

ОТ РЕДАКЦИИ

Говорят, что книга — это лучший подарок, а хорошая книга сравнима с сокровищем. Издание, которое вы держите в руках, — это проект журнала «Катрен-Стиль» и наш второй опыт выпуска «практической» литературы. Альманах (а именно такое кодовое имя этого проекта прижилось в редакции) — кладезь знаний, опыта и идей. В него включена самая ценная, актуальная и интересная информация об аптечном бизнесе, фармацевтическом рынке и отрасли. Мы надеемся, что эта книга станет для вас источником вдохновения, надежным помощником и настоящей драгоценностью в вашей повседневной аптечной практике.

А началось всё в 2011 году. Именно тогда мы выпустили наш первый Альманах — «Секреты аптечных продаж», включивший в себя самые любопытные и практически ориентированные статьи из журнала «Катрен-Стиль». Это издание было призвано систематизировать, обобщить и расширить опыт наших читателей, а также предложить проверенные способы влияния на уровень продаж в аптеке. Проект оказался настолько успешным, мы получили столько отзывов от читателей — что стало очевидно: идея себя оправдала, надо продолжать и превратить выпуск Альманаха в ежегодную добрую традицию!

И сейчас мы с радостью представляем вам вторую книгу из серии «Альманах «Катрен-Стиль», посвященную эффективному маркетингу аптечного предприятия. Учитывая специфику темы, в качестве автора мы пригласили признанного эксперта в области фармацевтического маркетинга — Алексея Славича-Приступу. Он с удовольствием согласился поделиться с нашими читателями своим богатым консультационным и тренинговым опытом.

В каждой главе автор последовательно осветил наиболее значимые аспекты и направления аптечного маркетинга, обозначил тенденции и указал курс,

куда стоит двигаться, чтобы быть успешным в фармацевтической торговле. Алексей Станиславович дал множество советов, которые можно легко реализовать на практике. Их ценность в том, что они имеют общую, типовую направленность, а значит, могут быть использованы в аптеках разных типов и во всех регионах страны. В то же время ключевые моменты аптечного маркетинга имеют более детальную проработку: автор подробно описывает механизмы определения наценки на лекарственные препараты, методику эффективного мерчандайзинга и т. д. Всё это делает книгу настоящим справочным пособием, которым удобно пользоваться в ежедневной работе.

Мы вложили в это издание много времени и труда, и нам очень важно знать, что удалось, какие идеи вам понравились, а какие — не были воплощены до конца. Нам очень важна ваша точка зрения. И поэтому мы будем вам благодарны, если после прочтения вы найдете пару минут, чтобы поделиться с нами своим мнением.

Письма с отзывами, предложениями и эмоциями относительно прочитанного вы можете присылать в редакцию на news@katren.ru или лично главному редактору Елене Ватутиной (vatutina@katren.ru). Кроме того, вы также можете поделиться вашими впечатлениями на странице группы «Катрен-Стиль» в «ВКонтакте»: <http://vk.com/katrenstyle>

Мы очень ждем ваших писем, ведь каждый выпуск Альманаха и каждый номер журнала «Катрен-Стиль» мы делаем, вкладывая в них частичку нашей души. И только учитывая ваше мнение, мы можем стать лучше — а именно к этому мы стремимся.

Приятного чтения!

Коллектив редакции «Катрен-Стиль»



ОБ АВТОРЕ

Алексей Славич-Приступа — консультант и тренер по аптечному маркетингу, кандидат экономических наук. За почти 15 лет (с 1998 года по настоящее время) профессиональной деятельности Алексей Станиславович зарекомендовал себя как высококвалифицированный специалист, услугами которого пользуются как сети, так и одиночные аптеки во многих регионах России и странах ближнего зарубежья (Украине, Латвии, Молдавии).

До того как заняться консалтингом и проведением тренингов, Алексей Станиславович приобрел практический опыт, исполняя обязанности директора по маркетингу и развитию фармацевтической группы «Время», из которой впоследствии выросла аптечная сеть «36,6» (1996–1997 гг.). До этого (в 1990–1995 гг.) он принадлежал к числу старших менеджеров кон-

сультационных фирм Ernst & Young и Deloitte, входящих в так называемую «большую четверку» мировых лидеров консалтинга.

Алексей Славич-Приступа — автор двух книг: «Практический маркетинг для аптек» (2005) и «Реклама и мерчандайзинг в аптеке» (2006), в которых он обобщил и систематизировал свои знания в сфере аптечного бизнеса. Книга, которую вы сейчас держите в руках, посвящена эффективному маркетингу аптечного предприятия и является своеобразным справочным материалом по основным направлениям маркетинга. Книга входит в серию альманахов, которые издает редакция журнала «Катрен-Стиль», чтобы отразить современный этап развития российского аптечного рынка.

Официальная страница автора: <http://www.spct.ru>

ОГЛАВЛЕНИЕ

ГЛАВА 1

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕНДЕНЦИИ АПТЕЧНОГО СЕКТОРА В СРЕДНСРОЧНОЙ ПЕРСПЕКТИВЕ

1.1. ДОМИНИРОВАНИЕ КОММЕРЧЕСКОГО СЕКТОРА НА АПТЕЧНОМ РЫНКЕ ГЛС	12
1.2. СТРУКТУРНОЕ ВЛИЯНИЕ РЕФОРМ ГОССЕКТОРА ЭДРАВООХРАНЕНИЯ НА АПТЕЧНЫЙ СЕКТОР	14
1.3. РАДИКАЛЬНОЕ УГЛУБЛЕНИЕ ПОЗИЦИОНИРОВАНИЯ АПТЕК	14
1.4. ТЕНДЕНЦИИ ДИНАМИКИ СЕГМЕНТА КРУПНЫХ АПТЕЧНЫХ СЕТЕЙ	16
1.5. РОСТ СЕКТОРА ДИСТАНЦИОННЫХ ПРОДАЖ	16
1.6. ПЕРСПЕКТИВЫ РОСТА КОЛИЧЕСТВА АПТЕК	17
1.7. ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗРЕШЕНИЯ ПРОДАЖ БЕЗРЕЦЕПТУРНЫХ ПРЕПАРАТОВ В НЕАПТЕЧНОЙ РОЗНИЦЕ	18
1.8. ПЕРСПЕКТИВЫ СЕГМЕНТА ПАРАФАРМАЦИИ	19

ГЛАВА 2

МАРКЕТИНГОВАЯ РАБОТА С ПОСЕТИТЕЛЯМИ

2.1. ПРОМОЦИОНАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПОСЕТИТЕЛЯМ	24
2.1.1. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ	24
2.1.2. ПРЕДЛОЖЕНИЯ АЛЬТЕРНАТИВ НА ЗАМЕНУ	26
2.1.3. РЕКОМЕНДАЦИИ «ДОПОЛНЯЮЩИХ» ТОВАРОВ	29
2.1.4. РЕКОМЕНДАЦИИ-НАЗНАЧЕНИЯ	30
2.1.5. ПРОМОЦИОНАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ, ФИНАНСИРУЕМЫЕ ПРОИЗВОДИТЕЛЯМИ	33
2.1.6. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ СТАНДАРТОВ ПРОМОЦИОНАЛЬНЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ	34
2.2. ОПТИМИЗАЦИЯ ОЧЕРЕДЕЙ	38
2.3. ПРИНЯТИЕ ЗАКАЗА НА ОТСУТСТВУЮЩИЕ ПОЗИЦИИ	39
2.4. ПРОЧИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ С ПОСЕТИТЕЛЯМИ	39
2.4.1. ИНИЦИАТИВНЫЕ КОНТАКТЫ С ПОСЕТИТЕЛЯМИ ВНЕ КАССОВОЙ ЗОНЫ	39
2.4.2. УЧЕТ В ПРОМОЦИОНАЛЬНОЙ РАБОТЕ СПЕЦИФИКИ ФАСОВОК И СТОИМОСТИ КУРСА/ДОЗЫ	40
2.4.3. КРУГЛОСУТОЧНАЯ РАБОТА	40
2.4.4. ПРОЧИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ	41

ГЛАВА 3

АССОРТИМЕНТ

3.1. ЭФФЕКТИВНЫЙ ОХВАТ БЕСТСЕЛЛЕРОВ МЕСТНОГО РЫНКА	45
3.1.1. АНАЛИЗ НЕУДОВЛЕТВОРЕННЫХ ЗАПРОСОВ КЛИЕНТУРЫ	45
3.1.2. АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТНОЙ СТРУКТУРЫ РЫНКА В РАЗРЕЗЕ БЕСТСЕЛЛЕРОВ	47
3.2. КОНТРОЛЬ АССОРТИМЕНТА В РАЗРЕЗЕ ЕГО УСТОЙЧИВЫХ ГРУПП	51
3.2.1. КОНТРОЛЬ АССОРТИМЕНТА ПО ЦЕНОВЫМ СЕГМЕНТАМ	51
3.2.2. КОНТРОЛЬ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И БАД ПО ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ГРУППАМ	52
3.2.3. КОНТРОЛЬ АССОРТИМЕНТА КОСМЕТИКИ В РАЗРЕЗЕ ТОРГОВЫХ МАРОК	58
3.3. МАРКЕТИНГОВЫЕ ОРИЕНТИРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ШИРОТУ ПОСТОЯННОГО АССОРТИМЕНТА	58
3.4. СПЕЦИФИКА АССОРТИМЕНТНОЙ ПОЛИТИКИ ОСНОВНЫХ ТИПОВ АПТЕК	64
3.4.1. АССОРТИМЕНТНАЯ ПОЛИТИКА ТИПИЧНОЙ СПАЛЬНОЙ АПТЕКИ	64
3.4.2. АССОРТИМЕНТНАЯ ПОЛИТИКА ТИПИЧНОЙ ПРОХОДИМОЙ АПТЕКИ	64

ГЛАВА 4

ЦЕНООБРАЗОВАНИЕ

4.1. БАЗОВОЕ ЦЕНООБРАЗОВАНИЕ (ФОРМИРОВАНИЕ НАЦЕНКИ)	70
4.1.1. КЛЮЧЕВЫЕ ФАКТОРЫ ВОСПРИЯТИЯ АПТЕЧНЫХ ЦЕН ПОТРЕБИТЕЛЯМИ	71
4.1.2. ПРИНЦИПЫ БАЗОВОГО ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ В ТИПИЧНОЙ СПАЛЬНОЙ АПТЕКЕ	73
4.1.3. ПРИНЦИПЫ БАЗОВОГО ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ В ТИПИЧНОЙ ПРОХОДИМОЙ АПТЕКЕ	78
4.1.4. СПЕЦИФИКА И ПЕРСПЕКТИВЫ АПТЕК-ДИСКАУНТЕРОВ	79
4.1.5. ПРИЕМ ВЫБОРОЧНОГО ПОНИЖЕНИЯ ЦЕНЫ НА ПОПУЛЯРНЫЕ ТОВАРЫ	80
4.1.6. ПОТЕНЦИАЛ ПОВЫШЕНИЯ НАЦЕНКИ НА ТОВАРЫ «КАЧЕСТВА ЖИЗНИ» И СОПУТСТВУЮЩУЮ ПАРАФАРМАЦИЮ	81

4.1.7. НЕЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПОВЫШЕННЫХ НАЦЕНОК НА ПАРАФАРМАЦИЮ, БЛИЗКУЮ ПО ХАРАКТЕРУ К ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВАМ «ПЕРВОЙ НЕОБХОДИМОСТИ»	82
4.2. СКИДКИ	83
4.2.1. СКИДКИ, НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ ДЛЯ АПТЕК	83
4.2.2. ПОПУЛЯРНЫЕ СКИДКИ, ЧАСТО ЯВЛЯЮЩИЕСЯ НЕЭФФЕКТИВНЫМИ	85

ГЛАВА 5

МЕРЧАНДАЙЗИНГ

5.1. ОПТИМИЗАЦИЯ ВЫКЛАДКИ В РАМКАХ НАЛИЧНОЙ ВИТРИННОЙ ПЛОЩАДИ	90
5.1.1. ВЫЯВЛЕНИЕ И ОЦЕНКА ЕМКОСТИ «РЕАЛЬНОЙ» ВИТРИННОЙ ПЛОЩАДИ	90
5.1.2. ОТБОР ЭФФЕКТИВНОЙ НОМЕНКЛАТУРЫ ВЫКЛАДКИ, СБАЛАНСИРОВАННОЙ С ВИТРИННОЙ ПЛОЩАДЬЮ	91
5.1.3. ФОРМИРОВАНИЕ КАТЕГОРИЙ И РУБРИКАТОРОВ	92
5.1.4. РАЗМЕЩЕНИЕ ВЫКЛАДКИ ПО МЕРЧАНДАЙЗИНГОВЫМ ЗОНАМ	95
5.2. ОПТИМИЗАЦИЯ РАЗМЕРОВ ВИТРИННОЙ ПЛОЩАДИ В ОТДЕЛЬНЫХ АПТЕКАХ	97
5.3. ФОРМИРОВАНИЕ ВЫКЛАДКИ ОТКРЫВАЮЩИХСЯ АПТЕК	99

ГЛАВА 6

РЕКЛАМА

6.1. КЛЮЧЕВЫЕ МЕТОДЫ АПТЕЧНОЙ РЕКЛАМЫ	104
6.1.1. ЭКСТЕРЬЕРНАЯ РЕКЛАМА	104
6.1.2. ПРЯМАЯ АДРЕСНАЯ РАССЫЛКА	105
6.1.3. РЕКЛАМА ПОСРЕДСТВОМ СПРАВОЧНЫХ СЛУЖБ И БАЗ ДАННЫХ	106
6.1.4. МАССОВАЯ РЕКЛАМА	106
6.1.5. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕКЛАМЫ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ В ЗАЛЕ АПТЕКИ	108
6.2. ТИПОВЫЕ КОМПЛЕКСЫ ПРОДВИЖЕНИЯ ДЛЯ ОСНОВНЫХ ВИДОВ АПТЕК	108
6.2.1. РЕКЛАМА СПАЛЬНЫХ АПТЕК	108
6.2.2. РЕКЛАМА ПРОХОДИМЫХ АПТЕК	109
6.2.3. РЕКЛАМА АПТЕК С ЯРКО ВЫРАЖЕННОЙ СПЕЦИФИКОЙ	109
6.3. ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ РЕКЛАМЫ	111

ГЛАВА 7

СПЕЦИФИКА И ПЕРСПЕКТИВЫ ОТКРЫТОГО ДОСТУПА

7.1. ПОТЕНЦИАЛ И ОГРАНИЧЕНИЯ ФОРМАТА САМООБСЛУЖИВАНИЯ	114
7.2. СПЕЦИФИКА ФОРМИРОВАНИЯ АССОРТИМЕНТА	116
7.3. СПЕЦИФИКА МЕРЧАНДАЙЗИНГА	116

ГЛАВА 8

ДИСТАНЦИОННЫЕ АПТЕЧНЫЕ ПРОДАЖИ

8.1. ЦЕНОВАЯ ПОЛИТИКА	120
8.2. ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ВАРИАНТОВ ДОСТАВКИ	121
8.3. ПОМОЩЬ КЛИЕНТУ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ПОКУПКИ	122
8.4. ИНТЕРНЕТ-МЕРЧАНДАЙЗИНГ	122
8.5. РЕКЛАМА	123

ГЛАВА 9

СПЕЦИФИКА МАРКЕТИНГА КРУПНЫХ АПТЕЧНЫХ СЕТЕЙ

9.1. РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПРИОРИТЕТЫ ЭКСПАНСИИ И КЛАСТЕРНАЯ МОДЕЛЬ ОСВОЕНИЯ ГОРОДСКИХ РЫНКОВ	128
9.2. СПЕЦИФИКА ПРОДВИЖЕНИЯ АПТЕЧНЫХ СЕТЕЙ	129
9.3. СТАНДАРТИЗАЦИЯ МАРКЕТИНГОВЫХ ПАРАМЕТРОВ СЕТЕВЫХ ТОЧЕК И СЛУЖБ	130
I. АССОРТИМЕНТ И УРОВЕНЬ ДЕФЕКТУРЫ	130
II. ЦЕНООБРАЗОВАНИЕ	131
III. СЕРВИС	131
IV. МЕРЧАНДАЙЗИНГ	131
V. РЕКЛАМА	132

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

МЕТОДИКА КЛАССИФИКАЦИИ АПТЕК

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

МЕТОДОЛОГИЯ И ИНФОРМАЦИЯ РОЗНИЧНОГО АУДИТА

ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ	138
ПАНЕЛЬ АПТЕК И ТОЧНОСТЬ ДАННЫХ	138
КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ	138
ИСТОЧНИКИ ДАННЫХ	

ВВЕДЕНИЕ

Наряду с практическим опытом работы в аптечной отрасли я старался отразить в этой книге свой многолетний консультационный и тренинговый опыт:

- в числе моих клиентов — как сети, насчитывающие десятки и сотни аптек (в т. ч. крупнейшие в своих странах), так и одиночные аптеки;
- география моих проектов охватывает Россию, Украину, Латвию, Молдавию. Из регионов России это в т. ч. Астрахань, Барнаул, Благовещенск, Владивосток, Владимир, Волгоград, Воронеж, Екатеринбург, Казань, Кемерово, Краснодар, Москва и Московская область, Новосибирск, Пермь, Рязань, Саратов, Сочи, Тверь, Тюмень, Хабаровск, Чебоксары. На Украине — Киев, Днепропетровск, Запорожье, Харьков.

Структура книги с целью систематического изложения в основном построена по основным направлениям/элементам комплекса аптечного маркетинга:

- Взаимодействие первостольников с посетителями
- Формирование ассортимента
- Ценообразование
- Мерчандайзинг
- Реклама

Вместе с тем ряд глав (по проблематике самообслуживания и дистанционных продаж) носят «предметный» характер и охватывают наиболее актуальные вопросы соответствующей области. С учетом все более возрастающей роли крупных сетей отдельная глава также посвящена ряду «сетевых» вопросов.

Кроме того, я счел целесообразным выделить своего рода «вводную» главу, посвященную тенденциям развития отрасли. Дело в том, что аптечный сектор России (а также многих стран бывшего СССР) в насто-

ящее время переживает весьма специфическую стадию развития:

- с одной стороны, в основном это все тот же привычный аптечный рынок, где свыше 80% продаж составляют покупки потребителей за собственные средства. В частности, в условиях слабой системы здравоохранения высока доля покупок, совершаемых в процессе самолечения и под влиянием рекламы, значительна роль фармацевтов как консультантов при выборе препарата;
- с другой стороны, обозначился целый ряд процессов, потенциально способных уже через 5–10 лет заметно поменять характер рынка. Прежде всего, это реформы госсектора здравоохранения и развитие добровольного медицинского страхования, в перспективе резко повышающие роль врачебных назначений (через стандарты лечения, формулярные списки, порядок возмещения и другие механизмы, определяющие структуру потребления лекарственных средств). Кроме того, пройдя период трансформации, «бури и натиска» отрасль достигла, наконец, некоторого уровня зрелости, и в аптеках началась нормальная маркетинговая работа: специализация по ценовым и ассортиментным сегментам, совершенствование работы с покупателями, интенсивное развитие новых форматов работы и т. д.

Несмотря на неизбежное грядущее повышение концентрации аптечного бизнеса, порядка 60% российских аптек — это по-прежнему (и в среднесрочной перспективе) одиночные аптеки и мелкие сети с присущими им ограниченностью ресурсов и необходимостью использования не слишком сложного и трудоемкого маркетингового инструментария. По-

этому в книге в основном представлены достаточно упрощенные методы и подходы, не требующие значительных ресурсов.

Вместе с тем в наибольшей степени материал данной книги может быть использован аптеками с достаточно развитыми и функциональными информационными системами, способными обеспечивать контроль и анализ продаж, прибыли и количества запасов в разрезе различных ассортиментных групп и ценовых сегментов.

Наконец, стоит оговорить возможности и границы применения использованных в книге конкретных количественных рекомендаций (по параметрам ассортиментной и ценовой политики различных типов аптек, ориентирам ценового позиционирования, параметрам скидок и т. п.). Хотя я старался привести максимально полезные в практике и близкие к современной реальности ориентиры, следует учиты-

вать их усредненный, типовой характер. Местная специфика порой требует радикальных отступлений от стандартных решений.

В частности, **многие рекомендации данной книги в наибольшей степени применимы для аптек городов численностью от ~50 000 населения, в которых обычно достаточно высока конкуренция и типична рыночная среда.** Для аптек в мелких населенных пунктах ситуация зачастую оказывается уникальной в силу тех или иных специфических особенностей и требует сугубо индивидуального анализа.

Книга в основном написана на русском материале и ориентирована на отечественного читателя. Вместе с тем, судя по моему опыту работы на «постсоветском» пространстве, многие из предлагаемых здесь подходов и методов в той или иной степени вполне могут быть использованы и в других странах.



КЛЮЧЕВЫЕ ТЕНДЕНЦИИ АПТЕЧНОГО СЕКТОРА В СРЕДНЕСРОЧНОЙ ПЕРСПЕКТИВЕ

1.1. ДОМИНИРОВАНИЕ КОММЕРЧЕСКОГО СЕКТОРА НА АПТЕЧНОМ РЫНКЕ ГЛС	12
1.2. СТРУКТУРНОЕ ВЛИЯНИЕ РЕФОРМ ГОССЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА АПТЕЧНЫЙ СЕКТОР	14
1.3. РАДИКАЛЬНОЕ УГЛУБЛЕНИЕ ПОЗИЦИОНИРОВАНИЯ АПТЕК	14
1.4. ТЕНДЕНЦИИ ДИНАМИКИ СЕКМЕНТА КРУПНЫХ АПТЕЧНЫХ СЕТЕЙ	16
1.5. РОСТ СЕКТОРА ДИСТАНЦИОННЫХ ПРОДАЖ	16
1.6. ПЕРСПЕКТИВЫ РОСТА КОЛИЧЕСТВА АПТЕК	17
1.7. ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗРЕШЕНИЯ ПРОДАЖ БЕЗРЕЦЕПТУРНЫХ ПРЕПАРАТОВ В НЕАПТЕЧНОЙ РОЗНИЦЕ	18
1.8. ПЕРСПЕКТИВЫ СЕКМЕНТА ПАРАФАРМАЦИИ	19

1.1. ДОМИНИРОВАНИЕ КОММЕРЧЕСКОГО СЕКТОРА НА АПТЕЧНОМ РЫНКЕ ГЛС

Несмотря на существенное повышение госфинансирования лекарственного обеспечения с середины 2000-х годов, коммерческий сектор (покупки населения за свой счет), включая парафармацию, все еще составляет свыше 80% аптечного рынка [1]. Радикальное изменение данной пропорции в ближайшие 5 лет представляется маловероятным в силу нескольких факторов, которые будут описаны далее.

РОСТ РОССИЙСКОЙ ЭКОНОМИКИ

Рост коммерческого сектора поддерживается прогнозируемым ростом российской экономики и, как следствие, ростом доходов населения. Как показывает мировой опыт, эта корреляция в долгосрочной перспективе (пренебрегая скачками в отдельные годы) носит устойчивый характер.

С одной стороны, прогнозы Министерства экономического развития РФ (МЭР) касательно реальных доходов населения достаточно оптимистичны: в среднесрочной перспективе они будут ежегодно увеличиваться примерно на 5% [2]. Согласно данным мировой статистики, в установлении уровня потребления лекарственных средств ключевую роль играет именно средний доход покупателей, хотя важна и степень

социальной ориентированности государства, а также развитие системы здравоохранения [3].

Характерно, что в странах, где доход граждан достаточно высок (США, Япония, Канада, Франция, Бельгия, Германия, Испания, Италия, Нидерланды, Великобритания и т. п.), затраты на лекарства составляют порядка \$ 300–1000 в год на душу населения. Для России же и стран, близких к ней по уровню доходов (Бразилия, Мексика, Польша, Турция и т. п.), типичным является душевое потребление лекарств около \$ 100–200 в год [4]. Поэтому рост доходов россиян будет достаточно заметно сказываться на увеличении доли коммерческого сектора.

С другой стороны, обозримые перспективы госфинансирования лекарственного обеспечения через аптеки не столь радужны. Прежде всего, ограничивающими факторами в этой сфере будут выступать размеры бюджета и внебюджетных социальных фондов. В частности, среднесрочный прогноз МЭР роста расходов на здравоохранение составляет около 3% в год [5].

Важно также учитывать, что многие ключевые проблемы льготного лекарственного обеспечения так и не решены, в т. ч.:

- недостаток финансирования и отсутствие многих важных препаратов в льготных перечнях;
- дефектура в системе льготного обеспечения;
- недостаточное количество аптек, обслуживающих льготников;
- существенное коррупционное завышение цен.

Характерно, что в силу вышеперечисленных проблем свыше ⅓ льготников сделало выбор в пользу денежных компенсаций, что, естественно, способствовало увеличению доли коммерческого аптечного рынка.

