało się, że państwo polskie w długim okresie nie będzie w stanie pokryć refundacji, więc zdecydowano się na bardzo stanowcze kroki, które miały znacząco obniżyć ceny leków refundowanych, szczególnie tych starszych, mających liczne odpowiedniki (leki generyczne), oraz przedsięwzięto działania, których celem było doprowadzenie do zatrzymania powszechnych praktyk promocji sprzedaży leków refundowanych.

**Schemat 1. Rynek apteczny wartościowo**

Źródło: IMS Pharmascope

**Schemat 2. Rynek apteczny ilościowo**

Źródło: IMS Pharmascope



O ile kwestia oszczędności nie budzi wątpliwości, warto przybliżyć powody, które wpłynęły na zmianę funkcjonujących na rynku farmaceutycznym zasad. Po pierwsze, powszechną praktyką było sprzedawanie leków refundowanych za 1 gr lub 1 zł. Wybrane apteki były skłonne zrezygnować z części marży, aby przyciągnąć pacjentów, którzy zamiast ponieść opłatę ryczałtową 3,20 zł, otrzymywali leki prawie za darmo. Warto zwrócić uwagę, że praktyce tej sprzyjały warunki współpracy aptek z hurtowniami – apteki otrzymywały kilkuprocentowe rabaty na zakup leków refundowanych. Nie poznamy odpowiedzi na pytanie, jak wiele leków kupionych za symboliczny „grosz” było niepotrzebnych, a państwo poniosło koszty ich zakupu. Z jednej strony wolność w polityce cenowej umożliwiała aptece takie działanie, a z drugiej strony postrzegana wartość i szacunek dla leku, który otrzymujemy za darmo, mogą być znacznie niższe. Kolejną powszechną praktyką były mechanizmy „bonifikaty” polegające na tym, że pacjent płacił za lek pełną kwotę, a następnie w formie darowizny otrzymywał od apteki zwrot części pieniędzy. Właściciele aptek otrzymywali jednak refundację jako procent od całej sumy, która widniała na rachunku. Przykładowo, jeżeli cena leku wynosiła 100 zł, w tym 30 zł stanowiła dopłata NFZ, pacjent płacił więc 70 zł, a następnie otrzymywał w formie darowizny 50 zł, czyli faktycznie płacił 20 zł. Apteka otrzymywała refundację w wysokości 30% od kwoty wyższej niż rzeczywista cena leku. Wszelkie wskazane praktyki i dość skomplikowane mechanizmy możliwe były ze względu na ogromną skalę promocji obejmujących leki refundowane, skierowanych do aptek i sieci aptecznych. Różnorodne oferty towarzyszące lekom refundowanym były wynikiem konkurowania pomiędzy firmami farmaceutycznymi, hurtowniami i samymi aptekami.

Analizując sytuację, można stwierdzić, że decydenci zaobserwowali duże możliwości negocjacji cen ze względu na liczne promocje producentów przy ówczesnych cenach rynkowych. Od strony aptek można było również uznać, że jest przestrzeń do ograniczenia marży, skoro liczne placówki rezygnowały z niej same w stopniu znaczącym. Jeżeli dystrybutorzy byli skłonni do przekazywania swoich marż aptekom, to nasuwał się również wniosek, że marża na poziomie hurtowym jest również zbyt wysoka.

Wymienione czynniki, czyli z jednej strony niezwykle trudna sytuacja na rynku i widmo kryzysu finansów publicznych, a z drugiej skomplikowane i liczne działania promocyjne dotyczące leków refundowanych, doprowadziły do zmian, które opisane zostaną poniżej. Celowo skupimy się na tych, które dotyczą bezpośrednio aptek, ponieważ cała ustawa refundacyjna jest materiałem dużo bardziej obszernym.

## 2. Sztywne ceny i marże oraz zakaz rabatowania

Produkty refundowane stanowiły w roku 2011 i latach wcześniejszych około 45% wartości sprzedaży statystycznej apteki. Ustawa refundacyjna zobowiązuje apteki do utrzymywania sztywnych cen leków refundowanych, co bardzo mocno ogranicza możliwość konkurowania na poziomie ceny. Idea jest tutaj czytelna: płatnik (NFZ) chciałby ograniczyć konkurowanie ceną do poziomu ceny produktów na liście leków refundowanych, co gwarantuje, że jeżeli producent postanowi obniżyć cenę – zrobi to na całym rynku, poprzez negocjacje na poziomie centralnym (Ministerstwo Zdrowia). Ceny i marże ustalone centralnie mają sztywny charakter i apteki nie mają prawa ich zmieniać. Jednocześnie wprowadzono całkowity zakaz stosowania wszelkich korzyści w odniesieniu do leków refundowanych. Tym drugim zapisem całkowicie zablokowano firmom farmaceutycznym możliwość współpracy z apteką bezpośrednio oraz poprzez zwiększenie korzyści związanych ze sprzedażą produktów refundowanych – wpływania na ich udziały w sprzedaży lub zakupach. Należy obiektywnie przyznać, że niniejszy zapis wyrównuje szanse pacjentów na dostęp do takiej samej ceny produktu w każdym miejscu, co nie zawsze było normą. Wiele aptek w małych miejscowościach lub miastach nie prowadziło promocji cenowych, w związku z czym pacjenci płacili więcej. Producenci zamiast obniżać cenę centralnie na listach leków refundowanych, prowadzili punktową politykę głębokich upustów, co dawało przewagę wybranym podmiotom gospodarczym. Dziś jedynym sposobem dla producenta na to, aby w skali kraju mieć niższą cenę, jest obniżenie jej na liście. Korzyści, które wcześniej odnosiły apteki i hurtownie, przeniosły się teraz bezpośrednio na cenę leku (znaczne obniżki po 1 stycznia wielu produktów) lub w stronę innych form promocji skierowanej do decydentów terapeutycznych (szpital, lekarz itp.).

Równoległe ze sztywnymi rabatami całkowicie zmienił się mechanizm ustalania cen detalicznych. Wprowadzono tutaj bardzo ciekawy wzór, który ustala wartość marży dla każdego produktu w danej grupie limitowej na tym samym poziomie. Bez względu na cenę leku marża wartościowa jest ta sama i stanowi część procentową ceny produktu, który jest podstawą limitu w danej grupie. Może się więc zdarzyć tak, że dla produktu za 10 zł i innego za 110 zł wartość marży wynosi tyle samo, np. 5 zł. Mechanizm ten przedstawiono na schemacie 3. W stosunku do roku 2011 i lat wcześniejszych jest to zmiana bardzo istotna, która powoduje, że właściciel apteki może generować bardzo niskie wartości marży wyrażone w procentach. Generalnie sprzedaż droższych produktów w grupach

limitowych przestała być opłacalna, ponieważ nie dostarcza wyższych zysków. Ta zmiana jest naturalną konsekwencją wcześniejszych modyfikacji, bo jeżeli mechanizm zachęcający producentów do obniżania cen ma działać, to każdy podmiot musi być zainteresowany jego wdrożeniem. Wskazany mechanizm, którego obrazem jest nowa tabela marż aptecznych dla wyrobów refundowanych, zapewnia, że apteka przestaje mieć interes w tym, aby powstrzymać się od zamieniania leków na tańsze odpowiedniki lub realizacji recept na nie wystawionych. Znacząco uszczupliło to marżę apteki w ogóle, na co złożyły się trzy czynniki. Po pierwsze, firmy i dystrybutorzy ograniczyli warunki handlowe i wszelkie korzyści, co wcześniej było istotnym źródłem zysku aptek. Po drugie, większość producentów obniżyła ceny, co jednocześnie zmniejszyło poziom limitu, który w przytaczanej tabeli oznaczany jest jako  $x$ , czyli podstawa do obliczenia wartości marży. Trzecim, ostatnim czynnikiem jest wspomniana już równa wartość marży dla wszystkich produktów w grupie limitowej, a biorąc pod uwagę fakt, że większość produktów ma wyższą cenę od limitu, można powiedzieć, że wartość marży w każdej grupie limitowej znacząco spadła.

W tym miejscu warto spojrzeć raz jeszcze na obraz rynku. Wyraźnie widać, że w 2012 r. spadł udział sprzedaży leków refundowanych w całym biznesie aptecznym. Patrząc z perspektywy aptek, jest to dobra tendencja, ponieważ marże na produkty nierefundowane są znacznie wyższe. Z tego też powodu każdy świadomie zarządzający właściciel powinien upatrywać rozwoju apteki właśnie w produktach nierefundowanych, czemu mogą pomóc liczne wskazówki i techniki prezentowane w dalszej części niniejszej publikacji.