Вследствие данных недостатков, а также ряда сложившихся в последнее время приоритетов (в т. ч. повышение зарплаты медиков, инвестиции в медоборудование и т. п.) **в среднесрочной перспективе динамика субсидирования лекарственного обеспечения через аптеки будет, вероятно, даже отставать от роста общих расходов на здравоохранение — и тем более от роста коммерческого сектора.**

Таким образом, даже несмотря на продолжающуюся стагнацию экономики, в целом можно ожидать достаточно устойчивого роста коммерческого сегмента аптечного рынка. Следует отметить, что в 2011 году прирост этого сектора составил около 15%, что практически вдвое превысило темпы роста госфинансирования лекарственного обеспечения [6]. Вероятно, в ближайшие годы сохранится примерно такая же пропорция.

ПОДКЛЮЧЕНИЕ СКРЫТОГО СПРОСА

Существует вероятность, что объем продаж коммерческого сектора увеличится при подключении латентного (скрытого) спроса, возникающего за счет активных консультаций первостольников.

Основываясь на многолетнем опыте консультанта, могу утверждать, что в большинстве аптек улучшение работы с посетителями за считанные месяцы дает повышение прибыли примерно на 10–20% (а в целом ряде случаев этот показатель оказывается даже выше). Однако, несмотря на столь значительный потенциал, **не более 20–30% российских аптек ведут более или менее эффективную промоциональную работу с клиентурой.**

К тому, чтобы начать активно консультировать покупателей, аптекарей прежде всего подталкивает невысокий уровень государственного здравоохранения, остающегося пока что единственно доступным для большинства населения:

- даже чтобы попасть к врачу, приходится потратить довольно много времени, и большинство пациентов при более-менее банальных или привычных заболеваниях старается этого избежать;

- профессиональный уровень значительной части врачей, как и их материальное обеспечение (оборудованием, средним медперсоналом, лекарствами в ЛПУ и т. д.), оставляет, мягко говоря, желать лучшего.

Частная медицина за исторически короткие сроки своего формирования тоже далеко не всегда развивалась достаточно эффективно: к сожалению, несмотря на довольно высокую по отечественным меркам оплату, уровень ее качества частенько мало отличается от уровня государственных ЛПУ.

В результате многие пациенты обращаются к первостольникам за консультацией по лечению довольно широкого спектра заболеваний и симптомов. При разумном подходе для квалифицированного фармацевта открывается впечатляющий простор как для формирования хорошей единичной покупки, так и для укрепления лояльности посетителя к данной аптеке.

Кроме того, хотя большинство посетителей приходит в аптеку за конкретным товаром, потенциал корректировки таких запросов весьма значителен. Прежде всего, это обусловлено тем, что значительная часть спроса приходится на устаревшие и недостаточно эффективные препараты. Тем более что для многих категорий товаров (косметикетики, БАД, витаминов и т. п. — в совокупности порядка 20–30% ассортимента средней аптеки) понятие эффективности носит значительно более «размытый» характер: предпочтения клиента в отношении конкретных товаров/торговых марок определяется, скорее, эмоциональными, чем рациональными факторами. При наличии определенных маркетинговых навыков первостольники могут без особого труда скорректировать эти предпочтения.

Наконец, практически для любого посетителя можно найти конкретный и естественный повод для «дополняющих» запрос клиента рекомендаций: БАД, травы, минеральные воды, витамины, общеукрепляющие препараты и т. п.

Подробнее потенциал подключения латентного (скрытого) спроса и вопросы консультаций первостольников освещены в главе 2 «Маркетинговая работа с посетителями».

1.2. СТРУКТУРНОЕ ВЛИЯНИЕ РЕФОРМ ГОССЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА АПТЕЧНЫЙ СЕКТОР

Осуществляемые реформы государственного здравоохранения (прежде всего, внедрение более эффективных, как с клинической, так и с фармакоэкономической точки зрения, стандартов медицинской помощи) будут влиять на ассортимент аптечного сектора в ряде направлений:

- вытеснение устаревших препаратов, которые в силу активно практикуемого самолечения и недостаточного уровня квалификации многих врачей все еще занимают на фармацевтическом рынке значительное место;
- сокращение доли целого ряда широко и далеко не всегда оправданно применяемых оригинальных препаратов и «раскрученных» дженериков путем их замены более дешевыми дженериками;
- повышение доли действительно эффективных инновационных препаратов.

Влияние данных факторов на размеры коммерческого сегмента рынка неоднозначно, поскольку будут действовать две противоположные тенденции: с одной стороны, увеличение доли современных, более дорогих препаратов, с другой — снижение цен вследствие вытеснения дешевыми дженериками части «старых» оригинальных препаратов и брендированных дженериков. Можно полагать, что в ближайшие 5 лет данные тенденции более или менее компенсируют друг друга, и в результате их воздействие на размеры коммерческого сектора будет незначительным.

В принципе, как показывает мировой опыт, структурное влияние на аптечный рынок оказывает и добровольное медицинское страхование в тех же принципиальных направлениях, что и реформы государственного здравоохранения (а именно внедрение эффективных инновационных препаратов, сокращение доли устаревших препаратов, смещение рынка в сторону эффек-

тивных недорогих дженериков), поскольку в его основе также лежит использование фармакоэкономически обоснованных стандартов лечения (хотя и с менее жесткой ориентацией на экономию).

Однако развитие добровольного медицинского (в особенности лекарственного) страхования — процесс еще более длительный, чем реформирование государственного здравоохранения. Поскольку для обеспечения рентабельности страхового бизнеса, помимо четкого понимания границ обязательного медицинского страхования (ОМС) и нормативной базы выписки рецептов (стандарты лечения, формуляры, ценовые ограничения и т. п.), требуется также наработка страховой статистики для определения эффективных тарифов. По мнению как Минздрава, так и ряда экспертов, вряд ли ситуация существенно изменится в ближайшие несколько лет [7]. Соответственно, ощутимого влияния этого фактора на аптечный рынок можно ожидать лишь в долгосрочной перспективе.

1.3. РАДИКАЛЬНОЕ УГЛУБЛЕНИЕ ПОЗИЦИОНИРОВАНИЯ АПТЕК

Большинство отечественных аптек во всех основных аспектах (ассортимент, ценообразование, сервис, выбор формата, мерчандайзинг и реклама) ориентируется в работе на некий более или менее усредненный «идеальный образ» аптеки, который мало зависит от специфического маркетингового положения конкретного предприятия: количества и характера клиентуры, конкурентной ситуации и др.

В результате для многих аптек характерно существенное несоответствие выбранных параметров работы окружающей среде. Например, в аптеках с большим потоком посетителей часто бывают тесные залы, а представленный ассортимент уже среднего по городу. Напротив, в аптеках спальных районов, где количество клиентов ограничено, нередко можно встретить чрезмерно широкий ассортимент и высокие цены.

ТАБЛИЦА 1.1. ОСНОВНЫЕ ТИПЫ АПТЕК

	Спальные аптеки	Проходимые аптеки
Основные типовые маркетинговые параметры клиентуры	<ul style="list-style-type: none"> • существенная ассортиментная специфика спроса в силу половозрастных, социальных и других особенностей местных покупателей • высокая доля посетителей с низкой платежеспособностью (пенсионеров и т.п.) 	<ul style="list-style-type: none"> • большое количество и разнообразие посетителей, что обуславливает широту их требований к ассортименту • доля более обеспеченных посетителей с соответствующими предпочтениями выше среднего показателя по городу
Факторы эффективного типового позиционирования	<ul style="list-style-type: none"> • соответствие ассортимента потребностям местной клиентуры (обычно не шире среднего по городу) • доля дорогостоящих товаров и парафармации ниже среднегогородского уровня • цены не выше среднестатистических по конкретному городу и конкурентоспособны относительно 2–3 ближайших аптек • прилавочный формат 	<ul style="list-style-type: none"> • ассортимент шире среднегогородского уровня • существенная доля дорогостоящих товаров и парафармации • цены выше среднегогородского уровня (особенно в нижнем и среднем сегментах) • формат самообслуживания часто более эффективен

Подобные проблемы обусловлены неэффективным **позиционированием** — **выбором ключевых параметров бизнеса в соответствии со спецификой целевой клиентуры**.

Для большинства аптек важнейший фактор позиционирования — местоположение. По этому критерию можно выделить два основных типа аптек: спальные и проходимые (см. [таблицу 1.1](#)).

Следует подчеркнуть, что речь идет именно о **типовом позиционировании**, от которого в отдельных случаях целесообразны отступления, учитывающие, в первую очередь, специфику конкурентной ситуации.

Ключевым параметром позиционирования может быть и цена. В частности, бизнес-модель аптеки-дискаунтера с существенно сниженными относи-

тельно среднегогородского уровня ценами, как правило, экономически эффективна лишь при соблюдении ряда специфических условий (более подробно об аптеках-дискаунтерах см. раздел 4.1.4. Специфика и перспективы аптек-дискаунтеров):

- прилавочный формат;
- минимальная площадь витрин;
- особый ассортимент: акцент на дорогостоящие рецептурные либо регулярно принимаемые препараты, ограничение ассортимента эпизодически употребляемых лекарств и сопутствующей неаптечной парафармации.

В связи с продолжающимся усилением конкуренции для подавляющего большинства аптек в ближайшие годы можно прогнозировать существенное

РИСУНОК 1.1. ДИНАМИКА ДОЛИ 10 КРУПНЕЙШИХ СЕТЕЙ НА АПТЕЧНОМ РЫНКЕ*



* Отчет DSM Group «Фармацевтический рынок России – 2011», www.dsm.ru/content/file/dsm_11.pdf

углубление их позиционирования по типам, обеспечивающим значительно большее соответствие параметров бизнеса маркетинговой специфике.

1.4. ТЕНДЕНЦИИ ДИНАМИКИ СЕКТОРА КРУПНЫХ АПТЕЧНЫХ СЕТЕЙ

В начале-середине 2000-х годов под влиянием бурного роста крупных аптечных сетей были популярны эйфорические прогнозы, что уже к 2010 году они займут свыше 60% аптечного рынка. Однако мои оценки были более пессимистическими, согласно им рост сектора крупных аптечных сетей должен был происходить гораздо медленнее и, возможно, даже с временным понижением их доли на рынке. Реальность оказалась значительно ближе к моему прогнозу (см. рисунок 1.1).

Основные причины этого процесса — трудности в управлении крупными сетями, которое в ситуации кризиса и в силу ряда других негативных факторов (отмена некоторых льгот аптекам, ужесточение ценообразования) оказалось недостаточно эффективным по сравнению с одиночными аптеками и мелкими сетями.

Хотя, безусловно, увеличение доли сетевого бизнеса остается долгосрочной стратегической тенденци-

ей, в обозримой среднесрочной перспективе, на мой взгляд, оно будет довольно медленным. Причем для обеспечения дальнейшего устойчивого роста своей доли сетям необходим переход от слабоосмысленного экстенсивного расширения к четкому позиционированию своего места на рынке и продуманной стратегии развития. Подробнее данные вопросы будут рассмотрены в главе 9 «Специфика маркетинга крупных аптечных сетей».

1.5. РОСТ СЕКТОРА ДИСТАНЦИОННЫХ ПРОДАЖ

Анализировать перспективы сектора дистанционных аптечных продаж сложно в связи с тем, что отношение регулирующих органов к этому сектору неоднозначно. В России он находится в «сером» правовом поле и в любой момент может быть запрещен под предлогом борьбы за соблюдение режимов хранения лекарственных препаратов в процессе их транспортировки, повышенной опасности фальсификата, предотвращения безответственного самолечения и т. д. и т. п. — как это и произошло в конце 2011 года на Украине. Как показывает грустный опыт, российские регулирующие органы в неменьшей степени, чем украинские, склонны к старым добрым методам лечения головной боли посредством отрубания головы.

Однако в долгосрочном (и даже, вероятно, среднесрочном) периоде стратегические перспективы данного сектора выглядят вполне позитивно, поскольку у него уже сформировались устойчивые сегменты потребителей:

- покупатели, ориентированные на низкие цены: аптеки дистанционных продаж за счет значительной экономии на помещениях, торговом оборудовании, мерчандайзинге и т. п. зачастую могут более эффективно, чем обычные аптеки, осуществлять политику дискаунтеров, т. е. предлагать товары по сниженным ценам;
- малоподвижные покупатели, объективно нуждающиеся в дистанционных продажах.

Поэтому даже если дистанционные продажи запретят, это решение под давлением как потребителей, так и бизнеса (в т. ч. крупного сетевого, который уже также примеривается к активному освоению дистанционных продаж) будет рано или поздно (скорее рано) отменено. Поскольку действительно серьезных объективных предпосылок для запрещения дистанционных продаж на самом деле нет, этот бизнес поддается эффективному лицензированию и контролю в неменьшей степени, чем обычные аптеки. Например, как можно судить по опубликованной информации, даже и сейчас деятельность многих дистанционных аптек на Украине продолжается [8].

Тем не менее, несмотря на принципиально позитивные перспективы, в обозримом будущем дистанционные аптеки останутся, по-видимому, небольшим нишевым сегментом. Большинство аптечной клиентуры в сервисе доставки не нуждается: среднему покупателю с относительно небольшой эпизодической покупкой гораздо привычнее и удобнее посетить обычную аптеку.

Сейчас размер сектора дистанционной торговли составляет около 1% коммерческого аптечного рынка. Основываясь на опыте ряда стран, можно предположить, что этот показатель в среднесрочной перспективе вполне мог бы превысить 2–3%, а в долгосрочной — вырасти до 5–15% и даже больше.

Подробнее о вопросах дистанционной торговли см. главу 8 «Дистанционные аптечные продажи».

1.6. ПЕРСПЕКТИВЫ РОСТА КОЛИЧЕСТВА АПТЕК

До настоящего времени ведутся дискуссии по поводу статистики количества аптек в России — есть основания считать, что она недостаточно надежна, чтобы по ней можно было уверенно отслеживать годовую динамику.

Согласно официальным данным, сообщенным руководством Росздравнадзора в ответ на мой запрос, на 15.05.12 «розничная аптечная сеть в Российской Федерации представлена 63 505 объектами (аптеки, аптечные пункты, аптечные киоски), в том числе аптечных киосков 1049». Между тем, по оценке того же Росздравнадзора, на 2008 год количество аптек составляло 52 тыс., о чем сообщает сайт www.remedium.ru. Однако вряд ли за период кризиса численность аптек могла так существенно вырасти, более того, многие эксперты высказывают мнение, что количество аптек, наоборот, снизилось [9].

Представляет интерес оценка DSM Group, согласной которой в России в 2010 году действовало около 51 тыс. аптек, эти данные соотносятся с оценкой численности аптек Росстата — 47 тыс. учреждений за 2010 год [10].

Даже если исходить из умеренных оценок DSM Group, в России на 1 аптеку в среднем приходится 2,8 тыс. человек. Эта цифра приближается к среднему уровню плотности аптек по ЕС и, например, практически совпадает с уровнем обеспеченности аптеками во Франции (см. таблицу 1.2).

На основании приведенных статистических данных можно сделать вывод о том, что в России пока что не наблюдается значительного потенциала роста количества аптек.

Вместе с тем для Российской Федерации характерна заметная территориальная неравномерность распределения аптек. По оценкам Росздравнадзора, в одних регионах на 100 тыс. населения приходится более 60 аптек, а в других — менее 10. В 28 субъектах РФ (35%) отмечается явный недостаток аптечных организаций.

ТАБЛИЦА 1.2. ПЛОТНОСТЬ АПТЕЧНОЙ СЕТИ В РЯДЕ СТРАН ЕС В 2010 Г.*

Страна	Жителей на 1 аптеку, тыс. чел.
Дания	17,2
Швеция	10,4
Нидерланды	8,3
Австрия	6,7
Великобритания	4,7
Чехия	4,4
Португалия	3,8
Германия	3,8
Польша	3,6
Италия	3,4
Франция	2,8
Латвия	2,6
Литва	2,2
Испания	2,2
Бельгия	2,1
Греция	1,2
В среднем по ЕС	3,3

*www.abda.de/fileadmin/assets/ZDF/ZDF_2010/ABDA_ZDF_2010_engl.pdf

Существенную дифференциацию плотности аптечной сети демонстрируют и данные DSM (см. рисунок 1.2).

Таким образом, в ряде регионов РФ есть потенциал некоторого роста численности аптек.

Однако на национальном уровне возможность увеличения количества аптек ограничена низкой

рентабельностью аптечного бизнеса: по моему опыту и оценкам многих коллег, в настоящее время рентабельность большинства аптек не превышает 2–3% [11]. Также весьма вероятно сокращение числа аптек в регионах, где оно существенно превышает средний уровень. Кроме того, определенную «замедляющую» роль в наращивании численности обычных аптек может сыграть развитие дистанционных продаж, если таковое случится.

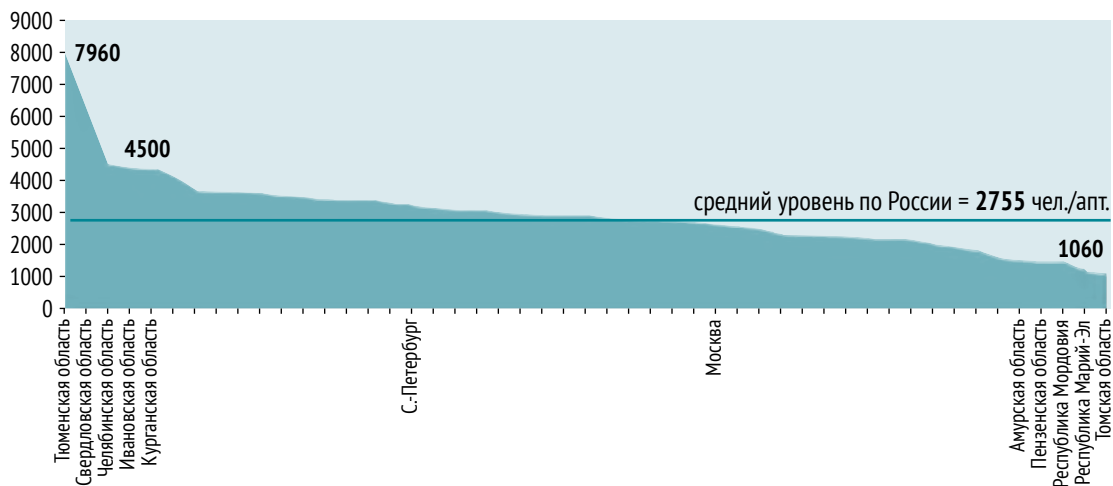
В целом в большинстве регионов России, на мой взгляд, в ближайшие несколько лет наиболее вероятен сценарий стабилизации количества аптек с возможным возобновлением медленного роста через 2–4 года — в случае перехода от стагнации к оживлению мировой, а значит, и отечественной экономики.

1.7. ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗРЕШЕНИЯ ПРОДАЖ БЕЗРЕЦЕПТУРНЫХ ПРЕПАРАТОВ В НЕАПТЕЧНОЙ РОЗНИЦЕ

В конце 2009 года Министерство промышленности и торговли (Минпромторг) выступило с предложением разрешить продажу части безрецептурных препаратов вне аптек. Аптечная общественность и Минздравсоцразвития дружно встретили эту инициативу в штыки и в конце концов она сошла на нет — проблем у правительства (в т. ч. в аптечном секторе) хватало и так.

Однако вопрос в принципе никуда не делся: трудно отрицать вполне успешный опыт ряда стран (большинства европейских, США, Японии и др.), который говорит о том, что в случае разумного определения безрецептурного ассортимента для продажи в неаптечной рознице эта практика удобна и достаточно безопасна для потребителей. Соответственно, достаточно вероятно, что и в России внеаптечная торговля безрецептурными лекарствами рано или поздно будет «продавлена» магазинными сетями, чьи лоб-

РИСУНОК 1.2. ПЛОТНОСТЬ АПТЕЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ЧЕЛ.*



* http://www.fru.ru/sochi/sochi_pr_2011/28/apteki/Shulyak.pdf

бистские возможности все-таки несколько выше, чем у аптекарей.

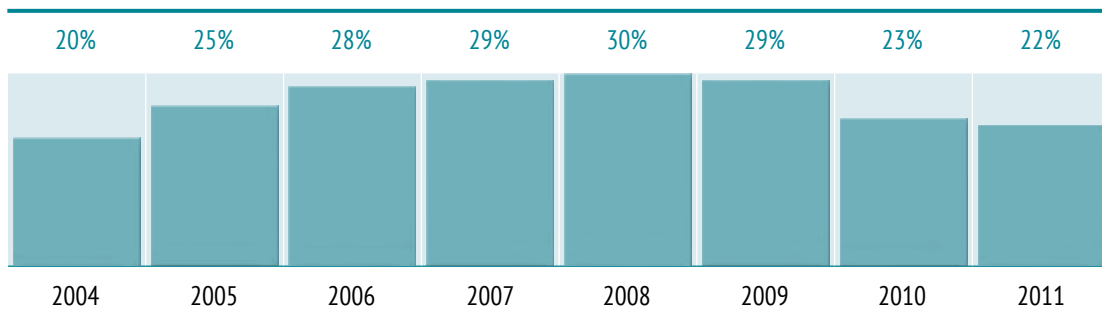
Некоторые аналитики прогнозировали, что в случае разрешения такого рода торговли аптечный рынок потеряет порядка трети продаж безрецептурных препаратов, т. е. 10–15 % своей емкости. Представляется, что такие оценки сильно преувеличены. Во-первых, для продажи вне аптек можно допустить лишь небольшую, наиболее безопасную часть ОТС-ассортимента. Во-вторых, в силу как потребности в консультациях фармацевтов, так и попросту инерционности поведения клиентура будет по-прежнему большее предпочтение отдавать аптекам. Соответственно, неаптечная торговля безрецептурными препаратами в обозримом будущем вряд ли сможет «забрать» более 5 % аптечного рынка.

1.8. ПЕРСПЕКТИВЫ СЕГМЕНТА ПАРАФАРМАЦИИ

С конца 90-х годов большую популярность приобрела точка зрения, согласно которой наращивание продаж парафармации — один из главных резервов расширения аптечного рынка. Целый ряд аптек (в т. ч. некоторые крупнейшие аптечные сети) рассматривали нелекарственный ассортимент как ключевой фактор своего роста. Однако анализ статистики продаж парафармы (с приемлемой точностью их можно отследить только с середины 2000-х годов) говорит о том, что возможности такого роста довольно жестко ограничены (см. рисунок 1.3).

Во-первых, как и следовало из экономической теории, продажи парафармации оказались гораздо бо-

РИСУНОК 1.3. ДИНАМИКА ДОЛИ ПАРАФАРМАЦИИ НА КОММЕРЧЕСКОМ АПТЕЧНОМ РЫНКЕ РФ*



* по данным ежегодных отчетов DSM Group, www.dsm.ru/analytics

лее чувствительными к негативной социально-экономической ситуации, чем потребление лекарственных средств. Хорошо видно, что существенное падение доли парафармации на рынке четко коррелирует с динамикой экономического кризиса, а в ближайшие несколько лет велик риск продолжения стагнации — неустойчивого, волатильного роста экономики на уровне не выше, чем в 2010–2012 годах.

Во-вторых, по многим заметным и традиционным для аптек категориям парафармы (массовая косметика, детские товары, средства гигиены, БАД, диетические продукты, минеральная вода, пластыри, презервативы и др.) нарастает конкуренция со стороны

неаптечной розницы: супермаркетов, специализированных магазинов, дрогери и др.

Наконец, в-третьих, по моей оценке, за последнее десятилетие доля аптек самообслуживания явно превзошла экономически обоснованный уровень и в ближайшие годы будет снижаться (подробнее см. главу 7 «Специфика и перспективы открытого доступа»). Это также окажет заметное негативное влияние на продажи парафармы.

С учетом перечисленных факторов наиболее вероятный сценарий динамики доли парафармации на коммерческом аптечном рынке в среднесрочной перспективе — колебания в пределах 20–25%.

Компания Nutricia, признанный лидер производства детского питания, была основана в 1896 году в голландском городке Зотермеер. Сейчас продукция компании представлена более чем в 100 странах мира, а ее широкий ассортимент учитывает потребности всех нуждающихся в детском и лечебном питании. В 2007 году Nutricia вошла в состав подразделения детского питания Danone (Danone Baby Nutrition).

В России Nutricia известна с 1994 года, а в 1995 году компания приобрела завод по производству детского питания в городе Истра Московской области и полностью его модернизировала. Завод ОАО «ДП «Истра-Нутриция» стал первым российским предприятием, получившим сертификат по системе Европейского сообщества по гигиене пищевых продуктов HACCP 9000 и прошедшим сертификацию по системе ISO 9001–2001.

Компания Nutricia уверена, что грудное вскармливание является лучшим питанием для младенцев в начале их жизни. Продвигая и поддерживая грудное вскармливание, Nutricia посто-

янно проводит исследования на базе трех научно-исследовательских центров в Нидерландах, Германии и Сингапуре и совершенствует свою продукцию, чтобы предложить надежное решение в случаях, когда грудное вскармливание невозможно. Nutricia соблюдает Международный свод правил сбыта заменителей грудного молока, принятый Всемирной организацией здравоохранения в 1981 году для безопасного и правильного питания младенцев. Этот свод правил защищает и продвигает грудное вскармливание.