**Schemat 3.** Tabela marż aptecznych

od	do	zasada marży
–	5,00 zł	40 %
5,01 zł	10,00 zł	$2 \text{ zł} + 30\% * (x - 5,00 \text{ zł})$
10,01 zł	20,00 zł	$3,50 \text{ zł} + 20\% * (x - 10,00 \text{ zł})$
20,01 zł	40,00 zł	$5,50 \text{ zł} + 15\% * (x - 20,00 \text{ zł})$
40,01 zł	80,00 zł	$8,50 \text{ zł} + 10\% * (x - 40,00 \text{ zł})$
80,01 zł	160,00 zł	$12,50 \text{ zł} + 5\% * (x - 80,00 \text{ zł})$
160,01 zł	320,00 zł	$16,50 \text{ zł} + 2,5\% * (x - 160,00 \text{ zł})$
320,01 zł	640,00 zł	$20,50 \text{ zł} + 2,5\% * (x - 320,00 \text{ zł})$
640,01 zł	1 280,00 zł	$28,50 \text{ zł} + 2,5\% * (x - 640,00 \text{ zł})$
1 280,01 zł		$44,50 \text{ zł} + 1,25\% * (x - 1280,00 \text{ zł})$

*Źródło:* Art. 7 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.).

### 3. Zakaz reklamy aptek

Ten element ustawy refundacyjnej wzbudził najwięcej wątpliwości w środowisku związanym z rynkiem farmaceutycznym. Najbardziej zastanawiający jest fakt, że znalazł się on w regulacjach dotyczących leków refundowanych, skoro już wcześniejsze przepisy zabraniały ich publicznej reklamy, jak i reklamy samej apteki. Wydaje się, że niniejszy przepis nie był głębiej rozważany ani w odniesieniu do innych zapisów prawnych, ani też w kontekście skutków rynkowych, które za sobą niesie. Po ponad 20 latach swobodnej konkurencji uniemożliwia on aptekom prowadzenie działań reklamujących je same i ich działalność.

Warto zwrócić uwagę na liczne nieporozumienia, które wskazany przepis wygenerował, i spróbować doprecyzować kilka pojęć. Pamiętajmy, że pojęcie reklamy nie jest synonimem słowa marketing oraz promocja. Szerzej tą kwestię omawia osobny rozdział, ale już teraz warto zaznaczyć, że fundamentem marketingu jest mieszanka czynników, na które składa się: produkt, cena, promocja i miejsce (później omawiane szerzej jako 4P). Promocja jest więc elementem marketingu, ale ona sama składa się z wielu komponentów – jednym z nich jest reklama. Dla ścisłości terminologicznej warto więc rozdzielać te pojęcia, pamiętając, że to, czego na pewno nie można robić, to reklamować apteki i jej działalności. Oznacza to, że apteka może utrzymywać dotychczasową przewagę związaną z jakością obsługi, programami rabatowymi, specjalną ofertą czy też unikalnym wnętrzem – nie może jednak ich reklamować. Zobrazujmy to przykładem. Można sobie wyobrazić aptekę, która w każdy czwartek ma ceny obniżone o 10%, np. tzw. „hurto-we czwartki”. Oczywiście obniżka może dotyczyć wyłącznie produktów nier refundowanych. Zakaz reklamy wiąże się z tym, że w lokalnej prasie, radiu, na tablicach reklamowych czy też w telewizji nie może pojawić się reklama tego elementu działalności apteki.

Omawiany zakaz bardzo znacząco ograniczył możliwości zdobywania nowych klientów przez apteki. Wcześniej, dzięki licznym komunikatom kierowanym do okolicznych mieszkańców, możliwe było silne przyciąganie ich do wybranych placówek. Dziś warto skupić się mocniej na polityce lojalności i robić wszystko, aby spełniając oczekiwania pacjentów, utrzymać ich u siebie. Pozyskanie nowych klientów jest niezwykle trudne i kosztowne, a działania zbliżające się do granic wyznaczonego prawa mogą skutkować licznymi, wysokimi karami. Koncentracja na obecnych pacjentach, utrzymywanie ich

w aptece, dążenie do maksymalizacji ich wydatków w naszej placówce, powinno być głównym celem zarządzających. Na miejsce utraconego pacjenta trudno będzie, przy obecnych ograniczeniach, efektywnie przyciągnąć kolejnego, więc zarządzanie marketingowe apteką, którego fundamentem jest badanie i pełne zaspakajanie potrzeb pacjentów, jest właściwą odpowiedzią na obecną sytuację.

#### 4. Pozostałe zmiany

Ustawa refundacyjna wprowadza też wiele zapisów, które pośrednio dotyczą biznesu detalicznego na rynku farmaceutycznym. Próbując wymienić te najistotniejsze, nie można pominąć kwestii marż hurtowych na leki refundowane. Od 2012 r. są one niższe i wynoszą 7%, w 2013 r. spadną do 6%, aby ostatecznie osiągnąć poziom 5% w roku 2014. Taka stopniowa obniżka ma umożliwić dystrybutorom przygotowanie się do uzyskiwania niższych zysków. Dla aptek oznacza to pogorszenie warunków handlowych dla tej grupy preparatów. Z jednej strony zakaz przekazywania korzyści dla produktów refundowanych, a z drugiej spadająca marża, mają skłonić podmioty do zaprzestania konkurowania na tym poziomie i skierować wszelkie korzyści w stronę płatnika, jakim jest NFZ. Zmiana ta wpłynie jednak nie tylko na wyniki finansowe, ale również na jakość usług. Można się spodziewać, że w długim okresie chęć każdego z podmiotów do utrzymywania optymalnych zapasów będzie maleć, co może skutkować spadkiem dostępności wybranych leków. Warto na to spojrzeć z dwóch stron. Po pierwsze, jako zagrożenie: koszty utrzymywania zapasu w procentach będą stałe lub będą rosły w przypadku wzrostu kosztów pieniądza, a marże wyrażone w procentach będą malały. Po drugie, obserwowana w 2012 r. reakcja aptek – obniżenie zapasów w magazynach o średnio 20%<sup>1</sup> – może być też szansą. Dawno nie było tak, że pacjent w poszukiwaniu leków musiał pójść do innej apteki, która znajduje się w okolicy. Jest to doskonała okazja, aby w świetle zakazu reklamy aptek mile zaskoczyć nowego pacjenta tym, że mamy wiele leków niedostępnych od ręki w innych aptekach. W tym kontekście koszty przecen zapasów, przeterminowań i samego zamrożonego w nich kapitału można traktować jako koszt marketingowy.

---

<sup>1</sup> Źródło: PharmaExpert, [www.pharmaexpert.pl](http://www.pharmaexpert.pl).

Inną, ciekawą zmianą dotyczącą aptek jest umowa, którą wprowadzono pomiędzy apteką a NFZ. Nakłada ona określone prawa i obowiązki, z naciśkiem na te drugie. Można liczyć się z tym, że w celu wyegzekwowania złożonych mechanizmów ustawy refundacyjnej zwiększy się zakres kontroli płatnika oraz ich częstotliwość. Ponownie pośrednio utrudni to działalność apteczną i podniesie jej koszty. Ostatnią modyfikacją, na którą warto zwrócić uwagę, jest mechanizm ustalenia limitu w ramach grup produktów refundowanych oraz zapisana w przepisach presja na każdy podmiot, aby motywował pacjentów do substytucji. Mechanizm ten ustanawia ruchomą podstawę limitu (wartość  $x$  z prezentowanej tabeli marż aptecznych), która zależy od udziałów w sprzedaży poszczególnych produktów. Generalna zasada jest taka, że zbierane są wartości sprzedaży wszystkich produktów w danej grupie. Następnie są sortowane od najtańszych do najdroższych (podstawą oceny jest cena za tzw. DDD – angielski termin: *defined daily dose*, czyli zdefiniowana dawka dzienna). Jeżeli wyobrazimy sobie takie posortowanie, to w całej kategorii, która wynosi 100%, każdy produkt ma jakiś udział wartościowy sprzedaży. Może być tak, że najtańszy produkt (według DDD) ma 5% udziału, kolejny 4%, a następny 10%. Ten trzeci produkt przekracza granicę 15% udziału w rynku i to właśnie on będzie podstawą limitu. Oczywiście podstawa jest ruchoma, bo jeżeli lekarz zacznie przepisywać tańsze odpowiedniki, a apteka częściej zamieniać pacjentom leki, wówczas udziały pierwszej i drugiej marki będą rosły. W momencie kiedy wzrost będzie tak duży, że w przytoczonym przykładzie dwie pierwsze marki zdobędą 15% udziału w sprzedaży – ta druga stanie się podstawą limitu ( $x$  w tabeli). Warto więc pamiętać, że konstrukcja mechanizmu będzie w długim okresie sprzyjała dalszemu spadkowi marż oraz deprecjacji cen produktów refundowanych.