Сегодня у компании развитая сеть региональных представительств по всей России: Москва, Санкт-Петербург, Нижний Новгород, Самара, Ростов-на-Дону, Новосибирск, Владивосток и Екатеринбург. Основные марки компании Nutricia в России: Nutrilon®, Малютка®, Малыш®, Nutricia®.

ВАЖНО: Грудное молоко — лучшее питание для детей раннего возраста. Перед применением продукта необходимо проконсультироваться со специалистом. Nutrilon®, Малютка®, Малыш®, Nutricia® — для детей раннего возраста.





МАРКЕТИНГОВАЯ РАБОТА С ПОСЕТИТЕЛЯМИ

2.1. ПРОМОЦИОНАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ		2.1.6.3. ТРЕНИНГОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ	
ПОСЕТИТЕЛЯМ	24	И КОНТРОЛЬ СТАНДАРТОВ	36
2.1.1. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ	24	2.1.6.4. ВОПРОСЫ МОТИВАЦИИ	
2.1.2. ПРЕДЛОЖЕНИЯ АЛЬТЕРНАТИВ		И ПОДБОРА АПТЕЧНОГО	
НА ЗАМЕНУ	26	ПЕРСОНАЛА	36
2.1.3. РЕКОМЕНДАЦИИ «ДОПОЛНЯЮЩИХ»		2.2. ОПТИМИЗАЦИЯ ОЧЕРЕДЕЙ	38
ТОВАРОВ	29	2.3. ПРИНЯТИЕ ЗАКАЗА НА ОТСУТСТВУЮЩИЕ	
2.1.4. РЕКОМЕНДАЦИИ-НАЗНАЧЕНИЯ	30	ПОЗИЦИИ	39
2.1.5. ПРОМОЦИОНАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ,		2.4. ПРОЧИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ С ПОСЕТИТЕЛЯМИ	39
ФИНАНСИРУЕМЫЕ		2.4.1. ИНИЦИАТИВНЫЕ КОНТАКТЫ	
ПРОИЗВОДИТЕЛЯМИ	33	С ПОСЕТИТЕЛЯМИ	
2.1.6. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ		ВНЕ КАССОВОЙ ЗОНЫ	39
ФОРМИРОВАНИЯ СТАНДАРТОВ		2.4.2. УЧЕТ В ПРОМОЦИОНАЛЬНОЙ РАБОТЕ	
ПРОМОЦИОНАЛЬНЫХ		СПЕЦИФИКИ ФАСОВОК	
РЕКОМЕНДАЦИЙ	34	И СТОИМОСТИ КУРСА/ДОЗЫ	40
2.1.6.1. РАЗРАБОТКА СТАНДАРТОВ	34	2.4.3. КРУГЛОСУТОЧНАЯ РАБОТА	40
2.1.6.2. ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ		2.4.4. ПРОЧИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ	41
ПОЭТАПНОГО			
ВНЕДРЕНИЯ СТАНДАРТОВ			
ПРОМОЦИОНАЛЬНЫХ			
РЕКОМЕНДАЦИЙ	35		

Мой многолетний опыт консультанта говорит, что главный резерв аптечного бизнеса — это сервис. **В большинстве аптек оптимизация работы с посетителями за считанные месяцы может увеличить выручку и прибыль на 10–15%, а нередко — и больше. Кроме того, качественная работа с посетителями — важный этап обеспечения долгосрочной лояльности клиентуры.**

Надо отметить, что определенный «первичный» уровень сервиса (корректные стиль общения, работа с возражениями и претензиями и т. п.) основной массой российских аптек освоено более или менее успешно. Однако по ряду более сложных направлений (рекомендации посетителям, эффективный контроль очередей, возможность заказа отсутствующих товаров и др.) за 20 постсоветских лет мало что изменилось.

2.1. ПРОМОЦИОНАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПОСЕТИТЕЛЯМ

Значительные резервы роста продаж обусловлены так называемым латентным (скрытым) спросом, который возникает в результате советов фармацевта покупателю. **Несмотря на то что большинство посетителей приходит в аптеку с довольно четко сформулированным запросом на конкретный товар, порядка 30–50% из них (в зависимости от специфики аптеки и ее контингента) готовы делать более дорогостоящие и/или дополнительные покупки, если первостольник убедительно и квалифицированно объяснит их целесообразность.**

В связи с периодически вспыхивающими дискуссиями касательно принципиальной этической

допустимости активных рекомендаций аптекарей хотелось бы отметить, что позиция Всемирной организации здравоохранения и Международной фармацевтической федерации по данным вопросам однозначно положительна (см., в частности, руководство «Развитие фармацевтической практики: фокус на пациента» [1]).

2.1.1. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ

К сожалению, доля первостольников, способных без дополнительного обучения не просто «отпускать товар», а давать компетентные рекомендации хотя бы по 10–20 наиболее популярным категориям, очень невелика — в пределах 20%. Еще хуже обстоит дело с «коммерческой» квалификацией аптекарей — учетом цены, потребительской ориентации посетителей и т. п.

К числу наиболее характерных проблем работы с клиентурой, по моему опыту, можно отнести следующие:

- Рекомендации редко (порядка 10% российских аптек) даются по собственной инициативе первостольников.
- До сих пор примерно в трети случаев встречается, по сути дела, отказ от рекомендаций по запросам вроде «посоветуйте что-нибудь от...» — за ними следуют ответы типа: «Все на витрине, выбирайте», когда первостольник не оказывает реальной помощи в подборе препарата.
- Для большинства первостольников характерно недостаточное знание даже наиболее популярных препаратов: их основных действующих веществ, преимуществ и недостатков, важных деталей относительно режима приема и хранения.

- Большинство фармацевтов не имеет навыков рациональной аргументации и/или доступного изложения своих мыслей.
- Зачастую первостольники предлагают либо дорогостоящие, либо, напротив, дешевые товары, не пытаясь выявить ценовые ориентации конкретных посетителей.
- Менее чем в половине необходимых случаев при рекомендациях используется «минидиагностика» — уточняющие вопросы.

Для абсолютного большинства аптек (за исключением отдельных «элитных» с высококвалифицированным персоналом) **наиболее реалистичный путь преодоления перечисленных проблем — разработка конкретных стандартных рекомендаций для конкретных типовых ситуаций.** Следует подчеркнуть, что недостаточны распространяющиеся в последнее время «стандарты» общего, концептуального характера.

Выдержка из реального документа под названием «Стандарт обслуживания» одной региональной аптечной сети:

«Если клиент не знает, какой препарат ему необходим, — предлагаете несколько препаратов по схеме предложения препаратов:

- 2–3 препарата, один из которых должен быть обязательно дороже 250 руб., рассказываем отличия;
- первым рассказываем про приоритетный, потом про препараты дороже и дешевле приоритетного;
- если клиент спрашивает еще: всё, что есть на полке».

Хотя с принципиальным подходом к предложению разных ценовых вариантов в целом можно согласиться, применительно к среднему российскому первостольнику эффективность использования данной схемы весьма проблематична:

- Большинство первостольников неспособны четко охарактеризовать различия основных представите-

лей даже популярных нозологий и, тем более, логично и аргументированно выделить спектр приоритетных препаратов разных ценовых категорий. Скажем, по средствам от изжоги — как правило, они не знают о различиях между всасывающимися и невсасывающимися антацидами, специфику различных лекарственных форм, когда и какие антисекреторы рекомендовать и т. д. и т. п.

- Ценовые диапазоны разных нозологий сильно различаются. Например, для средств от банальной головной боли в большинстве регионов, как правило, нецелесообразно предлагать препарат дороже 200 руб. даже как самый дорогой. С другой стороны, для многих нозологий (антигистаминных и др.) нижняя граница сегмента «дорогих лекарств» в большинстве регионов держится на уровне 300–400 руб.

- Для многих популярных запросов формулировка «всё, что есть на полке» даже в средней аптеке подразумевает под собой как минимум 10–20 синонимов и близких аналогов, от внешнего разнообразия и малопонятных различий которых у обычного покупателя будут, как говорится, «глаза в кучку». Для того чтобы начать осмысленный диалог с покупателем, чаще всего достаточно выделить максимум 3–4 препарата, и лишь затем при необходимости вводить в обсуждение дополнительные позиции ассортимента.

В противоположность общеметодическим установкам система *конкретных* стандартных рекомендаций для *конкретных* типовых ситуаций обеспечивает:

- возможность быстрого (за считанные месяцы) повышения уровня работы с посетителями даже для первостольников, имеющих невысокую базовую квалификацию и небольшой опыт. В особенности это касается таких вопросов, как ценовой уровень рекомендуемых покупок и аргументация их выбора;
- в среднем более высокое качество рекомендаций, которое зависит от тщательности разработки стандартов;
- достижение определенной степени единообразия рекомендаций, что имеет большое значение для крупных сетей.

Необходимыми атрибутами такой стандартизации являются:

- **Четкая письменная регламентация всех элементов стандартов** вплоть до неизбежных текущих мелких дополнений и корректировок. В противном случае теряется контроль и резко снижается эффективность.
- **Основные элементы стандартов рекомендаций для клиентуры должны заучиваться первостольниками наизусть.** Только при таком условии можно обеспечить уверенное и эффективное взаимодействие с покупателями. «Подсматривание» в справочные материалы, особенно по ключевым вопросам, заметно снижает убедительность рекомендаций (тем более если разговор с посетителем ведется в зале самообслуживания).

Вместе с тем понятно, что по целому ряду второстепенных вопросов (многочисленные синонимы, их цены, фасовки, дозировки и т. п.) удерживать в голове всю информацию нереально — уточнения по справочным материалам в таком случае вполне приемлемы. Более того, для обеспечения требуемой полноты консультаций целесообразно использование автоматизированной информационной поддержки рекомендаций, в т. ч.:

- автоматизированный поиск имеющихся в наличии синонимов с указанием фасовок, дозировок, цен;
- справочник зарегистрированных в РФ лекарственных средств с аннотациями в электронной форме.

Для разных регионов и разных аптек в силу их специфики стандарты рекомендаций, естественно, могут и должны существенно различаться. Тем не менее по каждому основному типу рекомендаций можно обозначить определенные параметры и структурные элементы такой стандартизации.

2.1.2. ПРЕДЛОЖЕНИЯ АЛЬТЕРНАТИВ НА ЗАМЕНУ

Недостаточно активное и эффективное предложение альтернативных товаров (как лекарств, так и парафармацевтики) «на замену» (т. е. вместо первоначально запрошенных) скрывает в себе значительный потенциал не до конца используемого

аптеками латентного спроса. Даже совершенно конкретные запросы посетителей на определенный товар во многих случаях вполне успешно поддаются корректировке, поскольку:

- существенная часть спроса приходится на препараты, для которых имеются более эффективные или удобные (по предпочтительности лекформы, пролонгированности действия) альтернативы;
- высока готовность многих посетителей в условиях несовершенной системы здравоохранения воспользоваться советами фармацевтов.

Безусловно, при консультации в аптеке трудно принять во внимание специфику организма пациента, взаимодействие рекомендуемого препарата с другими употребляемыми им лекарственными средствами и т. п. Поэтому фармацевты должны быть осторожны и предлагать «на замену» наиболее безопасные медикаменты. **Недопустимы рекомендации препаратов с возможными серьезными побочными эффектами вместо безрецептурных** (например, антибиотиков вместо НПВС).

Типовые виды наиболее безопасных предложений «на замену»:

- синонимы с другими лекформами (назальные, чрескожные, пролонгированные и др.);
- пролекарства, обладающие терапевтическими преимуществами перед своими метаболитами (например, валацикловир по сравнению с ацикловиром);
- более эффективные близкие аналоги (однотипные препараты новых поколений и т. п.);
- комбинированные препараты вместо монолекарств (например, глюкокортикостероид + адренометик вместо аналогичных препаратов, принимаемых раздельно).

В ряде случаев, вероятно, допустимы и рекомендации препаратов нового типа, если они достаточно безопасны (скажем, многие специалисты считают оправданным использование ингибиторов протонной помпы вместо блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов).

В большинстве ситуаций необходимым элементом рекомендации на замену является мини-диагностика — дополнительные уточняющие вопросы.

В частности, для ряда старых препаратов совершенно разных нозологий (например, бисакодил, пропранолол, хлоропирамин) характерно более быстрое начало действия, что для определенной части пациентов перевешивает все их недостатки. Помимо целесообразности с чисто медицинской точки зрения, мини-диагностика также позволяет продемонстрировать ориентацию на каждого конкретного клиента, придает рекомендации большую обоснованность и убедительность, чем улучшает репутацию аптеки.

При аргументации выбора того или иного лекарства «на замену» фармацевту важно помнить, что следует делать упор на преимуществах более эффективных препаратов, но при этом избегать однозначно негативных характеристик устаревших лекарственных средств («неэффективный» и т. п.). Иначе это косвенно и негативно сказывается на репутации аптеки — у покупателя подспудно возникает вопрос, зачем она торгует неэффективными медикаментами.

При подборе альтернативного товара «на замену» обычно и с медицинской, и с коммерческой точки зрения оправданны рекомендации в сторону повышения цены.

При формулировке рекомендаций «на замену» также важен *гибкий учет ценовой ориентации посетителей*, поскольку клиентура типичной аптеки имеет смешанный характер:

- большинство посетителей ориентируется на товары средней и низшей ценовой категории;
- около 10–20% клиентуры (иногда больше — в зависимости от специфики аптеки и ее контингента) не считает необходимым экономить в аптеке.

В связи с этим «на замену» менее эффективных и/или относительно дешевых препаратов большинству посетителей целесообразно предлагать в качестве основного вариант в зоне цен, наиболее типичных для соответствующей товарной группы, упомянув о наличии других синонимов/аналогов, альтернативных по цене. Это даст заинтересован-

шему покупателю психологически комфортную возможность повернуть дальнейший разговор в ту или иную «ценовую» сторону.

Например, в довольно широком спектре случаев вместо 1-го поколения антигистаминных в таблетированной форме (хлоропирамин и др.) можно рекомендовать средства 2–3 поколения (стоимостью, например, порядка 200 руб.). При заинтересованности посетителя в более «продвинутых» и дорогостоящих препаратах может быть предложен какой-либо из цетиризинов или фексофенадинов.

При подборе альтернативного товара «на замену» зачастую оправданны рекомендации более дорогого препарата. Это обусловлено интуитивно понятной большинству посетителей корреляцией: более современные и эффективные товары в среднем стоят дороже. Хотя, конечно, связь между ценой и качеством неоднозначна. Например, нередко на оригинальные препараты сохраняется высокий уровень цены (порой в 5–10 раз превышающий цену сопоставимых дженериков) даже спустя десятилетия после появления дженериков и новых, более эффективных медикаментов.

К числу наиболее тонких вопросов относится целесообразность инициативного¹ предложения более дешевых синонимов или аналогов. Не говоря уже о потенциальных финансовых потерях аптеки, иногда такой рекомендацией в конечном счете может остаться недоволен и клиент.

Как уже отмечалось, в среднем порядка 10–20% посетителей не стремится экономить в аптеке. Кроме того, после использования товара покупателю может показаться, что дешевый препарат хуже привычного — и на самом деле часть дешевых синонимов/аналогов объективно уступает дорогим конкурентам (синонимы — за счет менее эффективных лекформ или недостаточного соблюдения стандартов качества). Для некоторых лекарств и определенных клинических ситуаций такая разница бывает существенной. Наконец, иногда даже в среднем более эффективный препарат у конкретного пациента может, как говорится, «не пойти».

¹ Без «наводящих» вопросов посетителя о более эффективных или дешевых аналогах.

Все же значительно более многочисленной и значимой с точки зрения спроса является категория клиентов, для которых разница в цене между дорогими и дешевыми синонимами/близкими аналогами (нередко достигающая 5–10 раз) оказывается гораздо важнее, чем некоторая (порой, скорее, гипотетическая) разница в эффективности. Если речь идет о дорогостоящих и/или регулярно применяемых препаратах, такие клиенты обычно начинают настойчиво искать дженерик или аналог, более приемлемый по соотношению «цена/качество». И та аптека, которая им такой препарат предложит, получит не только конкретную покупку, но и, весьма вероятно, долгосрочную лояльность данного потребителя.

Поэтому, при всех оговорках о необходимости осторожного применения, **инициативные рекомендации более дешевых синонимов или аналогов посетителям, ориентированным на минимизацию цены, при грамотной реализации в конечном счете коммерчески эффективны.**

Важно учитывать, что при обычной покупке по собственному запросу клиент чаще всего знает (из рецепта или по опыту) такие особенности препарата, как длительность и дозировка/режим приема, температура хранения и т. п. Однако при инициативной рекомендации «на замену» фармацевт должен во избежание недоразумений предельно четко прояснить данные вопросы для покупателя.

В случае если фармацевт сам решает предложить клиенту альтернативный товар, ему следует подчеркнуто оставаться в рамках ненавязчивой, «информационной» интонации («многим лучше помогает...» и т. п.), позволяя покупателю самому сделать выбор. Такой стиль общения поможет избежать претензий, если вдруг купленный по рекомендации товар не понравится посетителю.

Таким образом, в систему стандартов рекомендаций «на замену» должны входить:

- перечень товаров, при которых такие рекомендации должны носить обязательный характер (для препаратов — с указанием как МНН, так и основных брендов);

- спектр конкретных (с указанием брендов, дозировок, фасовок) аналогов/синонимов «на замену» разного ценового уровня (наиболее типичных для данной категории по уровню цен, более дорогих/дешевых);
- для каждого предлагаемого в качестве альтернативы аналога/синонима — типовая аргументация с четким изложением преимуществ рекомендуемых препаратов;
- при необходимости — схема мини-диагностики; например, при рекомендации «на замену» метамизола как минимум следует поинтересоваться желудочно-кишечными заболеваниями посетителя, поскольку более современные анальгетики (скажем, на основе парацетамола и ибупрофена) существенно различаются по противопоказаниям;
- при необходимости — дополнительные рекомендации (по приему, хранению и т. п.). Зачастую это целесообразно даже для очень «банальных» покупок. Например, при покупке поливитаминов нелишним будет напомнить, что их лучше принимать после еды.

Приемлемые для многих аптек направления рекомендаций «на замену» приведены в соответствующей таблице (см. [таблицу 2.1](#)).

Следует отметить, что к таким категориям парафармации, как космецевтика, многие БАД, средства гигиены и т. п., рекомендации «на замену» необходимо делать, учитывая определенную специфику товара. По отношению к этим группам аргументировать выбор объективными критериями (например, клинической эффективностью) надо гораздо осторожнее, поскольку для большей части парафармации эти показатели зачастую являются менее доказательными и убедительными. Приверженность клиента к конкретным парафармацевтическим товарам/торговым маркам, как правило, определяется скорее эмоциональными, чем рациональными факторами. Такие предпочтения покупателя также можно успешно корректировать, но это зачастую требует не столько рационально-логических, сколько эмоционально-психологических «аргументов»: апелляции к авторитету бренда, высокому спросу, опыту знакомых и т. п.

ТАБЛИЦА 2.1. НАПРАВЛЕНИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ «НА ЗАМЕНУ»

Запрос	Перспективные направления рекомендаций на замену
Аскорбиновая кислота с глюкозой	Более комплексные витаминные препараты
Уголь активированный	Более эффективные энтеросорбенты (лигнин, полидиметилсилоксана полигидрат, диоксид кремния сверхвысокодисперсный и т.п.)
Дротаверин	Бутилскополамин (нередко более эффективен как спазмолитик)
Хлоропирамин, клемастин	Антигистаминные 2–3 поколения: лоратадин, цетиризин, фексофенадин и др.
Болеутоляющие на основе метамизола	Болеутоляющие на основе парацетамола, ибупрофена, кеторолака, нимесулида и т.п. НПВС
Силденафил	2-е поколение ингибиторов специфической ФДЭ5 с большей длительностью действия, менее выраженными противопоказаниями и побочными эффектами – например, тадалафил и др.
Омепразол (дешевые дженерики)	Более современные ингибиторы протонной помпы (эзоমেпразол и др.)
Всасывающиеся антациды (например, кальция карбонат+магния карбонат)	Невсасывающиеся антациды (содержащие гидроокись алюминия, фосфат алюминия, гидроокись магния, трисиликат магния)

О методическом подходе к разработке стандартов рекомендаций для конкретных аптек см. ниже раздел 2.1.6.1 «Разработка стандартов».

2.1.3. РЕКОМЕНДАЦИИ «ДОПОЛНЯЮЩИХ» ТОВАРОВ

Для большинства посетителей можно легко найти достаточно естественный повод для дополняющих исходный запрос предложений. Однако шаблонные рекомендации «лекарств от всех болезней» (поли-витамины, общеукрепляющие, иммуномодуляторы и т. п.) на многих клиентов производят зачастую негативное впечатление «впаривания». Как минимум их следует давать не всем подряд и стараться разнообразить — особенно если в очереди стоит несколько посетителей.

Следует стремиться к тому, чтобы большинство дополняющих рекомендаций было достаточно конкретно и убедительно «увязано» с озвученным первичным запросом: специфические лекарственные средства или БАД, минеральные воды, пробиотики и т. п.

По возможности **дополняющие рекомендации следует проводить в 2 этапа:**

- 1) этап аргументации дополняющей покупки на основе ее базовых свойств, не связанных с брендом. Например, в дополнение к антибиотику предлагать пробиотик, характеризуя прежде всего его назначение (компенсация побочного действия антибиотика);

2) этап рекомендации конкретных брендов: в случае проявленной покупателем принципиальной заинтересованности в качестве дополняющего товара предложить 2 варианта конкретных брендов (обычно — типичный по цене для категории, а также более дорогой) с пояснением их специфических свойств. При явной ориентации покупателя на экономию — более дешевый вариант.

В большинстве случаев психологически желательно, чтобы рекомендуемая дополнительная покупка была дешевле основной, иначе легко вызвать негативную реакцию ограниченных в средствах покупателей. Однако данный подход — не догма, если свое дополняющее предложение можно подкрепить весомой аргументацией.

Скажем, при покупке многих средств от болезней суставов и позвоночника (диклофенака и т. п.) нередко оправданно предложение в качестве дополнительной покупки глюкозамина и/или хондроитина, которые могут стоить в несколько раз дороже. Но грамотный фармацевт способен обосновать эту рекомендацию так, чтобы она, по крайней мере, не вызвала раздражения.

При таком типе предложений, как и при инициативных рекомендациях «на замену», следует подчеркнуто оставаться в роли советчика («многим также помогает...», «обычно дополнительно бывает полезно...» — и т. п.), предоставляя покупателю абсолютную свободу выбора и право самому проявить инициативу. Такой тактичный подход оградит фармацевта от претензий в случае, если клиент останется недоволен купленным по рекомендации товаром.

В систему стандартов дополняющих рекомендаций должны входить:

- Перечень с четким определением категорий, при которых дополняющие рекомендации должны носить обязательный характер (например, системные антибиотики). В каждой такой категории лекарственных средств необходимо знать минимум 5–10 наиболее популярных МНН и основных брендов.
- Спектр конкретных (с указанием брендов, дозировок, фасовок) дополняющих товаров разного ценового уровня (наиболее типичных для данной ка-

тегории по уровню цен, более дорогих/дешевых). Например, список пробиотиков, рекомендуемых при покупке системных антибиотиков.

- Для каждой типовой дополняющей рекомендации — схема аргументации с четким изложением преимуществ приоритетно предлагаемых товаров.
- При необходимости — схема мини-диагностики. Например, в СНГ еще с советских времен сложилась традиция, что дротаверин применяют очень широко, это своего рода «лекарство от всех болезней». Соответственно, для эффективной дополняющей рекомендации в каждом конкретном случае необходимо уточнять нозологию.
- В случае необходимости — некоторые второстепенные характеристики (по приему, хранению) дополняющих товаров. Например, такие препараты нередко следует принимать длительными курсами для получения существенного эффекта, некоторые пробиотики необходимо хранить в холодильнике и т. д.

К числу оправданных опытом многих аптек относятся следующие направления проработки стандартов дополняющих рекомендаций (см. [таблицу 2.2, стр. 33](#)).

О методическом подходе к разработке стандартов рекомендаций для конкретных аптек см. ниже раздел 2.1.6.1 «Разработка стандартов».

2.1.4. РЕКОМЕНДАЦИИ-НАЗНАЧЕНИЯ

Значительная часть клиентов обращается к первостольнику как к врачу с просьбой о лекарстве «от простуды», «от головной боли» и т. п. По данным Synovate Comcon, это почти половина запросов посетителей [2], по моему опыту, — порядка 20–30%. В случае систематических успешных рекомендаций эта доля среди клиентов может заметно вырасти (иногда в разы).

Помощь при симптоматическом запросе — одна из наиболее сложных форм работы, поскольку гораздо выше риск нарушить заповедь «не навреди». Поэтому если первостольник считает, что рекомендовать что-либо конкретному посетителю без врачебного диагноза опасно для здоровья (например,

ТАБЛИЦА 2.2. НАПРАВЛЕНИЯ ПРОРАБОТКИ СТАНДАРТОВ ДОПОЛНЯЮЩИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Категории запрашиваемых ЛС	Направления дополняющих рекомендаций
Средства при простудных заболеваниях	Общеукрепляющие, иммуномодуляторы
Антигистаминные	Иммуномодуляторы
Антибиотики	Пробиотики
Средства от изжоги (антациды, антисекреторы)	Щелочные минеральные воды, травы и БАД с противовоспалительным действием (например, цветы ромашки и т.п.)
Сердечно-сосудистые препараты, назначаемые при ИББ и гипертонии	Седативные
Противовоспалительные средства при заболеваниях позвоночника и хрящевой ткани	Глюкозамин, хондроитин

при острой боли и других признаках заболеваний, требующих срочной врачебной помощи), он должен это четко и ясно высказать.

Рекомендации-назначения фармацевта оправданны только в границах «банальных» нозологий (простуда, головная боль, изжога и т.п.).

В систему стандартов рекомендаций-назначений должны входить:

- Как правило, схема мини-диагностики. Например, в случае обращения за средством от головной боли ответственный фармацевт как минимум задаст вопрос об обычном давлении, чтобы попытаться отграничить вероятную «банальную» головную боль от сосудистого криза. По большинству запросов необходимо также уточнять, что ранее клиент принимал в аналогичных случаях, и по возможности (если речь не идет о явно малоэффективных препаратах) придерживаться соответствующей группы лекарственных средств для минимизации побочных эффектов.

- Перечень нозологий, при запросе которых рекомендации-назначения должны носить стандартный характер.
- Спектр конкретных (с указанием брендов, дозировок, фасовок) аналогов/синонимов разного ценового уровня.
- Примерный перечень нозологических запросов, при которых рекомендации без врачебного диагноза особенно опасны для здоровья и недопустимы (острая боль, острые проявления кожных и глазных заболеваний и т. п. — обычно около 5–10 типовых ситуаций).
- В случае необходимости — важные дополнительные рекомендации (по приему, хранению).

Большинству посетителей целесообразно предлагать в качестве основного вариант в зоне цен, наиболее типичных для соответствующей товарной группы, упоминая о существовании ценовых альтернатив.

Как и при прочих рекомендациях, в данной ситуации важен гибкий учет ценовой ориентации различных посетителей. Безальтернативное предложение наиболее дорогих товаров зачастую раздражает даже не экономящих в аптеке клиентов, и тем более «отпугивает» прочих посетителей.

Большинству клиентов разумно предлагать в качестве основного вариант в зоне цен, типичных для данной товарной группы. Но если фармацевт отмечает стремление посетителя «сэкономить», ему

сразу стоит обратить внимание покупателя на препараты по умеренной или даже минимальной для соответствующей товарной категории цене. Хотя такой подход снизит конкретную покупку, он может обеспечить долгосрочную лояльность данного потребителя.

К числу перспективных направлений проработки стандартов рекомендаций первостольников, в частности, относятся следующие группы препаратов (см. таблицу 2.3).

Пример стандартизированных рекомендаций для платежеспособных посетителей (в схематическом изложении) при запросе средства от изжоги (разработан одной из аптечных сетей при методическом руководстве автора).

Целесообразна мини-диагностика по критерию «частота приступов изжоги». При относительно редких приступах (ответы «иногда», 1–2 раза в месяц и т.п.) рекомендуется:

- как препарат среднего ценового уровня, хорошо проверенный и эффективный, – известный вариант невсасываемого антацида на основе смеси гидроокисей магния и алюминия в таблетках. При заинтересованности клиента в менее традиционном лечении также рассказать про омепразол в минимальной дозировке (10 мг) сопоставимой цены.
- +
 - как препарат более высокого ценового уровня с особыми преимуществами – известный вариант невсасываемого антацида на основе смеси гидроокисей магния и алюминия в форме суспензии (в зависимости от предпочтений покупателя в пакетиках или флаконе). При заинтересованности в менее традиционном

лечении – современный ингибитор протонной помпы (эзомепразол и т.п.) в минимальной дозировке.

В случае регулярных или частых приступов (несколько раз в месяц) оправданно более настойчивое предложение ингибиторов протонной помпы с одновременной рекомендацией обратиться к врачу. Коротко рассказать посетителю, что от некоторых болезней, сопровождающихся систематической изжогой, можно вылечиться посредством курса антибиотиков, либо их нужно лечить с использованием дополнительных препаратов. Однако решить этот вопрос может только врач.

При покупке антацидов обращать внимание на их большую эффективность при приеме после еды, а также на то, что они в течение 2–3 часов после приема замедляют/ослабляют действие других принимаемых внутрь лекарств.

В качестве дополняющих покупок предложить щелочную минеральную воду, цветки ромашки.

ТАБЛИЦА 2.3. ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОРАБОТКИ СТАНДАРТОВ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Средства при простудных заболеваниях
Средства от головной боли
Противоаллергические средства
Средства от кашля
Средства для похудения
Средства при заболеваниях позвоночника и хрящевой ткани
Средства от изжоги
Слабительные средства
Закрепляющие средства

О методическом подходе к разработке стандартов рекомендаций для конкретных аптек см. ниже раздел 2.1.6.1 «Разработка стандартов».

В заключение данного раздела следует отметить, что при рекомендациях-назначениях один из наиболее сложных вопросов — работа с рецептурными препаратами. Большинство первостольников избегает инициативно рекомендовать их «по формальному критерию», то есть не вникая детально в вопросы их эффективности и безопасности по сравнению с безрецептурными аналогами.

Между тем безопасность ряда категорий рецептурных препаратов (особенно в минимальных дозировках и при коротких курсах) вполне сопоставима с безрецептурными (в частности, в силу того, что отнесение к безрецептурным порой не бесспорно). Поэтому в некоторых нозологиях (например, изжога) инициативные рекомендации определенных рецептурных препаратов (в частности, ингибиторов протонной помпы в минимальной дозировке), по мнению многих специалистов, достаточно оправданны.

2.1.5. ПРОМОЦИОНАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ, ФИНАНСИРУЕМЫЕ ПРОИЗВОДИТЕЛЯМИ²

В последние годы (особенно в крупных сетях) все шире распространяется продвижение аптечных товаров через рекомендации первостольников за соответствующую плату от производителей.

В разумных рамках это нормальный и эффективный прием бизнеса. Однако в ряде случаев такая практика приобретает гипертрофированный характер: плата производителя становится главным, порой доминирующим критерием выбора того или иного продукта для рекомендации покупателю. А это уже чревато рядом серьезных негативных последствий:

- Абсолютный приоритет в продвижении продукции, реализация которой целевым образом финансируется производителями, может приводить к убыткам, поскольку такая оплата зачастую может не покрывать упущенной прибыли от «недопродаж» конкурирующих товаров.

- Порой в качестве приоритетного продвигается препарат, сомнительный с точки зрения действенности и побочных эффектов. В таких случаях риску подвергается репутация аптеки.

Кроме того, некоторые проекты продвижения носят краткосрочный характер — иногда всего 1–2 месяца. Здесь также имеются репутационные риски: если аптекари сегодня горячо хвалят одно, а через месяц — совсем другое, уважение к аптеке, мягко говоря, падает.

² С 1 января 2012 года вступила в силу статья 74 федерального закона, которая запрещает работникам аптечных организаций заключать с фармацевтической компанией или ее представителем соглашения о предоставлении населению определенных лекарственных препаратов, медицинских изделий. Также статья запрещает работникам аптек предоставлять населению недостоверную, неполную или искаженную информацию о наличии лекарственных препаратов, имеющих одинаковое МНН, и медицинских изделий, в том числе скрывать информацию о наличии аналогичных товаров, имеющих более низкую цену.

Данные запреты установлены в связи с тем, что указанные отношения отрицательно влияют на оказание населению фармацевтических услуг: работники аптек в процессе консультации должны руководствоваться установленными требованиями и полученным высшим фармацевтическим образованием, а не личной выгодой. Фармацевтические компании, оказывая такое влияние, пытаются добиться лучших условий сбыта своего товара в обход нормальных экономических отношений, которые осуществляются на уровне самих организаций (между фармацевтическими компаниями и аптеками, как организациями). Фармацевтические компании могут предоставлять скидки при поставках своих товаров, но они не вправе влиять на профессиональную деятельность фармацевта (прим. **Андрея Колесникова**, юриста консультанта ЗАО НПК «Катрен»).

Поэтому каждый финансируемый производителем проект продвижения товара через рекомендации первостольников необходимо подвергать достаточно тщательно анализу:

- интегральной экономической эффективности проекта с учетом снижения продаж конкурирующих товаров — в качестве критерия можно использовать прирост/снижение прибыли по выбранной категории, ситуация здесь обычно становится понятной уже через 1–2 месяца;
- качества/эффективности продукции, предлагаемой к продвижению, относительно конкурирующих товаров, и вероятного влияния ее активной рекламы на репутацию аптеки.

При этом чем короче проект, тем осторожнее и критичнее следует к нему относиться (особенно если речь идет о ключевых категориях лекарственных средств).

2.1.6. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ СТАНДАРТОВ ПРОМОЦИОНАЛЬНЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

2.1.6.1. РАЗРАБОТКА СТАНДАРТОВ

Для каждого аптечного бизнеса ситуация специфична и конкретные стандарты нуждаются в индивидуальной разработке в силу следующих основных факторов:

- специфики клиентуры и ассортимента;
- приоритета брендов производителей, которые целесообразно рекомендовать;
- различий в уровне жизни регионов и, соответственно, предпочтительных ценовых вариантов рекомендаций.

Вместе с тем для сетевых точек в рамках одного города стандарты промоциональных рекомендаций могут быть общими в силу единства большинства действующих факторов (подробнее см. раздел 9.3 «Стандартизация маркетинговых параметров сетевых точек и служб»). При этом полезен анализ продаж ле-

карственных средств в разрезе МНН. Если собственная информационная система аптечного учреждения не позволяет провести такой анализ, целесообразно запросить объективные данные по местным аптечным продажам в разрезе МНН у аналитических компаний, осуществляющих розничный аудит (подробнее про розничный аудит см. Приложение 2).

В основе определения приоритетных рекомендаций «на замену» должен, прежде всего, лежать объективный анализ местного спроса — выявление наиболее продаваемых устаревших и/или дешевых препаратов, на замену которых целесообразно предлагать более эффективные и дорогостоящие синонимы/аналоги. Для определения, какие именно препараты предлагать на замену, стоит провести опрос 5–10 наиболее квалифицированных заведующих и первостольников.

Далее (на основе результатов проведенного анализа) специальная комиссия из 3–5 сотрудников должна с учетом рекламного взаимодействия с производителями окончательно сформировать конкретные стандарты на определенный период времени (чаще всего на квартал).

Следует учитывать, что многие аптекари нередко искренне заблуждаются относительно свойств и эффективности многих препаратов (и даже целых классов медикаментов), в т. ч. находясь под влиянием рекламы. Поэтому к работе желательно привлечь квалифицированного консультанта: фармаколога либо авторитетного опытного медика широкого профиля. Разумеется, привлечение такого консультанта не должно финансироваться производителями.

По возможности формирование стандартов по лекарствам (в категориях, где есть достаточно широкий выбор синонимов) целесообразно проводить в 2 этапа:

- 1) этап формирования базовой структуры стандартов в терминах типов препаратов и МНН (например, формирование стандарта по рекомендациям на замену неселективных бета-блокаторов типа пропранолола селективными типа бисопролола);
- 2) этап определения конкретных брендов (какой именно бисопролол предлагать и т. п.).

Примерный перечень и формат вопросов для анкетирования заведующих и первостольников:

- При необходимости дополните либо скорректируйте следующий перечень устаревших и/или дешевых препаратов, по которым в случае запроса посетителей целесообразно предлагать альтернативы...
 - Какие именно более эффективные и дорогостоящие препараты (наиболее типичные в данной категории по цене и более дорогие) следует в первую очередь предлагать на замену перечню устаревших и/или дешевых препаратов (укажите для каждой позиции перечня)?
 - Кратко охарактеризуйте основные преимущества предлагаемых альтернативных препаратов (по каждой позиции перечня).
- Формирование стандартов «дополняющих» покупок и рекомендаций-назначений также целесообразно осуществить на основе опроса 5–10 наиболее квалифицированных и опытных работников. Примерный перечень и формат вопросов:
 - Назовите 10 наиболее распространенных запросов посетителей, при которых можно предложить «дополняющие» покупки, и сформулируйте Ваши рекомендации (в т.ч. наиболее типичный в соответствующей категории по цене и более дорогой).
 - Назовите 10 наиболее распространенных запросов посетителей типа «посоветуйте средство от...» и сформулируйте Ваши предложения по рекомендациям при таких запросах (в т.ч. наиболее типичный в соответствующей категории по цене и более дорогой).

Первый этап корректнее и результативнее проводить без участия или с очень лимитированным, сугубо вспомогательным участием производителей (консультации по специфике инновационных препаратов и т. п.). В противном случае под влиянием финансовой заинтересованности стандарты рекомендаций могут быть сформированы неэффективно. И обычно только на этапе определения конкретных брендов разумно учитывать отношения с конкретными производителями.

2.1.6.2. ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПОЭТАПНОГО ВНЕДРЕНИЯ СТАНДАРТОВ ПРОМОЦИОНАЛЬНЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Описанная система стандартов, как правило, формируется с определенной этапностью, поскольку:

- первостольникам для нормальной работы необходим период адаптации, чтобы привыкнуть к новым стандартам;

- начинать внедрение стандартов обычно приходится в ситуации, когда порядка 10–20% персонала негативно относится к новым правилам работы — просто потому, что они не хотят никаких изменений, связанных с увеличением нагрузки, даже несмотря на вероятное повышение заработка (см. также по этому вопросу раздел 2.1.6.4 «Вопросы мотивации и подбора аптечного персонала»).

В силу этих причин рациональнее начинать с некоего пробного варианта стандартов. С одной стороны, он в короткие сроки и наглядно продемонстрирует коммерческую выгоду нововведения, а с другой — будет достаточно «щадящим» для непривыкшего к нему персонала.

В качестве пилотной системы я рекомендую набор работоспособных, но «минимальных» стандартов промоциональных рекомендаций, ориентированных на потребителей в возрасте 18–60 лет, без специальной установки на пол покупателей, беременных или кормящих матерей и т. п. Количественные параметры такой системы стандартов (приблизительно):

- около 10–20 стандартов рекомендаций «на замену»;
- около 10–20 стандартов рекомендаций по «дополняющим» покупкам;
- около 10 стандартов рекомендаций-назначений.

За пределами пилотных стандартов работа должна продолжаться, как и раньше, т. е. по усмотрению первостольников.

Через 1–2 квартала после твердого усвоения системы пробных стандартов можно приступать к ее дополнению и совершенствованию:

- охвату более сложных для промоциональной работы нозологий и препаратов;
- более детальному учету в стандартах специфики детей, пожилых посетителей, беременных и кормящих матерей и т. д. и т. п.

2.1.6.3. ТРЕНИНГОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И КОНТРОЛЬ СТАНДАРТОВ

Необходимо еще раз подчеркнуть, что **основные элементы стандартов должны заучиваться наизусть: для эффективного взаимодействия с клиентурой необходимо уверенное владение материалом.** В противном случае рекомендации не будут восприниматься посетителями как авторитетные и убедительные.

Поскольку даже «минимальная» пилотная система стандартов промоциональных рекомендаций представляет собой достаточно значительный по объему материал (обычно не менее 20–30 страниц плотного текста), для его эффективного освоения и использования необходимы:

- тренинг персонала:
 - вводный цикл из нескольких тренингов;
 - по мере развития и обновления стандартов — дальнейшие регулярные тренинги примерно раз в квартал.
- система контроля знаний и соблюдения стандартов:
 - зачеты по результатам тренингов;
 - проверка практической работы каждого первостольника не реже 1–2 раз в месяц (в т. ч. простое наблюдение методом «тайного покупателя»).

Для этого требуется тренинговая и контролирующая организационная инфраструктура. Основу такой инфраструктуры должны составлять несколько (в зависимости от количества точек и региональной структуры сети) постоянных штатных сотрудников: данное направление имеет стратегическую важность, и его нельзя полностью «отдавать на откуп» временно привлекаемым специалистам.

Существенным фактором выступает также система мотивации постоянных штатных тренеров и контролеров: целесообразно, чтобы в заметной доле их переменная (премиальная) часть оплаты зависела от продаж тех аптек, которые они курируют.

2.1.6.4. ВОПРОСЫ МОТИВАЦИИ И ПОДБОРА АПТЕЧНОГО ПЕРСОНАЛА

Специфика управления персоналом для эффективной работы с посетителями имеет особо важное значение, поэтому необходимо хотя бы кратко затронуть некоторые важнейшие аспекты мотивации и подбора сотрудников.

Во многих российских аптеках система мотивации персонала слаба и малоэффективна: переменная (зависящая от результатов работы) часть зарплаты либо откровенно мала (порядка 10%), либо, будучи формально существенной, на практике формируется настолько сложно и/или субъективно, что большинство первостольников и заведующих смутно понимают механизм ее начисления. Такой метод зачастую является, по сути, вариантом системы окладов. Он более или менее приемлем для выполнения простой работы («отпускать товар»), но малоэффективен, когда нужно стимулировать персонал на решение сложных, творческих и трудоемких задач роста и развития бизнеса.

«Единственно верной», оптимальной системы оплаты труда аптекарей, наверное, не существует. Хотя бы в силу огромного разнообразия аптек, в которых могут различаться функциональные обязанности первостольников (помимо работы с посетителя-

ми), необходимости определенной единой политики мотивации для сетей с учетом специфики аптек и др. Тем не менее для большинства аптек я бы рекомендовал как **ключевой принцип оплаты первостольников существенную, отчетливую и понятную увязку с размерами личных продаж.**

Безусловно, при построении такой системы имеется ряд сложностей:

- работу фармацевтов следует оценивать с учетом всех основных функциональных обязанностей и выполняемых ими задач, а не только размера личных продаж;
- на продажи влияют различные факторы: динамика рынка, конкуренция, сезонность, неравномерность спроса по сменам и дням недели, для сетей — различия между аптеками и др. Зачастую большое значение имеют места расположения касс (в тех случаях, когда их больше одной). Для адекватного определения личного вклада первостольника необходимы эти факторы учитывать, что не так уж просто.

Но все эти проблемы решаемы. **И различия в уровне личных продаж фармацевтов, зависящие от их квалификации и собственных усилий, должны находить адекватное отражение в уровне их заработка.**

Полностью «сдельная» система оплаты первостольников на современном этапе обычно неэффективна: в условиях стагнации рынка и высокой конкуренции построить ее проблематично, да и все-таки нужны действенные рычаги стимулирования прочих параметров работы. Однако приоритет уровня личных продаж в мотивации должен быть если и не основным, то одним из 2–3 самых значимых.

В системе мотивации заведующих большинства аптек, в отличие от фармацевтов, показатель аптечных продаж обычно нецелесообразно использовать как самостоятельный или главный критерий, поскольку:

- желательно, чтобы заведующая была больше ориентирована именно на прибыльность аптеки, что поможет избежать своеобразного «иждивенчества» — запроса дополнительных финансовых ресурсов (на рекламу, персонал, оборудование и др.) без их тщательной проработки и обоснования их экономи-

ческого эффекта. Вместе с тем установка на прибыльность обычно является достаточно действенным, хотя и косвенным, стимулом роста продаж;

- в современных условиях кризиса и жесткой конкуренции для целого ряда аптек заметный рост продаж в отдельные и довольно длительные периоды может быть проблематичен — что отнюдь не исключает опережающего роста прибыли за счет оптимизации работы (сокращения запасов, затрат и др.).

Однако для мотивации заведующих определенных категорий аптек минимальные плановые показатели аптечных продаж необходимы. Это относится:

- к аптекам в локализациях со значительным потенциалом роста (низкая обеспеченность аптеками, достаточно высокий уровень доходов населения);
- к вновь открываемым аптекам: для них необходим жесткий контроль траектории выхода на планируемый уровень продаж.

Другой серьезной проблемой аптечного бизнеса, затрагивающей в т. ч. проблемы формирования стандартов сервиса, являются особенности аптечного персонала с точки зрения базовых жизненных установок и психологических характеристик: **не менее 10–20% российских первостольников не готовы существенно наращивать качество и интенсивность работы даже в ответ на адекватное (от 20–30%) повышение оплаты.**

Между тем, как видно из предыдущих разделов, по-настоящему результативная работа с посетителями предполагает и существенное увеличение ее интенсивности, и значительные усилия фармацевтов по повышению своей квалификации. В процессе устойчивого внедрения стандартов эффективной работы руководство аптечного учреждения должно быть готово к тому, что, избегая дополнительных нагрузок, часть первостольников либо сразу захочет перейти к конкурентам, либо будет фактически саботировать новые стандарты.

Соответственно, **при ориентации на существенное улучшение промоциональных рекомендаций необходимо заранее готовиться к отсеву в течение года порядка 10–20% первостольников и привлечению более качественного персонала им на смену.**

2.2. ОПТИМИЗАЦИЯ ОЧЕРЕДЕЙ

За последнее десятилетие очереди свыше 3–5 человек стали встречаться в аптеках заметно реже. Тем не менее задача дальнейшего сокращения очередей в большинстве аптек стоит достаточно остро. Хотя крайняя форма неудовлетворенности очередью — отказ посетителей от ожидания и перенос покупки в другую аптеку — наблюдается довольно редко, даже маленькая очередь в 2–3 человека значительно снижает эффективность промоциональной работы. Она создает психологический дискомфорт, мешая как вопросам и проявлению импульсного спроса посетителей, так и проведению первостольником детальных консультаций. К сожалению, подавляющее большинство аптек к очередям в часы «пик» относится спокойно и обычно не осознает размеры соответствующих потерь. **Зачастую из-за регулярных очередей аптека теряет порядка 5–10% оборота, а порой и больше.**

Кроме того, **аптекам, которые всерьез планируют улучшить промоциональную работу с клиентурой, необходимо учитывать, что среднее время контакта с посетителями при этом значительно увеличивается — что, соответственно, обостряет проблему очередей.**

В современных условиях плотности аптек, близкой к среднеевропейскому уровню, обычно главными мерами по удержанию очередей в оптимальных размерах выступают:

- увеличение количества первостольников в периоды ярко выраженных пиков посещаемости;
- увеличение количества кассовых терминалов — примерно в 30–50% аптек.

Как известно, для большинства аптек характерна заметная неравномерность посещаемости: в течение определенных промежутков времени (общей длительностью порядка 3–5 часов, преимущественно в конце рабочего дня) количество посетителей в разы выше, чем в остальное время.

В ряде городов ситуация объективно усугубляется реальным дефицитом фармацевтов. Однако не-

редко (особенно в последние кризисные годы, когда во многих регионах количество аптек стабилизировалось и даже сократилось) проблема обусловлена главным образом недостаточно эффективной организацией труда.

Иногда проблему пика посещаемости можно решить, ставя на кассу заведующую или привлекая персонал из других точек сети. Однако **зачастую наиболее эффективное средство — временное привлечение на «пиковые» часы дополнительных первостольников.** Мера эта все еще используется крайне редко — главным образом в силу свойственной человеку инертности: это требует изменения привычной организации работы, поиска готового к частичной занятости персонала, некоторой корректировки системы мотивации. Однако результаты обычно окупают все затраты.

В некоторых аптеках до сих пор встречаются и другие недостатки, обуславливающие чрезмерные очереди:

- низкая степень автоматизации (отсутствие автоматизированного поиска товаров, штрихкодирования и т. п.);
- задержки при поиске запрашиваемых товаров в силу плохо организованной системы его хранения;
- неэффективная организация структуры (например, наличие специализированных отделов или кассовых терминалов, в результате чего части посетителей приходится совершать покупки в два приема).

В тех аптеках, где данные проблемы еще не решены, обычно есть принципиальное понимание того, что надо делать, но либо временно не хватает ресурсов, либо, как говорится, «не доходят руки». Вероятно, в близком будущем эти проблемы сойдут на нет.

В заключение раздела следует отметить, что допустимый размер очереди (как правило, не более 2–3 человек даже в часы пик) наиболее актуален, прежде всего, для средней российской городской аптеки, которая в условиях существующей довольно жесткой конкурентной среды должна «цепляться за каждого покупателя». Между тем возможная длина очереди отчасти зависит также от конкретного уровня конкуренции, местоположения и ценовой политики. По-

этому определенные категории аптек с учетом объективных трудностей (нехватки фармацевтов и др.) могут допустить существенно более длинные очереди, чем было обозначено выше. К таким аптекам относятся:

- работающие в условиях низкой конкуренции — в ряде регионов плотность аптек в разы ниже, чем в среднем по РФ;
- организации, расположенные в хорошем месте;
- аптеки с ценами ниже среднерыночных.

Вместе с тем и для этих аптек сохраняется принципиальная необходимость определения и поддержания оптимальной длины очереди.

2.3. ПРИНЯТИЕ ЗАКАЗА НА ОТСУТСТВУЮЩИЕ ПОЗИЦИИ

Данный прием вряд ли использует более 10–20% аптек. Между тем его потенциал достаточно значителен.