## 5. Zarządzanie marketingowe apteką w obliczu zmian

W wielu obszarach apteka powinna dokonać zmian zarówno mechanizmów działania, jak i alokacji zasobów w ich wdrażanie. Z pewnością można stwierdzić, że nie największe we współczesnej historii Polski zmiany spowodują wiele trwałych tendencji, które należy brać pod uwagę. Malejąca rentowność placówek obrotu detalicznego, utrudnienia w obrocie częścią asortymentu i ograniczenia w możliwościach prowadzenia działań promocyjnych powinny skłonić do bardzo dokładnej analizy sytuacji i wdrażania doskonalone przy-

gotowanych, precyzyjnych narzędzi marketingowych. Warto zatem poświęcić czas na lekturę niniejszej publikacji i wdrażając marketing w swojej aptece, bardzo dokładnie analizować i inwestować w obszary, które dziś mogą owocować na lokalnym rynku największą przewagą nad konkurencją. Odpowiedź na potrzeby okolicznych mieszkańców, badanie i pełne zaspakajanie ich potrzeb to klucz do sukcesu i jednocześnie kwintesencja tego, co nazywamy marketingowym zarządzaniem apteką.

## **APTEKA JAKO MIKROPRZEDSIĘBIORSTWO**

### **1. Misja zawodowa a prowadzenie apteki**

Ukończenie studiów farmaceutycznych upoważnia do wykonywania zawodu związanego ze świadczeniem usług pacjentom, którzy przychodzą do apteki po leki oraz różne porady związane ze zdrowiem. Zatrudniając się w aptecę, zarówno magister farmacji, jak i technik realizują misję zawodu. Nie zmienia to faktu, że innym, równie ważnym aspektem działania apteki na rynku jest skuteczne nią zarządzanie. Niezależnie od tego, czy właścicielem apteki jest farmaceuta, czy inna osoba, powinien on posiadać wiedzę na temat zarządzania takim podmiotem. Wiedza o zarządzaniu apteką może też być użyteczna dla każdego jej pracownika, bowiem wszyscy współtworzą pozycję rynkową placówki.

Obowiązujące w Polsce prawo stanowi, że właścicielem apteki może być zarówno farmaceuta, jak i inna osoba. Pozwala to na otwieranie aptek tak magistrom farmacji, jak i osobom, które zechcą się zaangażować w tego typu działalność gospodarczą, a nie mają wykształcenia farmaceutycznego. Traktując aptekę jako mikroprzedsiębiorstwo, należy rozważyć wiele elementów związanych z zarządzaniem taką placówką. W sieciach aptek kadra zarządzająca posiada z reguły profesjonalne przygotowanie do wykonywania zadań biznesowych. Inaczej może być w przypadku apteki niezależnej, prowadzonej przez farmaceutę, kiedy niezbędne jest zdobywanie przez niego wiedzy z różnych obszarów zarządzania mikroprzedsiębiorstwem. Właściciel lub osoba zarządzająca powinni mieć orientację w kwestiach związanych z finansami, podatkami, prawem, w tym z prawem pracy, oraz marketingiem, planowaniem, organizacją itp. W wielu przypadkach pewne prace można zlecić podmiotom zewnętrznym (obsługa prawna, biuro rachunkowe, agencja marketingowa), jednak zawsze warto posiadać wie-



dzę z każdego obszaru biznesu, bowiem pełna odpowiedzialność spoczywa zawsze na właścicielu apteki. Właściwie podejmowane decyzje pozwalają na rozwój apteki, natomiast błędne zarządzanie może doprowadzić do jej upadku, do bankructwa. W treści opracowania cała uwaga zostanie skoncentrowana na marketingowym zarządzaniu apteką. Prezentowane rozważania mają na celu pokazanie tła funkcjonowania apteki jako mikroprzedsiębiorstwa, omówienie narzędzi zwiększających skuteczność zarządzania marketingowego, a także zaprezentowanie różnorodnych rozwiązań praktycznych. Ponadto trzeba mieć na uwadze to, że zmieniają się uwarunkowania zewnętrzne funkcjonowania aptek, oczekiwania personelu, zachowania pacjentów, a to wymaga doskonalenia kwalifikacji związanych z prowadzeniem mikroprzedsiębiorstwa, jakim jest apteka, tak długo, jak się wykonuje funkcje zarządcze i merytoryczne.