Для большинства аптек развитие дистрибьюторского сервиса делает возможным выполнение заказа клиента в течение суток (в крупных городах — зачастую доставку утреннего заказа вечером). Такой сервис позволяет существенно расширить ассортимент, в частности, за счет дорогостоящих позиций с низкой оборачиваемостью. Хотя такой дополнительный ассортимент носит отчасти «виртуальный» характер, для широкой категории покупателей это оказывается приемлемым.

Целесообразные параметры работы с заказом обусловлены спецификой аптеки:

- слабо загруженной аптеке, борющейся за каждого посетителя, зачастую эффективнее принимать заказы:
 - любой, даже минимальной стоимости;
 - без предоплаты (в случае договоренности с дистрибьюторами о возможности возврата товара) или с небольшой предоплатой, удерживаемой в случае отказа от заказа для компенсации издержек аптеки;

- для аптек с достаточным количеством клиентуры:
 - обычно более эффективно принимать заказы, начиная с некоторого ценового минимума (ориентировочно 100–200 руб.);
 - оправданна предоплата в размере порядка 30–50% стоимости заказа. Роль предоплаты в том, что она дисциплинирует клиента и снижает вероятность отказа от покупки после доставки товара в аптеку.

Как правило, если речь идет о более или менее приличном размере заказа, близком к средней покупке (в большинстве регионов свыше 200–300 руб.), чтобы убедить покупателя отказаться от дальнейших поисков, достаточно предоставить ему скидку порядка 5% от цены при обычной наценке. В большинстве случаев такая скидка окупается за счет увеличения продаж.

Следует подчеркнуть, что для успеха данной услуги заказ должен своевременно выполняться с вероятностью, близкой к 100%, а согласованные с покупателями сроки должны быть конкурентоспособными для конкретного населенного пункта. Поэтому **браться за сервис заказа отсутствующего товара целесообразно только при наличии надежных партнеров-дистрибьюторов, способных обеспечить выполнение запроса в приемлемые для клиента сроки.**

2.4. ПРОЧИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ С ПОСЕТИТЕЛЯМИ

2.4.1. ИНИЦИАТИВНЫЕ КОНТАКТЫ С ПОСЕТИТЕЛЯМИ ВНЕ КАССОВОЙ ЗОНЫ

Хотя во многих аптеках инициативное завязывание контактов с посетителями, рассматривающими витрины вне кассовой зоны, справедливо считается необходимым и более-менее регламентировано (как минимум устно), на практике это контролируется слабо и нередко никакой активности в отношении данных посетителей первостольники не проявляют.

При отсутствии объективных препятствий (наплыва клиентуры и т.п.) рассматриваемому выкладку посетителю должна быть инициативно предложена помощь по выбору товара в течение 1–2 минут (требующихся для первичной ориентации в аптеке).

Между тем рассматривание выкладки — это важный признак того, что посетитель нуждается в консультации, в результате которой потенциальная покупка будет действительно сделана, а возможно, даже увеличена, или, по крайней мере, укрепится положительный имидж аптеки в глазах данного клиента.

При этом даже если общение через прилавок более или менее удобно, желательно выйти в зал и завязать разговор с посетителем, находясь рядом с ним, — это психологически комфортнее для начала обсуждения вариантов покупки. Это тем более необходимо в аптеках «амбразурного типа», где перекинуться «сквозь витрину» проблематично, а также в случае, если посетитель находится в зоне открытого доступа (даже недалеко от прилавка).

В достаточно большом (от 40–50 кв. м) зале с соответствующего объема выкладкой и при значительном потоке посетителей иногда экономически оправдано использование дополнительных консультантов, освобожденных от работы за кассой (обычно в форме частичной занятости на пиковые часы).

2.4.2. УЧЕТ В ПРОМОЦИОНАЛЬНОЙ РАБОТЕ СПЕЦИФИКИ ФАСОВОК И СТОИМОСТИ КУРСА/ДОЗЫ

Несмотря на то что в аптеках «теоретически» понимают, что данные вопросы в целом ряде ситуаций могут играть существенную роль, на практике про них зачастую забывают.

При выработке рекомендации для посетителя следует различать три основные ситуации:

1) Покупка для эпизодического или кратковременного (несколько дней) использования (например, от головной боли, изжоги, снотворного и т.п.).

При подборе нового для покупателя либо дополняющего препарата обычно следует рассматривать фасовки минимального размера. Клиентам, которые не интересуются ценой, можно предлагать фасовки побольше.

2) Покупка для курсового использования умеренной длительности (несколько недель, 1–2 месяца).

При подборе нового для покупателя **синонима** можно предлагать фасовки, оптимально покрывающие курс лечения.

При подборе нового для покупателя **аналога** или дополняющего препарата и в случае сомнений клиента — лучше предложить в качестве альтернативы фасовку минимального размера с тем, чтобы впоследствии докупить препарат до полного курса, если он «пойдет» нормально.

3) Покупка для длительного (несколько месяцев) или пожизненного использования.

При подборе нового для покупателя либо дополняющего препарата обычно (за исключением клиентов, которые вообще не интересуются ценой) разумнее учитывать стоимость не упаковки (даже максимальной), а дозы/курса. В ряде случаев расчет стоимости дозы/курса лечения меняет ценовое соотношение на противоположное: на первый взгляд дорогой препарат оказывается в расчете на дозу/курс более дешевым.

Также полезно обращать внимание клиентов, явно испытывающих недостаток в деньгах, что покупка максимальных фасовок в большинстве случаев заметно выгоднее при расчете на дозу/курс. Однако иногда в случае сомнений покупателя лучше предложить в качестве альтернативы фасовку минимального размера с тем, чтобы впоследствии, если препарат удовлетворит посетителя, перейти на максимальные фасовки.

2.4.3. КРУГЛОСУТОЧНАЯ РАБОТА

Основной фактор, определяющий размеры «ночного» оборота, — это расположение аптеки. Обычно

существенная доля такого оборота (иногда порядка 10–20% всех продаж) бывает у аптек в крупных городах поблизости от скоплений ночных развлекательных заведений, а также на пути транспортных потоков, сохраняющих значительную интенсивность даже ночью. Большой ночной оборот может быть также у аптек, находящихся вблизи крупных круглосуточно работающих ЛПУ. В спальнях районах, напротив, ночные продажи редко превышают 5% оборота.

Определенную роль играет также формат ночной работы. Полноценный доступ в торговый зал в центре города на хорошем для круглосуточной работы месте обеспечивает заметно больший оборот, чем торговля «по звонку» через окошко в двери. Но в отдаленных городских районах формат ночной торговли обычно мало влияет на размер продаж.

Наряду с чисто финансовыми факторами следует учитывать и определенный «рекламно-имиджевый» эффект круглосуточной работы: имидж дежурной аптеки способствует расширению клиентуры и ее лояльности. Поэтому в тех случаях, когда ночная работа находится «на грани» рентабельности, ее все же стоит продолжать.

Часто цены в круглосуточных аптеках не различаются в зависимости от времени суток. Если в спальнях районах это обычно оправданно с точки зрения

повышения лояльности клиентуры, то для аптек поблизости от различных развлекательных заведений вполне возможна дополнительная, «ночная» наценка, особенно на парафармацию.

2.4.4. ПРОЧИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ

Прочие более или менее типовые аптечные дополнительные услуги (бесплатные консультации врачебного персонала, диагностические процедуры — измерения давления и т. п., прокат предметов медицинского назначения, доставка товаров на дом и др.) иногда в силу специфики конкретной клиентуры и конкурентной ситуации оказываются экономически эффективными. Однако в большинстве случаев вложенные в них средства и время, к сожалению, себя не оправдывают. Поэтому пробовать их следует только после тщательного анализа, включающего опрос нескольких сот посетителей.

О дополнительных услугах общесетевого характера (централизованные сетевые сервисы и взаимодействие между сетевыми точками в процессе работы) см. главу 9 «Специфика маркетинга крупных аптечных сетей».



АССОРТИМЕНТ

3.1. ЭФФЕКТИВНЫЙ ОХВАТ БЕСТСЕЛЛЕРОВ МЕСТНОГО РЫНКА	45
3.1.1. АНАЛИЗ НЕУДОВЛЕТВОРЕННЫХ ЗАПРОСОВ КЛИЕНТУРЫ	45
3.1.2. АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТНОЙ СТРУКТУРЫ РЫНКА В РАЗРЕЗЕ БЕСТСЕЛЛЕРОВ	47
3.2. КОНТРОЛЬ АССОРТИМЕНТА В РАЗРЕЗЕ ЕГО УСТОЙЧИВЫХ ГРУПП	51
3.2.1. КОНТРОЛЬ АССОРТИМЕНТА ПО ЦЕНОВЫМ СЕГМЕНТАМ	51
3.2.2. КОНТРОЛЬ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И БАД ПО ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ГРУППАМ	52
3.2.3. КОНТРОЛЬ АССОРТИМЕНТА КОСМЕТИКИ В РАЗРЕЗЕ ТОРГОВЫХ МАРОК	58
3.3. МАРКЕТИНГОВЫЕ ОРИЕНТИРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ШИРОТУ ПОСТОЯННОГО АССОРТИМЕНТА	58
3.4. СПЕЦИФИКА АССОРТИМЕНТНОЙ ПОЛИТИКИ ОСНОВНЫХ ТИПОВ АПТЕК	64
3.4.1. АССОРТИМЕНТНАЯ ПОЛИТИКА ТИПИЧНОЙ СПАЛЬНОЙ АПТЕКИ	64
3.4.2. АССОРТИМЕНТНАЯ ПОЛИТИКА ТИПИЧНОЙ ПРОХОДИМОЙ АПТЕКИ	64

За последнее десятилетие в ассортименте российских аптек произошли значительные положительные изменения. В частности, по данным Synovate Comcon, если в 2003 году 17% обращений клиентуры в аптеки не удовлетворялись из-за дефектуры, то в 2010 году этот показатель упал до 10% [1].

По моим наблюдениям за аптеками в разных регионах, возможно, эти оценки Synovate Comcon несколько завышены: я бы оценил долю случаев, ког-

да посетитель из-за дефектуры уходит без покупок, ближе к 5%. Тем не менее, это также достаточно заметные потери для бизнеса, т.е. проблема достаточности ассортимента для большинства аптечных учреждений, в том числе и для сетей, является весьма актуальной.

Основной массе отечественных аптек приходится поддерживать ассортимент порядка 3000–5000 артикулов (в т.ч. различных фасовок и дозировок). Чтобы

ТАБЛИЦА 3.1. КОНЦЕНТРАЦИЯ АПТЕЧНОГО РЫНКА НА БЕСТСЕЛЛЕРАХ В 2011 Г.*

Сегмент аптечных бестселлеров (включая парафармацию, с выделением артикулов различных фасовок и дозировок)	Доля продаж в розничных ценах (руб.), приходящихся на соответствующий сегмент бестселлеров, %			
	Россия	Москва	Екатеринбург	Воронеж
10 наиболее продаваемых	3,87	4,00	4,43	4,48
20 наиболее продаваемых	6,50	6,89	7,59	7,49
30 наиболее продаваемых	8,77	9,16	10,11	10,01
50 наиболее продаваемых	12,63	13,16	13,87	14,41
100 наиболее продаваемых	19,83	20,88	21,45	23,14
200 наиболее продаваемых	29,63	31,46	31,93	34,28
300 наиболее продаваемых	36,88	38,75	39,42	42,01
500 наиболее продаваемых	47,51	48,86	50,63	52,83
1 000 наиболее продаваемых	62,94	63,39	67,39	68,80
1 500 наиболее продаваемых	71,73	72,03	76,83	77,81
2 000 наиболее продаваемых	77,49	77,73	82,99	83,64

* Данные предоставлены маркетинговым агентством DSM Group по запросу автора.

эффективно оперировать такой ассортиментной матрицей, необходимо использовать ряд специальных маркетинговых инструментов и приемов.

Надо отметить, что в данной главе рассматриваются базовые вопросы управления ассортиментом, которыми в большинстве случаев данная тема и исчерпывается для одиночных аптек и малых сетей (до 3–5 точек). Вопросы ассортиментной политики, значимые для более крупных сетей, рассматриваются в главе 9 «Специфика маркетинга крупных аптечных сетей».

3.1. ЭФФЕКТИВНЫЙ ОХВАТ БЕСТСЕЛЛЕРОВ МЕСТНОГО РЫНКА

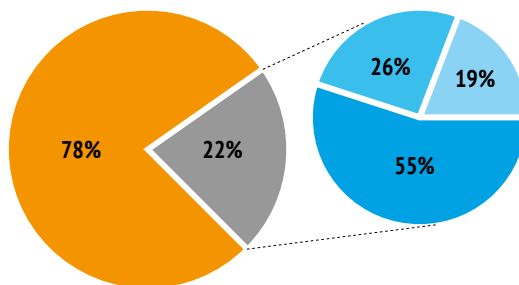
Ключевой фактор управления аптечным ассортиментом — высокий удельный вес бестселлеров (наиболее продаваемых артикулов) в структуре любого регионального аптечного рынка (см. таблицу 3.1).

Как видно из приведенных данных, высокая концентрация аптечного рынка (за годовой период около 80 % продаж аптечных товаров охватывают лишь 2000 артикулов) на ограниченном количестве артикулов типична и не зависит от региональной специфики.

При регулярной дефектуре или отсутствии в ассортименте всего нескольких десятков бестселлеров местного рынка потери оборота аптеки могут достигать 10–20%.

Риск финансовых потерь из-за отсутствия в ассортименте или периодической дефектуры ряда бестселлеров, к сожалению, не остается только математико-статистическими выкладками — анализ практики подтверждает, что российские аптеки действительно несут значительные убытки из-за не вполне соответствующего спросу ассортимента. Как уже отмечалось, около 5–10% обращений посетителей не приводят к покупкам из-за дефектуры. Из них, согласно данным Synovate Comcon, примерно половину состав-

РИСУНОК 3.1. РЕЗУЛЬТАТЫ ЗАПРОСОВ ПОСЕТИТЕЛЕЙ АПТЕК, 2010 Г.*



Распределение событий при запросе посетителем конкретного препарата

- Совершается покупка
- Посетителя не устраивает цена на препарат
- Препарат отсутствует на данный момент в аптеке
- Препарат не предусмотрен ассортиментом аптеки

* <http://www.comcon-2.ru/default.asp?artID=2569>

ляет «неслучайная» дефектура — отсутствие запрашиваемого товара в постоянном ассортименте (см. рисунок 3.1).

Для более эффективного и надежного охвата бестселлеров местного спроса необходимо использовать ряд приемов.

3.1.1. АНАЛИЗ НЕУДОВЛЕТВОРЕННЫХ ЗАПРОСОВ КЛИЕНТУРЫ

Один из ключевых способов охвата бестселлеров — тщательные фиксация и анализ дефектуры. Для новых товаров на начальном этапе их вывода на рынок — это главный источник объективной информации о спросе (прогнозы производителей и дистрибьюторов зачастую носят оптимистически-рекламный характер). Однако и для привычного ас-

ассортимента систематический и тщательный мониторинг дефектуры — важный фактор его оптимизации.

К сожалению, во многих аптеках анализ дефектуры проводится с недостаточной степенью эффективности и надежности. До сих пор встречаются даже крупные, федерального масштаба сети, в которых этот бизнес-процесс не поставлен должным образом и централизованно не контролируется. В результате значительная часть неудовлетворенных запросов игнорируется.

Первостольник должен фиксировать все неудовлетворенные запросы клиентуры (в т.ч. если покупатель согласился на замену препарата или запросил совершенно неизвестные названия, «неаптечные» товары и др.), поступающие как от посетителей в зале, так и по телефону. Определение адекватности запросов и целесообразности введения в ассортимент недостающих позиций — задача специалистов, отвечающих за ассортимент.

В моей практике был случай, когда фармацевты одной сети со смехом рассказывали мне, что у них часто просят мед и малиновое варенье, — в дефектурную тетрадь они такие запросы не заносили. Однако я передал эту информацию маркетологам — и в конце концов обе позиции заняли в ассортименте данной сети достойное место.

Особенно часто не фиксируется отсутствие синонимичных дженериков, отдельных фасовок и дозировок:

- Нередко аптекари пренебрегают различиями дженериков, продаваемых без фирменного наименования, под МНН. Для «копеечных» отечественных препаратов типа парацетамола и валидола такой подход более или менее приемлем в силу незначительных различий между большинством производителей. Однако в отношении широкого круга более дорогих дженериков, которые нередко в разы отличаются по цене, он достаточно негативно сказывается на продажах.

- Отсутствие препаратов в удобных для части покупателей дозировках (бисопролола 2,5 мг, ацикловира 400 мг, омепразола 10 мг, суматриптана 50 мг и т. п.) также вполне может привести не только к потере отдельных покупок, но и к формированию у клиента предпочтения относительно конкурирующих аптек. То же касается отсутствия более выгодных для покупателя крупных фасовок или, напротив, мелких фасовок для товаров (особенно новых), частью посетителей покупаемых на пробу либо для эпизодического применения.

Помимо мониторинга дефектуры необходимо проводить регулярные (желательно не реже одного раза в полгода) опросы посетителей касательно их удовлетворенности представленным ассортиментом. С помощью таких опросов можно эффективно выявлять:

- нехватку каких-либо категорий товаров;
- степень удовлетворенности ассортиментом (например, определить долю запросов, при которых посетители не смогли приобрести требуемые препараты, и т. п.).

Наряду с опросами клиентов своей аптеки также целесообразно хотя бы 1–2 раза в год опрашивать посетителей основных прямых конкурентов: есть ли у них замечания по ассортименту вашей аптеки, какие именно.

Конечно, далеко не все неудовлетворенные запросы клиентуры стоит учитывать при формировании постоянно поддерживаемого ассортимента: малозначительные позиции (на которые прогнозируется менее 0,02–0,05 % продаж) могут предоставляться по специальному заказу либо игнорироваться как малорентабельные.

Несмотря на необходимость и важность анализа неудовлетворенных запросов, его недостаточно для эффективного охвата бестселлеров местного рынка, поскольку значительная часть таких запросов формулируется клиентурой недостаточно четко:

- прежде всего, это латентный (скрытый, «неосознанный») спрос на товары, которые могли бы быть куплены (при их наличии в аптеке) под влиянием рекомендаций первостольников, — об этом виде спроса уже шла речь выше, в главе 2 «Маркетинговая работа с посетителями». Как уже отмечалось, такой

«неосознанный» спрос нередко может достигать порядка 10–20% оборота;

- по ряду видов парафармации (косметика и т. п.) многие посетители, не найдя нужного товара на витрине, зачастую не обращаются за дополнительными уточнениями к фармацевту.

В частности, анализ дефектуры, к сожалению, плохо улавливает ситуацию, когда между дженериками, продаваемыми под МНН, есть значительная ценовая разница. Например, цена ацикловира (продаваемого под МНН) одинаковой фасовки и дозировки у разных производителей может различаться в несколько раз. При этом часто покупатель даже не знает, что препараты под одним и тем же названием производятся разными компаниями и являются разными артикулами. Поэтому отказ посетителей от покупки в случаях, когда им предлагают препарат по непривычно высокой цене, аптекарь легко может принять за обычную неудовлетворенность ценой и не зафиксировать дефектуру требуемого товара.

Наконец, нельзя сбрасывать со счетов фактор недостаточной ответственности и аккуратности многих отечественных первостольников (о проблемах подобного рода уже шла речь в предыдущей главе), что неизбежно приводит к потере существенной части информации о неудовлетворенном спросе даже при должной организации анализа дефектуры.

Поэтому оценка запросов клиентуры должна дополняться объективными данными об ассортиментной структуре местного аптечного рынка. Такой комплексный анализ обеспечивает значительно более высокую надежность охвата бестселлеров (особенно в части парафармации).

3.1.2. АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТНОЙ СТРУКТУРЫ РЫНКА В РАЗРЕЗЕ БЕСТСЕЛЛЕРОВ

Розничный аудит — это регулярное (ежемесячное) исследование продаж (ассортимент, цены, на-

Во многих случаях наиболее точно ассортиментная структура местного рынка характеризуется данными розничного аудита.

ценки и др.) выборки аптек. У некоторых аналитических фирм выборка по России достигает порядка 20–25% аптечных учреждений (подробнее см. Приложение 2).

Достовернее всего данные там, где рынок наиболее однороден, а выборка рассматриваемых аптек репрезентативна (в некоторых городах она может достигать 30–50%) — такая ситуация наблюдается примерно в 20 наиболее крупных городах РФ. Для прочих населенных пунктов могут быть использованы сведения по более крупным, но сопоставимым городам. Например, Сочинская агломерация сопоставима с Краснодаром, агломерация «Орск + Новотроицк» — с Оренбургом и т. п.

В настоящее время для российских аптек в той или иной мере доступны данные розничного аудита следующих аналитических компаний (подробнее см. Приложение 2):

- DSM Group (www.dsm.ru);
- «Фармэксперт» (www.pharmexpert.ru);
- IMS Health (www.imshealth.com)¹.

Основываясь на собственном опыте консультанта, могу заключить, что DSM Group и «Фармэксперт» в большей степени открыты для сотрудничества с аптеками. IMS Health в качестве приоритетных клиентов рассматривает производителей и дистрибьюторов, поэтому вступить в контакт с этой компанией непросто.

Нередко аналитические фирмы предоставляют данные розничного аудита аптекам бесплатно, вернее, на основе бартера: в обмен на возможность получения сведений об аптечном ассортименте. Однако даже если информацию такого рода приходится покупать, это обычно оправданно, особенно для аптечных сетей.

¹ На момент написания книги функционировал только глобальный сайт, русский находился на реконструкции.

ТАБЛИЦА 3.2. АРТИКУЛЫ-БЕСТСЕЛЛЕРЫ АПТЕЧНЫХ ПРОДАЖ В РОССИИ И РЯДЕ ГОРОДОВ В 2011 Г. *

20 артикулов-бестселлеров аптечных продаж России	Доля аптечных продаж в розничных ценах, приходящихся на соответствующий бестселлер, %			
	Россия	Москва	Екатеринбург	Воронеж
«Арбидол», капсулы 100 мг, №10	0,65	0,63	0,57	0,65
«Алфлутоп», раствор для инъекций 10 мг/мл, 1 мл, №10	0,46	0,29	0,65	0,41
«Эссенциале форте Н», капсулы 300 мг, №30	0,44	0,37	0,46	0,48
«Дюфастон», таблетки 10 мг, №20	0,36	0,34	0,42	0,31
«Найз», таблетки 100 мг, №20	0,35	0,18	0,36	0,46
«Предуктал МВ», таблетки с модифицированным высвобождением п/о 35 мг, №60	0,32	0,27	0,24	0,47
«Эссенциале форте Н», капсулы 300 мг, №100	0,31	0,39	0,41	0,21
«Арбидол», капсулы 100 мг, №40	0,30	0,45	0,22	0,20
«Омез», капсулы 20 мг, №30	0,30	0,21	0,28	0,37
«Актовегин», раствор для инъекций 40 мг/мл, 5 мл, №5	0,29	0,13	0,33	0,39
«Мовалис», раствор для инъекций 10 мг/мл, 1,5 мл, №3	0,29	0,22	0,35	0,37
«Анаферон детский», таблетки д/рассас. гомеоп. №20	0,28	0,17	0,32	0,22

* Данные предоставлены маркетинговым агентством DSM Group по запросу автора.

Следует отметить, что DSM Group в большей степени, чем другие компании, ориентирована на анализ не только лекарственного, но и парафармацевтического ассортимента. Однако у ЦМИ «Фармэксперт» также можно получить детальные сведения не только по лекарственным средствам, но и по БАД и косметике.

Формат наиболее важных данных розничного аудита, которые можно получить по бестселлерам, и их довольно существенную региональную дифференциацию по многим позициям ассортимента иллюстрируют, в частности, [таблицы 3.2 и 3.3](#).

В каждом конкретном случае целесообразно контролировать репрезентативность выборки — хотя бы

упрощенно, посредством оценки ее доли в общем количестве аптек города. Если эта доля превышает по крайней мере 10% — можно с довольно высокой степенью вероятности предполагать, что результаты розничного аудита адекватно характеризуют рынок.

Данные розничного аудита особенно важны для аптек и сетей, чей ассортимент достаточно типичен для соответствующего городского рынка. В каждом конкретном случае необходимо специально проанализировать, насколько специфика аптеки/сети (расположение, формат, специализация и т. д.) близка к характеристикам выборки розничного аудита.