Globalizacja oraz wzrost konkurencji na rynku aptecznym będą powodowały większe zróżnicowanie między formami działania. Kolejne, niezwykle istotne zmiany to rosnące zasoby informacji na rynku oraz dynamiczny rozwój mediów społecznościowych. Apteki będą natrafiały na bariery związane z nadmiarem informacji oraz całkowicie odmiennymi od dotychczasowych zachowaniami młodych pacjentów, wychowanych już w świecie mediów elektronicznych. Stwarza to dodatkowe możliwości w działaniach aptek (np. wykorzystanie aplikacji w telefonach komórkowych, przesłanie zamówień do apteki), a z drugiej strony wymaga szybkiego reagowania na informacje, które są zamieszczane w nowych mediach. Obok aptek niezależnych będą funkcjonowały sieci apteczne. Będą to zarówno sieci międzynarodowe, krajowe, a także sieci lokalne. Podobnie jak na wielu innych rynkach, także na rynku aptecznym rozwija się model franchisingu, o czym traktuje jeden z rozdziałów.

Franchising, jako forma współpracy gospodarczej, występuje na wielu rynkach (np. żywnościowym, paliwowym, bankowym) i pojawia się także na rynku aptecznym. Umowa jest podpisywana przez podmioty nazywane franczyzodawcą i franczyzobiorcą. Polega ona na ustanowieniu stałej wymiany między odrębnymi podmiotami. Franczyzodawca, za uregulowanymi w umowie świadczeniami, udostępnia nazwę, logo, *know-how*, a także wspomaga franczyzobiorcę radą i szkoleniami. Ten z kolei zobowiązuje się do działania zgodnie z warunkami umowy, wykładając kapitał, dysponując lokalem, zatrudniając pracowników. W ten sposób obydwie podmioty szybciej rozwijają się na rynku.

Osobna grupa to apteki szpitalne. Chociaż w zakresie działań marketingowych wiele elementów jest wspólnych, to jednak każda apteka szpitalna ma szczególnie cechy oraz zadania. W marketingowym zarządzaniu apteką istotne jest negocjowanie warunków działania z zarządem szpitala, a także wiedza na temat określania zasad i warunków organizowania przetargów. Profesjonalne przygotowanie w zakresie formułowania ofert przetargowych może być źródłem dodatkowych korzyści finansowych dla apteki.

## 2. Apteka w systemie gospodarczym

Funkcjonowanie aptek wpisuje się w ogólny model gospodarczy istniejący w danym kraju. W praktyce mogą istnieć dwa skrajne systemy funkcjonowania gospodarki, a mianowicie oparte na centralnym planowaniu lub mechanizmie rynkowym<sup>2</sup>. Część farmaceutów pracująca w Polsce pamięta jeszcze system gospodarki centralnie planowanej, istniejący do 1989 r. Państwo było właścicielem zakładów wytwórczych, hurtu, regulatorem liczby aptek, zasad ich prowadzenia, cen itp. Taki model funkcjonowania gospodarki jest z reguły związany z socjalizmem i komunizmem i nadal funkcjonuje w niektórych krajach świata (np. na Kubie). Teoretycznie można sobie wyobrazić, że państwo dysponuje informacjami oraz aparatem, który pozwala wszystko dokładnie zaplanować i wszystkim sprawnie zarządzać. W praktyce, przynajmniej jak dotąd, ten model się nie sprawdza. Do 1989 r. było w Polsce 3300 aptek, w których oferowano ok. 1500 pozycji asortymentowych. W aptekach tworzyły się kolejki; ich wystrój był tradycyjny. Potrzeby pacjentów nie były najważniejsze.

Drugim, biegunowo różnym, rozwiązaniem jest model rynkowy. Przykładem jest rynek konkurencji doskonałej, na którym istnieje duża liczba małych podmiotów, starających się dostarczyć to, czego oczekują pacjenci. Żaden pojedynczy wytwórca, hurtownik czy apteka nie ma pozycji dominującej. Także ten model jest czysto teoretyczny. W praktyce nie działa on w opisanej postaci. Nie jest to także model, który można akceptować na rynku zdrowia. W tym sektorze bowiem ryzyko utraty zdrowia, choroby, rozkłada się nierównomiernie. Zdarza się, że dana osoba przez całe życie prawie nie korzysta z pomocy lekarza oraz z leków. Bywa też tak, że inna osoba przez

---

<sup>2</sup> Por. Z. Czerwiński, *Dylematy ekonomiczne*, Warszawa 1992, s. 75–88.