ТАБЛИЦА 3.3. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ АРТИКУЛЫ-БЕСТСЕЛЛЕРЫ АПТЕЧНЫХ ПРОДАЖ В РОССИИ И РЯДЕ ГОРОДОВ В 2011 Г.*

20 лекарственных артикулов-бестселлеров аптечных продаж	Доля рынка ЛС в розничных ценах, приходящаяся на соответствующий бестселлер, %			
	Россия	Москва	Екатеринбург	Воронеж
1 «Арбидол», капсулы 100 мг, №10	0,72	0,64	0,65	0,69
2 «Алфлутоп», раствор для инъекций 10 мг/мл, 1 мл, №10	0,57	0,38	0,48	0,44
3 «Эссенциале форте Н», капсулы 300 мг, №30	0,53	0,46	0,50	0,54
4 «Найз», таблетки 100 мг, №20	0,42	0,20	0,31	0,43
5 «Дюфастон», таблетки, покрытые оболочкой, 10 мг, №20	0,41	0,35	0,56	0,37
6 «Предуктал МВ», таблетки с модифицированным высвобождением, в оболочке, 35 мг, №60	0,41	0,40	0,40	0,59
7 «Нурофен плюс», таблетки, покрытые оболочкой, №12	0,40	0,64	0,65	0,12
8 «Эссенциале форте Н», капсулы 300 мг, №100	0,39	0,48	0,43	0,31
9 «Панангин», таблетки, покрытые оболочкой, №50	0,38	0,25	0,39	0,39
10 «Актовегин», раствор для инъекций 40 мг/мл, 5 мл, №5	0,37	0,16	0,15	0,56
11 «Пенталгин-Н», таблетки №10	0,36	0,25	0,27	0,35
12 «Мовалис», раствор для внутримышечного введения 10 мг/мл, 1,5 мл, №3	0,34	0,23	0,27	0,36
13 «Анаферон детский», таблетки для рассасывания гомеопатические, №20	0,33	0,15	0,32	0,21
14 «Терафлю», порошок для приготовления раствора для приема внутрь 22 г/пак., №10	0,33	0,31	0,21	0,35
15 «Арбидол», капсулы 100 мг, №40	0,33	0,49	0,33	0,24
16 «Мезим форте», таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, 3,5 тыс. Ед, №20	0,32	0,20	0,24	0,32
17 «Экзодерил», раствор для наружного применения 1%, 10 мл, №1	0,32	0,34	0,27	0,30
18 «Детралекс», таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 500 мг, №60	0,30	0,48	0,44	0,26
19 «Магне В6», таблетки, покрытые оболочкой, №50	0,29	0,37	0,47	0,19
20 «Гексорал», аэрозоль для местного применения 0,2%, 40 мл, №1	0,29	0,24	0,22	0,26

* Данные предоставлены центром маркетинговых исследований «Фармэксперт» по запросу автора.

Вместе с тем и для «нетипичных» аптечных учреждений данные розничного аудита могут оказаться весьма полезными. Подавляющее большинство ап-

тек в той или иной степени обслуживает массовую клиентуру — и, соответственно, должно учитывать ассортиментные характеристики массового спроса.

Скажем, если выборка розничного аудита охватывает преимущественно прилавочные аптеки, соответствующие данные можно лишь частично применять для формирования ассортимента аптеки самообслуживания (относительно парафармации данные прилавочных аптек, скорее всего, будут недостаточно информативны). Однако с высокой степенью вероятности можно утверждать, что верхние 500–1000 позиций списка лекарственных бестселлеров прилавочных аптек должны занимать сопоставимые места и в ассортименте аптек самообслуживания.

В ряде крупнейших городов, где выборка розничного аудита достаточно велика, информация об ассортиментной структуре отдельного района более полезна, чем общегородские данные. Наиболее полные и подробные сведения по территориальным единицам (т. н. брикам) крупнейших городов представляет ЦМИ «Фармэксперт»: помимо Москвы и Петербурга, имеется статистика по Нижнему Новгороду, Екатеринбург, Новосибирску, Перми, Краснодару [2].

Обычно наиболее показательны данные розничного аудита по «верхним» 1000–2000 бестселлерам (в зависимости от качества выборки в конкретном регионе) — за их пределами статистическая ошибка сильно возрастает, а достоверность анализа, соответственно, снижается.

В простейшем случае, когда некоторые из «верхних» бестселлеров вообще отсутствуют в ассортименте, целесообразно включить их в него, чтобы проверить, не будут ли они пользоваться спросом.

В более сложной ситуации, когда бестселлеры розничного аудита присутствуют в ассортименте, но занимают в продажах существенно меньшую долю, имеет смысл в основном анализировать позиции, доля продаж которых на 30 % меньше/больше, чем соответствующая доля продаж по данным розничного аудита: меньшее отклонение зачастую обусловлено статистической ошибкой.

По таким позициям следует, в первую очередь, решить ряд технических вопросов управления ассортиментом:

- достаточно ли тщательно ведется анализ дефектуры;

- обеспечивают ли нормативы запасов устойчивое наличие товара в аптеке?

Во многих случаях проработка этих аспектов позволяет выявить дополнительный потенциал продаж бестселлеров за счет улучшения организации работы аптеки.

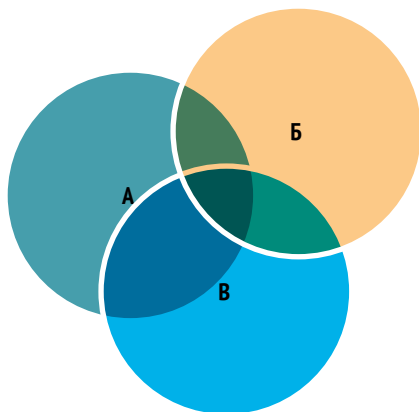
В ряде случаев при невозможности получения достаточно надежных данных розничного аудита полезной может быть информация о местном ассортименте дистрибьюторов. В частности, соответствующий анализ обычно полезен для аптек в городах численностью до 200 тыс. человек, по которым, с одной стороны, данные розничного аудита не очень достоверны, а с другой — крупные дистрибьюторы проводят эффективную ассортиментную политику.

Во-первых, у крупнейших на местном рынке дистрибьюторов целесообразно запросить процентную структуру продаж лекарственных средств в разрезе ассортимента на городском рынке.

Найти подходящих дистрибьюторов, готовых к такому сотрудничеству (разумеется, в конфиденциальном порядке), во многих случаях вполне реально. Чаще всего наиболее полезной оказывается информация национальных или межрегиональных дистрибьюторов, которые более комплексно подходят к своей ассортиментной политике. Однако в некоторых регионах такие сведения могут быть получены и у относительно небольших местных поставщиков.

Во-вторых, весьма полезен и актуален «перекрестный» анализ прайс-листов 2–4 крупнейших из работающих на местном рынке дистрибьюторов с целью выделения позиций, одновременно присутствующих в их ассортименте.

РИСУНОК 3.2. СХЕМА «ПЕРЕКРЕСТНОГО» АНАЛИЗА АССОРТИМЕНТА ДИСТРИБЬЮТОРОВ



Кроме данных о процентной структуре продаж лекарственных средств в разрезе ассортимента, информация, полученная от дистрибьюторов, может быть использована для определения товаров, которые есть в наличии у нескольких поставщиков. Процесс выявления позиций, одновременно представленных в прайс-листах дистрибьюторов А, Б и В, иллюстрирует [рисунок 3.2](#).

Как правило, в результате данного анализа получается список примерно из 2000 бестселлеров рынка. Этот список, в отличие от процентной структуры продаж в разрезе ассортимента одного из дистрибьюторов, не позволяет оценить доли рынка отдельных позиций. Однако у него есть и свои преимущества: он меньше зависит от специфики дистрибьютора (поскольку «усредняет» ассортиментные особенности отдельных компаний) и не требует переговоров с ними, так как использует абсолютно открытую информацию.

Следует подчеркнуть, что информация по ассортименту, полученная от фармдистрибьюторов, ценна и статистически надежна преимущественно в отношении лекарственных средств.

Часть популярной парафармазии также поступает в аптеки от крупных фармдистрибьюторов, однако она невелика: на парафармазию приходится порядка 10–15% закупок у таких компаний². Между тем в обороте аптек нелекарственные товары занимают 20–25% оборота, то есть порядка половины такого ассортимента аптеки заказывают не у фармдистрибьюторов. Соответственно, с точки зрения общей характеристики аптечного рынка, информация о поставках парафармазии дистрибьюторами значительно менее достоверна, чем данные по лекарственным средствам. В связи с чем относительно этой категории товаров более надежны данные розничного аудита.

3.2. КОНТРОЛЬ АССОРТИМЕНТА В РАЗРЕЗЕ ЕГО УСТОЙЧИВЫХ ГРУПП

Несмотря на специфические особенности отдельных аптек, для большинства из них весьма устойчивый характер носят общие структурные пропорции рынка. Сравнение с ассортиментом городского рынка нередко позволяет выявить малозначимые (находящиеся гораздо ниже верхних 1000–2000 бестселлеров) позиции, отсутствие или низкая доля которых в ассортименте может выступать важным фактором отставания в конкретном сегменте.

3.2.1. КОНТРОЛЬ АССОРТИМЕНТА ПО ЦЕНОВЫМ СЕГМЕНТАМ

К числу устойчивых структурных характеристик аптечного рынка относится, в частности, его **распределение по ценовым сегментам** (см. [таблицы 3.4 и 3.5](#)).

Приведенные данные также наглядно показывают, что **дифференциация по ценовым сегментам обладает существенной региональной спецификой**.

² Данные предоставлены центром маркетинговых исследований «Фармэксперт» по запросу автора

ТАБЛИЦА 3.4. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ АПТЕЧНОГО РЫНКА ПО ЦЕНОВЫМ СЕГМЕНТАМ В РОССИИ И РЯДЕ ГОРОДОВ В 2011 Г.*

Ценовые сегменты, руб.	Доля аптечных продаж (включая ЛС и парафармацию) в розничных ценах, приходящихся на соответствующий сегмент рынка, %			
	Россия	Москва	Екатеринбург	Воронеж
< 20	4,20	2,32	2,76	6,47
21–50	6,86	4,98	5,49	7,39
51–100	13,91	11,47	11,01	15,50
101–200	26,25	25,97	23,97	26,20
201–300	13,33	13,08	13,67	13,96
301–500	14,53	16,59	14,87	13,27
501–1000	12,11	14,00	13,88	11,30
1001–3000	7,79	10,17	12,00	5,32
3001–10 000	0,87	1,23	2,09	0,56
>10 000	0,15	0,19	0,26	0,03

* Данные предоставлены маркетинговым агентством DSM Group по запросу автора.

кой. Например, сегмент до 20 руб. в Воронеже занимает долю в 3 раза больше, чем в Москве. Напротив, сегмент свыше 1000 руб. в Воронеже занимает долю в 1,5–2 раза меньше, чем в столице.

По результатам анализа, для аптек, не обладающих ярко выраженной ассортиментной или ценовой спецификой, снижение доли продаж в достаточно крупном (занимающем более 2–3% продаж) ценовом сегменте на 30% относительно аналогичного сегмента общегородского рынка с высокой степенью вероятности говорит о дефектуре в соответствующей категории товаров.

3.2.2. КОНТРОЛЬ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И БАД ПО ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ГРУППАМ

Другое важное направление — контроль структуры ассортимента в разрезе фармакотерапевтических групп (разумеется, если соответствующую классификацию позволяет осуществить информационная система аптеки).

DSM Group представляет данные по структуре рынка лекарственных средств в соответствии с анатомо-терапевтическо-химической классификацией (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System, сокращенно АТС), разработанной Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и широко использу-

ТАБЛИЦА 3.5. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ АПТЕЧНОГО РЫНКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПО ЦЕНОВЫМ СЕГМЕНТАМ В РОССИИ И РЯДЕ ГОРОДОВ В 2011 Г.*

Ценовые сегменты, руб.	Доля аптечных продаж ЛС в денежном выражении по ценовым сегментам, %			
	Россия	Москва	Екатеринбург	Воронеж
< 20	3,51	1,75	1,99	5,17
21–50	5,25	2,95	3,37	5,01
51–100	9,01	6,43	7,40	9,99
101–200	21,06	17,84	18,85	21,58
201–300	18,39	19,17	17,37	17,31
301–500	16,36	18,17	16,52	15,99
501–1000	14,31	16,44	15,63	13,72
1001–3000	10,32	13,91	14,02	9,61
3001–10 000	1,41	2,61	3,86	1,33
>10 000	0,38	0,73	1,00	0,29

* Данные предоставлены центром маркетинговых исследований «Фармэксперт» по запросу автора.

ТАБЛИЦА 3.6. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ АПТЕЧНОГО РЫНКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В РОССИИ И РЯДЕ ГОРОДОВ ПО КРУПНЕЙШИМ ГРУППАМ АТС В 2011 Г.*

Крупнейшие АТС-группы 2-го уровня коммерческого аптечного рынка РФ, 2011 г.	Доля продаж ГЛС, %
N02 Анальгетики	5,20
J01 Антибактериальные препараты для системного использования	4,59
M01 Противовоспалительные и противоревматические препараты	4,17
L03 Иммуномодуляторы	3,91
R05 Препараты для устранения симптомов простуды и кашля	3,84
C09 Препараты, влияющие на систему Ренин-ангиотензин	3,52

ТАБЛИЦА 3.6. (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

A11 Витамины	3,51
G03 Половые гормоны	3,15
R01 Назальные препараты	3,05
A07 Противодиарейные препараты	2,90

Топ-10 АТС-группы 2-го уровня, Москва

N02 Анальгетики	4,80
J01 Антибактериальные препараты для системного использования	4,54
L03 Иммуномодуляторы	4,28
A11 Витамины	3,73
A07 Противодиарейные препараты	3,43
R05 Препараты для устранения симптомов простуды и кашля	3,35
R01 Назальные препараты	3,34
M01 Противовоспалительные и противоревматические препараты	3,23
C09 Препараты, влияющие на систему Ренин-ангиотензин	3,11
G04 Препараты для лечения урологических заболеваний	3,06

Топ-10 АТС-группы 2-го уровня, Екатеринбург

A11 Витамины	4,26
G03 Половые гормоны	4,09
J01 Антибактериальные препараты для системного использования	3,98
N02 Анальгетики	3,89
M01 Противовоспалительные и противоревматические препараты	3,83
N06 Психоаналептики	3,81
C09 Препараты, влияющие на систему Ренин-ангиотензин	3,75
A05 Препараты для лечения заболеваний печени и желчевыводящих путей	3,65

ТАБЛИЦА 3.6. (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

R05 Препараты для устранения симптомов простуды и кашля	3,63
L03 Иммуномодуляторы	3,56

Топ-10 АТС-группы 2-го уровня, Воронеж

N02 Анальгетики	5,64
M01 Противовоспалительные и противоревматические препараты	4,61
J01 Антибактериальные препараты для системного использования	4,55
R05 Препараты для устранения симптомов простуды и кашля	3,84
C09 Препараты, влияющие на систему Ренин-ангиотензин	3,57
L03 Иммуномодуляторы	3,50
N06 Психотропные препараты	3,12
A05 Препараты для лечения заболеваний печени и желчевыводящих путей	2,76
S01 Препараты для лечения заболеваний глаз	2,74
G03 Половые гормоны	2,71

* Данные предоставлены маркетинговым агентством DSM Group по запросу автора.

емой Минздравом РФ (в официальных документах часто встречается русское сокращение: АТХ) (см. таблицу 3.6).

Несколько другую международную классификацию лекарственных средств использует «Фармэксперт» — а именно Анатомо-терапевтическую (Anatomical Therapeutic) классификацию, разработанную Европейской ассоциацией исследований фармацевтического рынка (European Pharmaceutical Market Research Association — EPPhMRA [3]) (см. таблицу 3.7).

С точки зрения фармакотерапевтической классификации, ситуация с БАД более сложная. Существует несколько различных классификаций, имеющих более или менее официальный статус. Однако, по мнению DSM Group и ЦМИ «Фармэксперт», все они обладают

серьезными недостатками в плане содержательности и корректности анализа рынка БАД. С практической точки зрения для контроля ассортимента целесоо-

По результатам анализа, для аптек, не обладающих ярко выраженной ассортиментной или ценовой спецификой, снижение доли продаж в достаточно крупной (занимающей более 0,5–1% продаж аптеки) фармакотерапевтической группе на 30% относительно уровня аналогичного сегмента городского рынка с высокой степенью вероятности говорит о дефектуре в соответствующей фармакотерапевтической группе.

бразно применять классификации, разработанные компаниями, осуществляющими розничный аудит, поскольку только они позволяют проводить достаточно эффективное сопоставление со статистикой рынка (см. таблицы 3.8 и 3.9).

Учитывая, что в целом на БАД в большинстве аптек приходится порядка 3–5% продаж, более или менее устойчивую долю рынка обычно могут иметь около 5 самых крупных фармакотерапевтических групп БАД.

ТАБЛИЦА 3.7. ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА АПТЕЧНОГО РЫНКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В РОССИИ И РЯДЕ ГОРОДОВ В 2011 Г. *

Крупнейшие 10 групп 2-го уровня ЕphMRA, РФ	Доля от совокупных продаж ГЛС, %
R05 Противопростудные и противокашлевые препараты	7,13
J01 Системные антибактериальные препараты	3,88
R01 Препараты для лечения заболеваний носа	3,55
C09 Препараты, влияющие на Ренин-ангиотензиновую систему	3,52
M01 Противовоспалительные и противоревматические препараты	3,51
G03 Половые гормоны и модуляторы половой системы	3,44
G04 Препараты для лечения заболеваний органов мочеполовой системы	3,35
N02 Анальгетики	3,31
A11 Витамины	3,07
A05 Препараты для лечения заболеваний печени и желчевыводящих путей	2,97

Топ-10 АТС-группы 2-го уровня ЕphMRA, Москва

R05 Противопростудные и противокашлевые препараты	6,35
R01 Препараты для лечения заболеваний носа	4,01
G04 Препараты для лечения заболеваний органов мочеполовой системы	3,91
J05 Противовирусные препараты системные	3,54
A07 Противодиарейные, пероральные электролиты и кишечные противовоспалительные	3,42
G03 Половые гормоны и модуляторы половой системы	3,41
J01 Системные антибактериальные препараты	3,39
N02 Анальгетики	3,19

A11 Витамины	3,10
C09 Препараты, влияющие на Ренин-ангиотензиновую систему	3,06

Топ-10 АТС-группы 2-го уровня EphMRA, Екатеринбург

R05 Противопростудные и противокашлевые препараты	5,75
G03 Половые гормоны и модуляторы половой системы	5,47
A05 Препараты для лечения заболеваний печени и желчевыводящих путей	3,94
J05 Противовирусные препараты системные	3,81
C09 Препараты, влияющие на Ренин-ангиотензиновую систему	3,80
A11 Витамины	3,65
J01 Системные антибактериальные препараты	3,37
A07 Противодиарейные, пероральные электролиты и кишечные противовоспалительные	3,17
R01 Препараты для лечения заболеваний носа	3,07
N06 Психотропные препараты, исключая препараты для лечения ожирения	3,01

Топ-10 АТС-группы 2-го уровня EphMRA, Воронеж

R05 Противопростудные и противокашлевые препараты	6,21
M01 Противовоспалительные и противоревматические препараты	3,83
J01 Системные антибактериальные препараты	3,78
G04 Препараты для лечения заболеваний органов мочеполовой системы	3,25
R01 Препараты для лечения заболеваний носа	3,24
G03 Половые гормоны и модуляторы половой системы	3,22
N02 Анальгетики	3,18
C09 Препараты, влияющие на Ренин-ангиотензиновую систему	3,16
C01 Сердечная терапия	3,14
N06 Психотропные препараты, исключая препараты для лечения ожирения	3,09

*Данные предоставлены центром маркетинговых исследований «Фармэксперт» по запросу автора.

ТАБЛИЦА 3.8. ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА АПТЕЧНОГО РЫНКА БАД В РФ В 2011 Г., ПО ВЕРСИИ ЦМИ «ФАРМЭКСПЕРТ»*

Крупнейшие 10 групп 2-го уровня по объему продаж в стоимостном выражении	Доля рынка БАД в 2011 г., %
J05 БАД, способствующие контролю и снижению веса, снижающие аппетит	8,10
M02 Наружные средства, поддерживающие функцию опорно-двигательного аппарата	6,34
B07 БАД общеукрепляющего действия	6,22
B03 БАД – источники поливитаминов, содержащие отдельные минералы и минеральные комплексы	5,90
J07 БАД, способствующие поддержанию нормальной микрофлоры кишечника	5,49
L02 БАД для поддержания функции и снижения риска заболевания предстательной железы	4,83
S03 БАД, способствующие нормализации зрения (на основе черники)	4,60
J02 БАД для поддержания функции печени, желчевыводящих путей и желчного пузыря	3,39
A01 БАД мягкого успокаивающего действия	3,20
B04 БАД – источники жирных кислот	3,17

*Данные предоставлены центром маркетинговых исследований «Фармэксперт» по запросу автора.

3.2.3. КОНТРОЛЬ АССОРТИМЕНТА КОСМЕТИКИ В РАЗРЕЗЕ ТОРГОВЫХ МАРОК

Полезным направлением контроля ассортимента парафармации выступает также **анализ косметики в разрезе торговых марок** — в этой крупной ассортиментной группе (в среднем порядка 5% продаж) выбор покупателей тесно связан с предпочтением тех или иных брендов. Соответствующая и достаточно подробная информация может быть получена у DSM Group и у ЦМИ «Фармэксперт» (см. рисунок 3.3 — 3.5).

Далеко не всегда широкий косметический ассортимент находит достаточно устойчивый спрос. Тем не менее во многих аптеках, даже небольших и прилавочных, оправданно наличие порядка 5–10 наи-

более популярных в регионе брендов. Ведущие 2–3 бренда могут включать десятки артикулов. Для менее популярных брендов чаще более рационален точечный ассортимент, т. е. несколько «ударных» позиций.

3.3. МАРКЕТИНГОВЫЕ ОРИЕНТИРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ШИРОТУ ПОСТОЯННОГО АССОРТИМЕНТА

Наиболее устойчив спрос на лекарственный ассортимент, поэтому для него статистика розничного аудита дает определенный «среднерыночный» ориентир широты.

Для большинства аптек (за исключением тех, которые имеют ярко выраженную специфику — специ-

ТАБЛИЦА 3.9. ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА АПТЕЧНОГО РЫНКА БАД В РФ В 2011 Г., ПО ВЕРСИИ DSM GROUP*

Раздел реестра БАД	Доля раздела, %
V БАД, действующие на организм в целом	21,3
G БАД, влияющие на репродуктивную систему	19,1
A БАД, действующие на пищеварительную систему	17,2
N БАД, влияющие на функции центральной нервной системы	8,7
W БАД для похудения и очищения организма	8,5
C БАД для поддержания функций сердечно-сосудистой системы	5,9
S БАД, действующие на органы чувств	5,6
B БАД, действующие на кроветворную систему	3,1
D БАД, применяемые для устранения различных проблем с кожей и волосами	2,6
M БАД, применяемые при заболеваниях костной системы	2,3
R БАД, применяемые при заболеваниях дыхательной системы	1,9
I БАД, поддерживающие функцию иммунной системы	1,2
U БАД, действующие на мочевыделительную систему	0,9
H БАД, влияющие на функцию желез внутренней секреции	0,8
T БАД, применяемые при отравлениях и интоксикациях	0,8

*Данные предоставлены маркетинговым агентством DSM Group по запросу автора.

ализированных, дискаунтеров, дистанционных и т. п.) целесообразно соотносить широту своего ассортимента со *среднерыночной широтой лекарственного ассортимента в городе*.

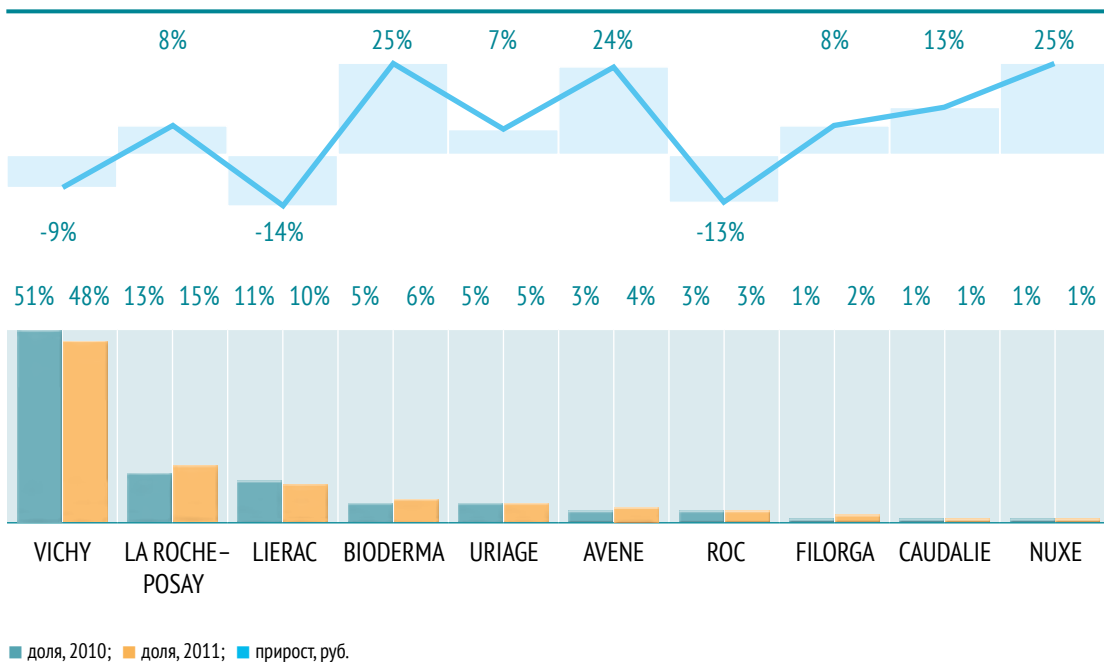
К сожалению, точной и корректной (на определенную дату) рыночной статистики широты ассортимента аптек в строгом смысле этого слова нет, так как ни одна из аналитических компаний такие сведения не собирает. Однако достаточно приемлемой для понимания ситуации является информация розничного аудита о широте ассортимента, в среднем продаваемого аптеками в течение квартала: **как показывает практика, для большинства аптек с финансовой точки зрения**

целесообразно поддерживать почти исключительно тот ассортимент, который уходит в течение квартала.

Что касается неходовых (в основном дорогостоящих) препаратов, омертвление оборотных средств дольше, чем на квартал (и соответствующие издержки на хранение, кредит и др.) экономически оправдывает себя только для небольшой части аптек, позиционирующих свой ассортимент как особо широкий или специализированный, что влечет за собой повышение цены.

ЦМИ «Фармэксперт» дает следующие оценки широты ассортимента лекарственных средств (артикулов с учетом производителей, фасовок, дозировок),

РИСУНОК 3.3. ТОП-10 БРЕНДОВ СЕЛЕКТИВНОЙ КОСМЕТИКИ (ПРЕМИУМ И ЛЮКС КЛАССА)*



* Из отчета DSM Group за 2011 г.

в среднем проданного отечественными аптеками в течение первого квартала 2012 года:

- в Москве — около 2000 артикулов;
- в крупных городах (свыше 500–700 тыс. населения) — порядка 1600–2000 артикулов³;
- в среднем по России — порядка 1500 артикулов.

Напомню также уже приводившиеся выше данные: на продаваемые в течение всего года «верхние» 2000 позиций списка лекарственных бестселлеров обычно приходится около 90% соответствующего оборота аптеки. Для сравнения уточню, что ассортимент аптечного рынка в целом в несколько раз шире, чем у отдельной аптеки. В частности, на начало 2012 года ассортимент лекарственных средств рос-

сийского аптечного рынка (артикулов с учетом производителей, фасовок, дозировок) составлял почти 19 тыс. позиций⁴.

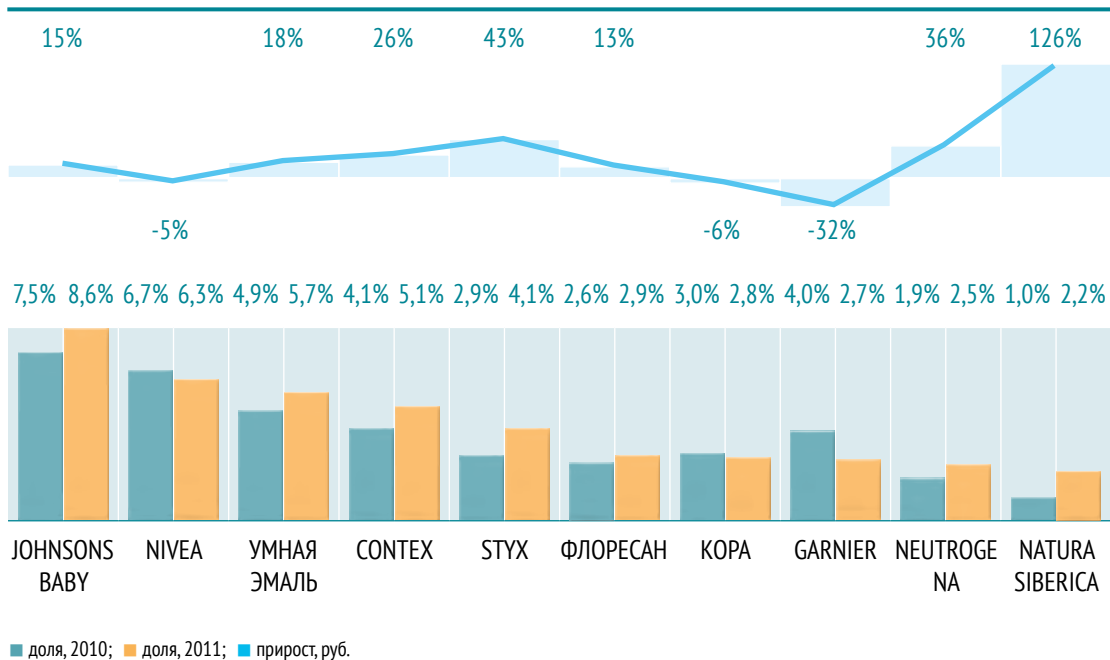
На практике за рамки широты продаваемого в течение квартала ассортимента любую аптеку неизбежно выводит несколько объективных факторов:

- некоторое количество важных позиций, которые, несмотря на низкую оборачиваемость, целесообразно удерживать в ассортименте;
- оставшийся «хвост» запасов ушедшего сезона;
- каждый год появляется несколько сотен новых препаратов, продажи которых невозможно надежно спрогнозировать, — часть такого «пробного» ассортимента также оседает в запасах.

³ Эти цифры можно конкретизировать примерно для 20–25 крупнейших городов (см. Приложение 2)

⁴ Данные предоставлены центром маркетинговых исследований «Фармэксперт» по запросу автора.

РИСУНОК 3.4. ТОП-10 БРЕНДОВ КОСМЕТИКИ МАСС-МАРКЕТ



В большинстве случаев быстро избавиться от таких «хвостов» достаточно проблематично — за исключением явных «неликвидов» зачастую многие позиции проще и дешевле держать в ассортименте вплоть до продажи.

С другой стороны, как уже отмечалось выше, для большинства отечественных аптек характерна систематическая дефектура в размере около 5–10% — отсутствие в ассортименте постоянно спрашиваемых лекарств.

В целом с учетом указанных факторов для большинства российских аптек, расположенных в крупных городах (от 500–700 тыс. населения), эффективную широту ассортимента лекарственных средств можно оценить в пределах 2000–3000 артикулов, показатель свыше 3000 позиций оправдывает себя

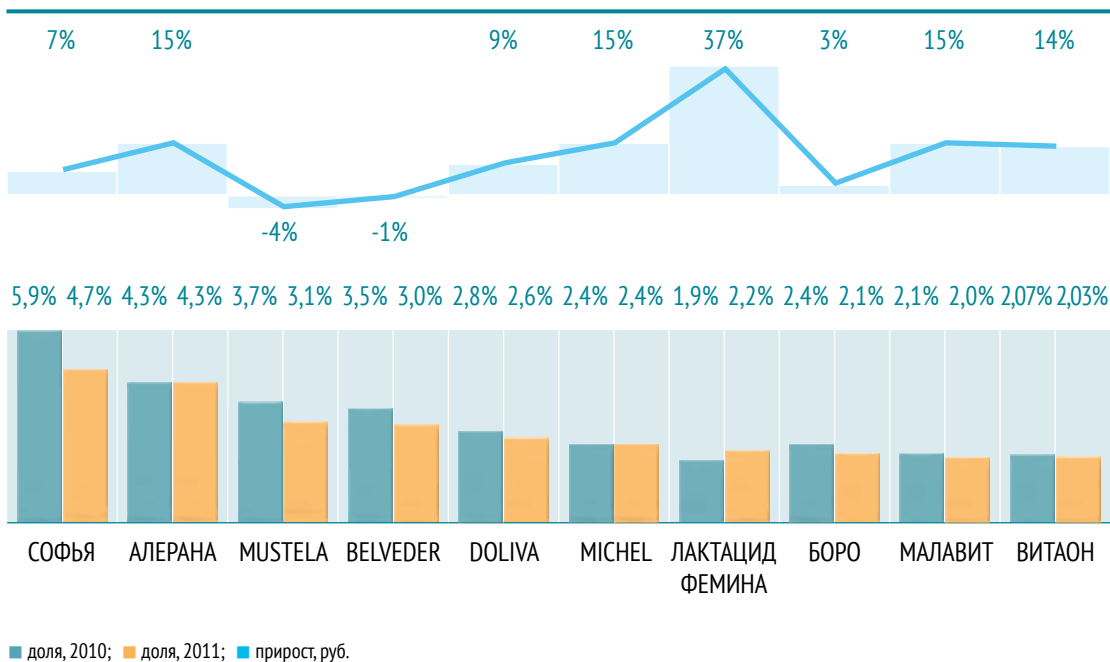
лишь в отдельных аптеках (проходимых, специализированных и т. п.).

Значительно меньшей устойчивостью характеризуется ассортимент парафармации — здесь говорить о «среднерыночных» ориентирах широты ассортимента проблематично, поскольку спрос очень сильно варьирует в силу ряда факторов:

- **Географическое положение аптеки и специфика местной клиентуры** (см. таблицу 3.10).

Не меньшее влияние оказывают также особенности конкретного местоположения и конкурентной ситуации аптеки в рамках региона, в т. ч. со стороны неаптечной розницы (для аптек, находящихся в непосредственной близости от магазинов, торгующих пересекающимся ассортиментом: массовой косметикой, средствами гигиены, детскими товарами, презервативами и т. п.).

РИСУНОК 3.5. ТОП-10 БРЕНДОВ ЛЕЧЕБНОЙ («АКТИВНОЙ») КОСМЕТИКИ



- **Формат аптеки и площадь зала.** Хотя это вторичные параметры по сравнению с характером спроса и конкуренции, они все-таки обладают определенным и в ряде случаев существенным влиянием: в находящейся в хорошем месте аптеке большой зал самообслуживания обеспечивает значительный прирост продаж парафармации (подробнее об этом см. главу 7 «Специфика и перспективы открытого доступа»).

Соответственно, необходимое и достаточное количество парафармацевтических артикулов в ассортименте прилавочной аптеки может варьировать в очень широких пределах: от 500–1000 до 2000–3000 позиций (в аптеках самообслуживания — порой и больше).

Сравнение опыта работы в разных регионах дает мне основания заключить, что, **несмотря на комплексность действий и разнообразие вышеперечисленных**

факторов, для типичных (не делающих ставку на особую специфику) прилавочных аптек полезен контроль структуры ассортимента в соотношении «лекарственные средства/парафармация». Для такого контроля необходимо получить свежую (в пределах года) информацию о среднем проценте парафармации в товарообороте сопоставимых городских аптек. Наиболее надежный источник таких данных — розничный аудит (хотя он и включает данные по аптекам самообслуживания, ошибка обычно невелика).

Если в вашей аптеке доля продаж парафармации на 50% (и более) ниже среднего городского уровня — это, скорее всего, говорит о дефектуре ассортимента парафармации.

ТАБЛИЦА 3.10. РЕГИОНАЛЬНАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ АПТЕЧНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ ПАРАФАРМАЦИИ В РФ, 2011 Г.*

Регион	Доля парафармации на коммерческом аптечном рынке, %	Регион	Доля парафармации на коммерческом аптечном рынке, %
Алтайский край	20	Новосибирская область	20
Амурская область	19	Омская область	19
Архангельская область	13	Оренбургская область	18
Белгородская область	17	Орловская область	16
Брянская область	15	Пензенская область	18
Владимирская область	17	Пермский край	16
Волгоградская область	22	Приморский край	26
Воронежская область	16	Республика Башкортостан	19
Москва	26	Республика Бурятия	18
Санкт-Петербург	26	Республика Марий Эл	15
Ивановская область	21	Республика Мордовия	17
Иркутская область	23	Республика Татарстан	17
Калужская область	19	Российская Федерация	22
Кемеровская область	18	Ростовская область	25
Кировская область	15	Рязанская область	20
Костромская область	16	Самарская область	23
Краснодарский край	19	Саратовская область	18
Красноярский край	22	Свердловская область	18
Курганская область	20	Смоленская область	17
Курская область	15	Ставропольский край	18
Ленинградская область	24	Тамбовская область	19
Липецкая область	15	Тверская область	25
Московская область	22	Томская область	23
Нижегородская область	15	Тюменская область	22

ТАБЛИЦА 3.10. (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Регион	Доля парафармации на коммерческом аптечном рынке, %
Удмуртская республика	17
Ульяновская область	18
Хабаровский край	28
Челябинская область	17
Читинская область	18
Чувашская республика	16
Ярославская область	18

*Данные предоставлены маркетинговым агентством DSM Group по запросу автора.

3.4. СПЕЦИФИКА АССОРТИМЕНТНОЙ ПОЛИТИКИ ОСНОВНЫХ ТИПОВ АПТЕК

Наиболее распространенными типами аптек, в совокупности занимающими около 90% городского аптечного рынка, являются:

- **«спальные»** аптеки, для которых характерно преобладание проживающих в «шаговой доступности» посетителей с платежеспособностью, близкой к среднероссийской.
- **«проходимые»** аптеки, которые располагаются в местах большого потока «транзитных» пешеходов из различных районов города⁵.

В силу типичности основных параметров спальных и проходимых аптек для них можно выделить ряд приоритетов ассортиментной политики.

⁵ Более подробно о классификации аптек см. Приложение 1.

3.4.1. АССОРТИМЕНТНАЯ ПОЛИТИКА ТИПИЧНОЙ СПАЛЬНОЙ АПТЕКИ

Для типичной спальной аптеки характерны:

- постоянная и относительно небольшая численность клиентуры: на 80–90% ее составляют 2000–5000 местных жителей;
- преобладание посетителей с выраженной ориентацией на минимизацию затрат, что ведет к более тщательному анализу цен. В частности, доля пенсионеров в численности клиентуры спальных аптек обычно в 1,5–2 раза выше, чем в проходимых аптеках.

Такая специфика обуславливает следующие особенности ассортиментной политики:

- Вероятны существенные статистические отклонения относительно среднероссийского ассортимента в силу половозрастных, социальных и других особенностей посетителей. Например, доля пенсионеров среди посетителей спальных аптек и доходы экономически активной части клиентуры могут колебаться в диапазоне $\pm 30\%$ (и более) относительно среднероссийского уровня. Особое значение для оптимизации ассортимента имеют мониторинг дефектуры и опросы посетителей.
- В силу относительно небольшого разнообразия запросов клиентуры финансово эффективная широта постоянного лекарственного ассортимента редко превышает средний общероссийский показатель более чем на 10–20%.
- Коммерчески оправданная доля парафармации редко превышает среднероссийский уровень более чем на 10–20% из-за потребительских предпочтений и экономности клиентуры.

3.4.2. АССОРТИМЕНТНАЯ ПОЛИТИКА ТИПИЧНОЙ ПРОХОДИМОЙ АПТЕКИ

Для типичной проходимой аптеки характерны:

- разная территориальная принадлежность основной массы посетителей, в силу чего их спрос весьма

разнообразен (за месяц в проходимой аптеке крупного города зачастую бывает 10 000–20 000 *разных* посетителей, нередко и больше) и обычно не обладает существенной фармакотерапевтической спецификой по сравнению со среднегородским;

- большая доля экономически активных и поэтому более обеспеченных посетителей с соответствующими потребительскими предпочтениями: меньшая чувствительность к ценам, более высокий процент спонтанных (незапланированных) покупок.

Такая специфика обуславливает следующие особенности ассортиментной политики:

- Первостепенное значение имеет анализ и охват среднегородского ассортимента. К дефектуре, не подтверждающейся данными по среднегородскому ассортименту, необходимо критическое и осторожное отношение, поскольку нередко такие данные — следствие запроса случайного посетителя.
- Обычно целесообразно поддержание общей широты лекарственного ассортимента, на 30–50% (и более) превышающего среднегородской показатель.
- Эффективная доля парафармации часто превосходит среднегородской уровень на 20–30% (если этому не мешает местная конкуренция по косметике, средствам гигиены и т. п., в т. ч. неаптечная).

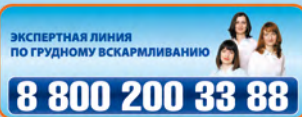


Что делает грудное молоко лучшим питанием для малыша?



Материнство – чудесная пора. Грудной возраст малыша – это период особой связи с мамой. Постарайтесь наладить лактацию, ведь с грудным молоком Вы даете малышу свою любовь, а также все необходимые элементы для его роста и полноценного развития. Кормя ребенка грудью, Вы помогаете крохе сформировать сильный иммунитет, защищаете его от инфекций и аллергии, помогаете формированию здоровой микрофлоры кишечника ребенка.

А особые жирные кислоты, содержащиеся в материнском молоке, способствуют правильному развитию мозга и органов зрения крохи. Мы в компании Nutricia имеем многолетний опыт исследования грудного молока и поэтому знаем, что в нем содержатся не только функциональные и питательные вещества, но и невоспроизводимые биологически активные компоненты, которые индивидуальны для каждой мамы.



Звонок бесплатный на территории России из домашней сети

Пожалуй, лучшее после грудного



На 30 лет ближе к совершенству



Вдохновленные совершенством грудного молока, Nutricia создала молочную смесь Nutrilon®. Благодаря уникальному 30-летнему опыту научных исследований, по своим свойствам Nutrilon® максимально приближен к основным свойствам грудного молока. Nutrilon® содержит комплекс пребиотиков IMMUNOFORTIS®, который способствует естественному укреплению иммунитета малыша и помогает защитить его от инфекций и аллергии.** Комплекс особых жирных кислот IQ PRO®, содержащийся в Nutrilon®, поддерживает правильное развитие мозга и зрения малыша. Nutrilon® – пожалуй, лучшее после грудного.

БОЛЕЕ
30 ЛЕТ
ИССЛЕДОВАНИЯ
ГРУДНОГО МОЛОКА



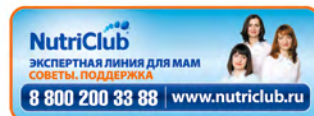
С 6 месяцев

МОЛОЧНАЯ СМЕСЬ NUTRILON® НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЛНОЦЕННОЙ ЗАМЕНОЙ ГРУДНОМУ МОЛОКУ

Важно! Грудное молоко – лучшее питание для детей раннего возраста. Перед применением продукта проконсультируйтесь со специалистом. IQPRO – арахидоновая и докозагексаеновая кислоты

* По доле рынка смесей с 6 до 12 месяцев в 13 странах Европы (Австрия, Англия, Бельгия, Германия, Ирландия, Латвия, Литва, Португалия, Словакия, Франция, Чехия, Швейцария, Эстония) согласно данным ритуэла аудита компании "NIELSEN HOLDINGS H.V." за период с июня 2011 года по май 2012 года

** Брузек Е., 2009; Ноль Дж., 2005; Арсланоглу С., 2008; Косталос С., 2007; Картошева Н., 2010; Карлсон С., 1996; Вилатц, 1998



Звонок бесплатный на территории России из домашней сети



ЦЕНООБРАЗОВАНИЕ

4.1. БАЗОВОЕ ЦЕНООБРАЗОВАНИЕ (ФОРМИРОВАНИЕ НАЦЕНКИ)	70	4.1.6. ПОТЕНЦИАЛ ПОВЫШЕНИЯ НАЦЕНКИ НА ТОВАРЫ «КАЧЕСТВА ЖИЗНИ» И СОПУТСТВУЮЩУЮ ПАРАФАРМАЦИЮ	81
4.1.1. КЛЮЧЕВЫЕ ФАКТОРЫ ВОСПРИЯТИЯ АПТЕЧНЫХ ЦЕН ПОТРЕБИТЕЛЯМИ	71	4.1.7. НЕЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПОВЫШЕННЫХ НАЦЕНОК НА ПАРАФАРМАЦИЮ, БЛИЗКУЮ ПО ХАРАКТЕРУ К ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВАМ «ПЕРВОЙ НЕОБХОДИМОСТИ»	82
4.1.2. ПРИНЦИПЫ БАЗОВОГО ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ В ТИПИЧНОЙ СПАЛЬНОЙ АПТЕКЕ	73	4.2. СКИДКИ	83
4.1.2.1. ФОРМИРОВАНИЕ НАЦЕНКИ В СЕГМЕНТЕ ДО 300 РУБ.	74	4.2.1. СКИДКИ, НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ ДЛЯ АПТЕК	83
4.1.2.2. ФОРМИРОВАНИЕ НАЦЕНКИ В СЕГМЕНТЕ СВЫШЕ 300 РУБ	77	4.2.1.1. СКИДКИ ПРИ ЗАКАЗЕ ДЕФЕКТУРНЫХ ПОЗИЦИЙ	83
4.1.3. ПРИНЦИПЫ БАЗОВОГО ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ В ТИПИЧНОЙ ПРОХОДИМОЙ АПТЕКЕ	78	4.2.1.2. НАКОПИТЕЛЬНАЯ СКИДКА	84
4.1.3.1. ФОРМИРОВАНИЕ НАЦЕНКИ В СЕГМЕНТЕ ДО 100 РУБ.	78	4.2.1.3. СКИДКИ В ПЕРИОДЫ НЕВЫСОКОЙ ПОСЕЩАЕМОСТИ	85
4.1.3.2. ФОРМИРОВАНИЕ НАЦЕНКИ В СЕГМЕНТЕ 100–300 РУБ.	79	4.2.2. ПОПУЛЯРНЫЕ СКИДКИ, ЧАСТО ЯВЛЯЮЩИЕСЯ НЕЭФФЕКТИВНЫМИ	85
4.1.3.3. ФОРМИРОВАНИЕ НАЦЕНКИ В СЕГМЕНТЕ СВЫШЕ 300 РУБ.	79	4.2.2.1. ДИСКОНТНЫЕ КАРТЫ С ФИКСИРОВАННОЙ СКИДКОЙ	85
4.1.4. СПЕЦИФИКА И ПЕРСПЕКТИВЫ АПТЕК-ДИСКАУНТЕРОВ	79	4.2.2.2. ОПТОВАЯ СКИДКА	86
4.1.5. ПРИЕМ ВЫБОРОЧНОГО Понижения ЦЕНЫ НА ПОПУЛЯРНЫЕ ТОВАРЫ	80	4.2.2.3. СКИДКА ДЛЯ ПЕНСИОНЕРОВ	86

За последнее десятилетие аптечные цены для клиентуры объективно стали более приемлемыми. Если в 2003 году посетители отказывались от покупки из-за недовольства ценами в 17% своих обращений в аптеки, то в 2010 году этот показатель упал до 12% [1]. Тем не менее для большинства российских аптек резервы оптимизации цен до сих пор весьма значительны.

С одной стороны, около половины клиентуры аптечного рынка — это категории покупателей, проявляющих высокую чувствительность к цене (регулярные потребители-хроники, потребители дорогостоящих лекарственных средств, покупатели невысокой платежеспособности и др.). В связи с этим во многих аптеках определенное *снижение цен* в некоторых сегментах ассортимента позволяет заметно повысить продажи и прибыль. В частности, слабо (единичные аптеки) развит сегмент дискаунтеров, несмотря на значительный потенциал их развития. С другой стороны, для ряда аптек существуют определенные резервы *повышения цены* — в основном на товары эпизодического потребления в ценовом сегменте до 200–300 руб.

Таким образом, давно назрела и даже «перезрела» необходимость связать уровень цен с другими маркетинговыми параметрами: ассортиментом, сервисом, форматом, спецификой клиентуры различных типов аптек.

Также для большинства аптек актуален более четкий и систематический подход к системе скидков, их соотношение как с общим ценовым позиционированием, так и с особенностями местного спроса. В последнее десятилетие в аптечной отрасли значительно расширилась практика дисконтных систем. К сожалению, это далеко не всегда идет на пользу, поскольку ряд часто применяемых в настоящее время скидков для большинства аптек неэффективен (подробнее об этом см.

раздел 4.2.2 «Популярные скидки, часто являющиеся неэффективными»).

Следует подчеркнуть, что методики ценообразования, которые будут описаны ниже, ориентированы *на усредненную конкурентную ситуацию*. Нестандартные варианты (например, «ценовая война», направленная на вытеснение конкурента с рынка) необходимо анализировать с учетом конкретных условий существования аптеки.

Отдельный и сложный вопрос — государственное регулирование аптечных цен. Судя по заявлениям правительственных органов [2], в ближайшие годы существующая система регулирования цен на ЖНВЛП — около трети коммерческого аптечного рынка (см. ежегодные отчеты DSM и ЦМИ «Фармэксперт») — будет изменена. Однако пока она действует, и в ряде разделов данной главы этот факт соответствующим образом учитывается.

Инструментарий аптечного ценообразования распределяется по двум уровням:

- наценка, посредством которой определяются основы ценового позиционирования;
- система скидков, корректирующая ценовую политику применительно к отдельным сегментам клиентуры.

В соответствии с этим материал главы подразделяется на два раздела, каждый из которых посвящен одной из компонент ценообразования.

4.1. БАЗОВОЕ ЦЕНООБРАЗОВАНИЕ (ФОРМИРОВАНИЕ НАЦЕНКИ)

То, насколько внимательно потребители анализируют цены аптек, а также их реакция на эти цены

ТАБЛИЦА 4.1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ АПТЕЧНОГО РЫНКА ПО ЦЕНОВЫМ СЕГМЕНТАМ В РОССИИ И РЯДЕ ГОРОДОВ В ДЕНЕЖНОМ ВЫРАЖЕНИИ В 2011 Г.*

Ценовые сегменты, руб.	Доля аптечных продаж (включая ЛС и парафармацию) в денежном выражении в розничных ценах, %			
	Россия	Москва	Екатеринбург	Воронеж
< 20	4,20	2,32	2,76	6,47
20–50	6,86	4,98	5,49	7,39
51–100	13,91	11,47	11,01	15,50
101–200	26,25	25,97	23,97	26,20
201–300	13,33	13,08	13,67	13,96
301–500	14,53	16,59	14,87	13,27
501–1000	12,11	14,00	13,88	11,30
1001–3000	7,79	10,17	12,00	5,32
3001–10000	0,87	1,23	2,09	0,56
>10000	0,15	0,19	0,26	0,03

*Данные предоставлены маркетинговым агентством DSM Group по запросу автора.

зависит от ряда факторов (уровень цены, размер покупки и частота посещения аптеки), которые необходимо учитывать при формировании наценки.

4.1.1. КЛЮЧЕВЫЕ ФАКТОРЫ ВОСПРИЯТИЯ АПТЕЧНЫХ ЦЕН ПОТРЕБИТЕЛЯМИ

В главе 3 «Ассортимент» уже рассматривалось распределение продаж по ценовым сегментам в денежном выражении. Теперь дополним этот анализ данными по распределению продаж в упаковках, что позволит более комплексно учесть распределение спроса по ценовым сегментам и проследить, как уровень цены и размер покупки влияют на ценовую чувствительность клиентов. Для всех регионов России

структура распределения однотипна, хотя и несколько варьирует (см. таблицы 4.1 и 4.2).

Как видно из приведенных данных, для покупательского поведения в аспекте ценовых сегментов характерно следующее:

- стоимость около 60 % проданных упаковок находится в нижнем ценовом сегменте (до 50 руб.), однако в денежном выражении этот показатель соответствует 10 % оборота;
- порядка 70 % продаж в денежном выражении и около трети в упаковках приходится на средний ценовой сегмент (50–300 руб.);
- на верхний ценовой сегмент (от 300 руб.) остается около 20–25 % продаж и 1–3 % проданных упаковок.

В настоящее время средний уровень доходов населения обуславливает тот факт, что посетители аптек

ТАБЛИЦА 4.2. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ АПТЕЧНОГО РЫНКА ПО ЦЕНОВЫМ СЕГМЕНТАМ В РОССИИ И РЯДЕ ГОРОДОВ В НАТУРАЛЬНОМ ВЫРАЖЕНИИ В 2011 Г.*

Ценовые сегменты, руб.	Доля аптечных продаж (включая ЛС и парафармацию) в упаковках, %			
	Россия	Москва	Екатеринбург	Воронеж
< 20	44,48	32,62	37,99	55,60
20–50	16,69	16,73	16,90	13,63
51–100	15,01	17,17	15,25	12,77
101–200	14,53	19,64	17,11	11,14
201–300	4,39	5,93	5,78	3,50
301–500	3,03	4,82	3,98	2,12
501–1000	1,41	2,26	2,05	1,00
1001–3000	0,45	0,81	0,88	0,24
3001–10000	0,02	0,03	0,05	0,01
>10000	0,001	0,001	0,002	0,0001

*Данные предоставлены маркетинговым агентством DSM Group по запросу автора.

При современном уровне доходов для большинства российских покупателей зона более или менее существенной чувствительности к аптечной цене (сравнение стоимости препарата в разных аптеках, запрос более дешевых синонимов/аналогов и т.п.) начинается от 200–300 руб. за упаковку.

начинают задумываться о том, чтобы совершить покупку в другой аптеке, если стоимость препарата превышает 200–300 рублей. Между тем как раз на этот уровень и приходится средний аптечный чек: за пределами Москвы и Петербурга среднемесячные затраты посетителей на лекарства в 2011 г. составили около 400 руб. (по данным опросов Synovate Comcon [3]).

Таким образом, если учесть, что средняя частота посещения аптек 1–2 раза в месяц, то аптечный чек как раз и будет около 200–300 руб. Аналогичные данные приводятся и в других репрезентативных источниках (например, в отчетах крупнейшей по объему продаж сети «36.6» [4]).

Естественный рост чувствительности потребителей к цене по мере ее увеличения многие аптеки пытаются в определенной степени компенсировать посредством сокращения наценки на дорогостоящие товары, что наглядно показано в [таблицах 4.3 и 4.4](#). (в сегменте парафармации стоимостью свыше 10 000 руб. в силу узости и неустойчивости соответствующего ассортимента данные носят фрагментарный и статистически нерепрезентативный характер).

Как показывает опыт, для аптек действительно целесообразно ценообразование, дифференциро-

ТАБЛИЦА 4.3. РАЗМЕРЫ НАЦЕНОК ПО ЦЕНОВЫМ СЕГМЕНТАМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В РОССИИ И РЯДЕ ГОРОДОВ В 2011 Г.*

Ценовые сегменты, руб.	Размеры наценок по ценовым сегментам ЛС, %			
	Россия	Москва	Екатеринбург	Воронеж
< 20	59,18	43,18	36,90	34,78
21–50	48,83	38,98	35,11	31,32
51–100	36,93	35,22	34,73	27,85
101–200	32,13	31,15	34,39	26,30
201–300	32,28	29,23	33,73	24,62
301–500	30,60	28,33	32,60	23,16
501–1000	29,88	24,47	28,83	21,25
1001–3000	27,23	21,46	25,89	19,94
3001–10000	24,55	20,50	24,04	19,01
>10000	24,09	19,72	21,31	14,46

*Данные предоставлены маркетинговым агентством DSM Group по запросу автора.

ванное по ценовым сегментам относительно всего ассортимента (как лекарственных средств, так и для парафармации). Однако необходимо также учитывать специфику клиентуры и конкурентной ситуации для разных типов аптек — см. далее соответствующие разделы 4.1.2–4.1.5.

Кроме того, ценовая чувствительность существенно зависит также и от *регулярности покупок*. Следует учитывать, что посещение аптек в среднем носит довольно эпизодический характер — в крупных городах России (70–80% аптечного рынка) лишь около 1/3 опрошенных респондентов бывали в аптеке чаще, чем раз в месяц (см. [рисунок 4.1](#)).

При таком эпизодическом режиме посещения внимание клиентов к уровню цен не слишком пристальное — по крайней мере, при покупке недорогих товаров. Это означает, что в ряде сегментов существу-

ет возможность достаточно свободного манипулирования наценкой.

4.1.2. ПРИНЦИПЫ БАЗОВОГО ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ В ТИПИЧНОЙ СПАЛЬНОЙ АПТЕКЕ

Как уже отмечалось в главе 3 «Ассортимент», аптеки в спальных районах представляют собой наиболее распространенный тип аптек — порядка 70–80% от их общего количества. Специфику реакции их основной клиентуры (порядка 2 000–5 000 человек местного населения) на цены определяют следующие главные факторы:

ТАБЛИЦА 4.4. РАЗМЕРЫ НАЦЕНОК ПО ЦЕНОВЫМ СЕГМЕНТАМ ПАРАФАРМАЦИИ В РОССИИ И РЯДЕ ГОРОДОВ В 2011 Г.*

Ценовые сегменты, руб.	Размеры наценок по ценовым сегментам парафармации, %			
	Россия	Москва	Екатеринбург	Воронеж
< 10	105,78	136,12	81,19	52,24
11–30	52,80	54,15	55,73	39,31
30–50	46,83	48,72	52,57	37,66
50–100	42,66	46,15	46,28	35,90
100–200	40,05	44,01	42,32	33,89
200–300	38,97	42,20	39,43	30,10
300–500	39,91	43,69	38,64	27,86
500–1000	39,92	43,08	34,88	27,67
1000–3000	37,44	38,49	30,27	25,31
3000–10000	35,97	37,65	29,33	24,99

*Данные предоставлены маркетинговым агентством DSM Group по запросу автора.

- высокая доля экономных посетителей с выраженной ориентацией на минимизацию цен — в т. ч. пенсионеров и других покупателей-хроников, являющихся постоянными потребителями лекарственных средств и поэтому более внимательно отслеживающих их стоимость;
- около половины клиентуры спальных аптек в основном ориентированы на местные аптеки шаговой доступности.

4.1.2.1. ФОРМИРОВАНИЕ НАЦЕНКИ В СЕГМЕНТЕ ДО 300 РУБ.

Для аптек (как и для других видов розничного бизнеса) техническая проблема определения конкурентоспособности цены заключается в обширности (не-

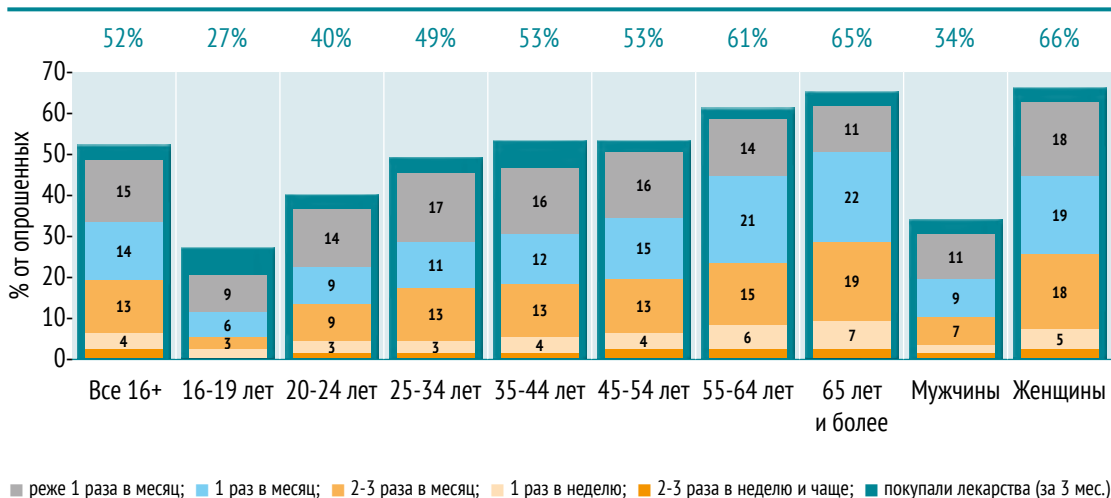
Цены спальной аптеки в сегменте до 300 руб., составляющем основную массу покупок, должны быть конкурентоспособны относительно основных 2–3 локальных конкурентов в пределах шаговой доступности.

сколько тысяч позиций) ассортимента. Уровень цены практически можно измерять только «среднестатистически», на основе выборки товаров.

Для спальных аптек рекомендуется следующая методика измерения уровня цены относительно локальных конкурентов в сегменте до 300 руб. (см. таблицу 4.5).

Показатель «среднее арифметическое разниц между ценами в своей аптеке и у конкурентов»

РИСУНОК 4.1. ЧАСТОТА СОВЕРШЕНИЯ ПОКУПОК В АПТЕКАХ, 1 ПОЛУГОДИЕ 2011 Г.*



* www.comcon-2.ru/default.asp?artID=2717

характеризует средний уровень цены относительно конкурентов в ценовом сегменте¹.

Рекомендуется соблюдать следующие условия данной методики:

- размер выборки должен составлять 20 товаров, лидирующих по продажам в упаковках и имеющих как в своей аптеке, так и у конкурентов. При этом выборка не должна включать ЖВНЛП, чтобы избежать искажающего влияния регулирующих государственных ограничений на результаты анализа;
- 30–50% выборки должно быть из ценового сегмента до 100 руб. для достаточно полного охвата дешевых препаратов — наибольшая ценовая чувствительность клиентуры спальных аптек часто проявляется именно в зоне самых низких цен.

Анализ конкурентной ценовой ситуации обычно достаточно проводить в последний месяц каждого квартала (при отсутствии резкого изменения цен у ближайших прямых конкурентов).

¹ Для большей точности отмечу, что это только один из возможных способов измерения уровня цены, основанный на математической концепции о расстоянии между векторами. С точки зрения теории математической статистики, он обладает определенными недостатками, зато он прост.

Разумеется, если обнаружится, что цены вашей аптеки явно завышены или занижены относительно местных конкурентов, — это еще не факт, что такую ситуацию надо немедленно менять. Потребители сравнивают не только цены, но и весь комплекс достоинств и недостатков аптеки (местоположение, ассортимент, формат и др.). Разница в ценах оправдана и выполняет лишь компенсирующую функцию по отношению к другим факторам.

Однако если аптека сопоставима с конкурентами по прочим параметрам, то в большинстве случаев ценовой уровень относительно местных аптек задает целесообразное направление и примерный размер необходимой корректировки наценки в данном сегменте (до 300 руб.). При этом следует учитывать, что:

- если фактический уровень стоимости в сегменте отличается от целевой цены конкурентов (средней цены конкурентов с учетом предполагаемого позиционирования) в пределах $\pm 5\%$, вполне возможно, это означает всего лишь ошибку измерения (в силу его выборочного характера);

ТАБЛИЦА 4.5. МЕТОДИКА ИЗМЕРЕНИЯ УРОВНЯ ЦЕНЫ ОТНОСИТЕЛЬНО ЛОКАЛЬНЫХ КОНКУРЕНТОВ В СЕГМЕНТЕ ДО 300 РУБ.

Выборка наиболее продаваемых товаров до 300 руб.	Разница между ценой в своей аптеке и средней ценой у конкурентов, %	Средняя цена конкурентов	2–3 основных местных конкурента		
			№1	№2	...
товар А					
товар Б					
...					
...					
...					
	Среднее арифметическое разниц между ценами в своей аптеке и у конкурентов				

- при разнице с ценой конкурентов свыше $\pm 5\%$ в сегменте до 300 руб. целесообразна коррекция наценки итерационно — шагами в 30% надбавки. Шаг меньше 30% наценки в данном сегменте зачастую влияет на цену настолько слабо, что отследить реакцию клиентуры достаточно проблематично. Большие размеры «шага» изменения неэффективны, так как в этом случае сильно возрастает вероятность «лишних» циклов оптимизации цены.

Итерационный (пошаговый) метод «проб и ошибок» — увеличение/уменьшение наценки небольшими «шагами» и отслеживание результатов — является ключевым подходом к оптимизации цены. Он предполагает следующую схему (см. рисунок 4.2):

- до тех пор, пока прибыль растет, можно считать, что направление увеличения/уменьшения цены правильное;
- в случае стабилизации/снижения прибыли целесообразно сменить направление увеличения/уменьшения цены на противоположное.

В ряде случаев (при сильно завышенных или заниженных ценах) результаты коррекции наценки

РИСУНОК 4.2. ИТЕРАЦИОННЫЙ МЕТОД УВЕЛИЧЕНИЯ/УМЕНЬШЕНИЯ НАЦЕНКИ

Исходная итерация. Увеличение/уменьшение цены для более эффективного позиционирования и минимизации ошибок оправдано небольшим «шагом» в размере 30% наценки



Дальнейшие итерации. После каждого «шага» отслеживается чистая прибыль в соответствующем ценовом/ассортиментном сегменте. При необходимости продолжают корректировки «шагами» в размере 30% наценки



видны уже через месяц, однако нередко для проявления отчетливой реакции потребителей требуется 2–3 месяца.

ТАБЛИЦА 4.6. РАЗМЕРЫ НАЦЕНОК НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА В СЕГМЕНТЕ СВЫШЕ 300 РУБ. В РОССИИ И РЯДЕ ГОРОДОВ В 2011 Г.*

Ценовые сегменты, руб.	Размеры наценок по ценовым сегментам ЛС, %			
	Россия	Москва	Екатеринбург	Воронеж
301–500	30,60	28,33	32,60	23,16
501–1000	29,88	24,47	28,83	21,25
1001–3000	27,23	21,46	25,89	19,94
3001–10000	24,55	20,50	24,04	19,01
>10000	24,09	19,72	21,31	14,46

*Данные предоставлены маркетинговым агентством DSM Group по запросу автора.

4.1.2.2. ФОРМИРОВАНИЕ НАЦЕНКИ В СЕГМЕНТЕ СВЫШЕ 300 РУБ.

Немалое количество спальных аптек поддерживает цены в данном сегменте на 20–30% выше среднегогородского уровня. Между тем в спальных аптеках основная часть дорогостоящих покупок приходится на потребителей невысокой платежеспособности.

На высоком ценовом уровне для большинства покупателей характерен поиск более приемлемых цен в масштабах всего города. Поскольку цена на один и тот же препарат в разных городах может различаться в полтора раза, возможная ценовая экономия может составить несколько сотен рублей, что для многих клиентов уже сопоставимо с затратами на поездку в отдаленную, но более дешевую аптеку.

В качестве первого шага для формирования наценки в дорогом сегменте можно использовать со-

ответствующие данные розничного аудита относительно сегмента свыше 300 руб. (см. таблицы 4.6).

Опираясь на такие данные, можно в соответствии со спецификой местного рынка установить для каждого из ценовых субсегментов дорогого товара уровень наценки, близкий к соответствующему среднегогородскому показателю по данным розничного аудита.

На начальном этапе такой подход может давать неоптимальные результаты в определении наценки вследствие:

- различий в уровне закупочных цен разных поставщиков;
- неэффективной ценовой политики многих аптек города в верхнем ценовом сегменте. Достаточно часто оказывается целесообразным установить в сегменте свыше 1000 руб. заметно более низкую наценку, чем у большинства аптек города: прирост оборота/прибыли перекрывает потери от снижения рентабельности;
- специфики аптеки. Факторами повышающего или понижающего ценового позиционирования для спальной аптеки могут выступить ассортимент, сервис, формат.

ТАБЛИЦА 4.7. РАЗМЕРЫ НАЦЕНОК НА ПАРАФАРМАЦИЮ В СЕГМЕНТЕ СВЫШЕ 300 РУБ. В РОССИИ И РЯДЕ ГОРОДОВ В 2011 Г.*

Ценовые сегменты	Размеры наценок на парафармацию, %			
	Россия	Москва	Екатеринбург	Воронеж
300–500	39,91	43,69	38,64	27,86
500–1000	39,92	43,08	34,88	27,67
1000–3000	37,44	38,49	30,27	25,31
3000–10000	35,97	37,65	29,33	24,99

*Данные предоставлены маркетинговым агентством DSM Group по запросу автора.

В связи с этим обычно необходима итерационная «подгонка» наценки по критерию максимизации прибыли, аналогичная описанной в предыдущем разделе. Однако позиционирование в дорогом сегменте необходимо осуществлять более осторожно: шаг корректировки рекомендуется делать в размере $\pm 20\%$ наценки.

При отсутствии данных о зависимости наценки от среднего ценового уровня по своему городу можно использовать для первой итерации опубликованные в этой книге среднероссийские данные. Ошибка при этом на начальных этапах может быть больше, но, в конечном счете, она будет нивелирована.

4.1.3. ПРИНЦИПЫ БАЗОВОГО ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ В ТИПИЧНОЙ ПРОХОДИМОЙ АПТЕКЕ

Как уже отмечалось (см. раздел 3.3 «Маркетинговые ориентиры, определяющие ширину постоянного ассортимента»), специфику реакции на цены клиентуры проходимых аптек определяют следующие основные факторы:

- основная масса покупателей — «транзитные», из различных районов города, за месяц в проходимой аптеке крупного города зачастую бывает 10 000–20 000 **разных** посетителей. Соответственно, значительно шире возможности фокусировки на наиболее привлекательной клиентуре;
- выше доля экономически активных и поэтому более обеспеченных посетителей с меньшей чувствительностью к ценам.

4.1.3.1. ФОРМИРОВАНИЕ НАЦЕНКИ В СЕГМЕНТЕ ДО 100 РУБ.

Обычно в дешевом сегменте цена проходимой аптеки может превышать среднегородскую на 10–20% (нередко и больше) без заметного падения оборота. Некоторое количество посетителей, чувствительных к стоимости дешевых товаров, отсеивается, однако, как правило, это с лихвой компенсируется за счет остальной клиентуры.

В качестве первого шага для оптимизации надбавки в дешевом сегменте можно взять соответствующую среднегородскую наценку по данным рознично-

го аудита, увеличенную в 1,5 раза. Затем необходима итерационная «подгонка» наценки по критерию максимизации прибыли, аналогичная описанной выше (в разделе 4.1.2.1 «Формирование наценки в сегменте до 300 руб.»). Шаг корректировки рекомендуется в размере $\pm 30\%$ наценки.

4.1.3.2. ФОРМИРОВАНИЕ НАЦЕНКИ В СЕГМЕНТЕ 100–300 РУБ.

В этом сегменте цена проходимой аптеки также часто может заметно (на 10–20%) превышать среднегородскую за счет клиентов, малочувствительных к стоимости недорогих товаров. Однако в целом ряде случаев (высокая конкуренция, не слишком удачное расположение и др.) целесообразна умеренная ценовая политика, иногда даже с наценкой ниже среднегородской.

В качестве первого шага для оптимизации наценки в дешевом сегменте обычно целесообразно взять соответствующую среднегородскую наценку по данным розничного аудита. Затем необходима стандартная итерационная «подгонка» наценки по критерию максимизации прибыли. Шаг корректировки рекомендуется в размере $\pm 30\%$ наценки.

4.1.3.3. ФОРМИРОВАНИЕ НАЦЕНКИ В СЕГМЕНТЕ СВЫШЕ 300 РУБ.

В принципе подход здесь тот же, что и для спальных аптек — как уже отмечалось, **на высоком ценовом уровне большинство клиентов начинает поиск приемлемых цен в масштабах всего города, поскольку возможная экономия уже сопоставима с затратами на поездку в отдаленную более дешевую аптеку.**

Опираясь на соответствующие данные розничного аудита, рекомендуется в соответствии со спецификой своего рынка установить для каждого

из ценовых субсегментов дорогого ассортимента уровень наценки, близкий к среднегородскому показателю. Затем необходима стандартная итерационная «подгонка» по критерию максимизации прибыли с шагом корректировки в размере $\pm 20\%$ наценки.

4.1.4. СПЕЦИФИКА И ПЕРСПЕКТИВЫ АПТЕК-ДИСКАУНТЕРОВ

Прежде всего, необходимо уточнить термин «дискаунтер». В последние несколько лет это слово в аптечном бизнесе было в определенной степени девальвировано и «затерто»: некоторые аптеки активно рекламируют себя в качестве «дискаунтеров», хотя на самом деле их уровень цен на основную часть ассортимента мало отличается от среднерыночного.

Суть стратегии аптечного дискаунтера — заметно (обычно не менее чем на 10–20%) пониженные относительно среднегородского уровня цены за счет экономии на факторах, менее значимых для чувствительной к цене клиентуры (сервис, местоположение, ширина постоянно поддерживаемого ассортимента, мерчандайзинг).

Название «дискаунтер» подразумевает под собой существенно более низкие цены (порядка 10–20%), чем в обычных аптеках. Вместе с тем, если для дорогостоящих товаров уровень цены для целевой аудитории критически важен, то в ценовом сегменте до 100–200 руб. стоимость в дискаунтерах может иметь уровень, лишь незначительно (ориентировочно на 5–10%) ниже среднегородского.

Если не использовать явно нелегальные методы (грубый уход от налогов, продажа фальсификатов

и т. п.), характерное для дискаунтеров существенное **понижение наценки относительно среднегогородского уровня невозможно без подключения значительной экономии затрат.**

Опыт показывает, что при грамотном и жестком управлении издержками вполне возможно снизить цену на 10–20% (и даже более) относительно среднерыночного уровня в основном за счет следующих направлений:

- минимизация площади зала и затрат на помещение (использование только прилавочного формата, расположение в дешевом «малопроходимом» месте и т. п.), мерчандайзинг и витринное оборудование для размещения выкладки;
- минимизация количества персонала и сокращение их зарплаты за счет жестко лимитированного сервиса: приемлемость значительных очередей, ограничение консультаций подбором синонимов/аналогов, разъяснениями по порядку приема и т. п.;
- сокращение постоянно поддерживаемого ассортимента: работа только с наиболее «ходовыми» позициями, концентрация на дорогостоящих препаратах, широкое использование продаж по предварительному заказу клиентуры.

Следует учитывать, что модель дискаунтера наиболее эффективна при ориентации на как можно более значительный охват клиентуры — всего города либо, по крайней мере, нескольких крупных городских районов. Это означает, что аптека-дискаунтер:

- должна находиться в месте с хорошей транспортной доступностью;
- осуществлять постоянную достаточно активную рекламу (обычно общегородскую) для целевой аудитории.

Хотя сегмент настоящих, «жестких» аптечных дискаунтеров пока развит слабо и в среднесрочной перспективе обладает существенным потенциалом роста (возможно, в разы), имеются также объективные ограничения данного направления:

- Как уже отмечалось, большинство аптечных покупателей в силу характера своих покупок (эпизодические и относительно небольшого размера) ориентированы больше на удобство распо-

ложения аптеки, сервис и широкий ассортимент, чем на минимальный уровень цены. Лишь около трети покупателей активно заинтересованы в модели дискаунтера.

- Обычные аптеки постепенно расширяют элементы модели дискаунтинга по дорогим товарам.
- Происходит перемещение операций дискаунтеров в область дистанционной торговли, где выше потенциал экономии (см. подробнее главу 8 «Дистанционные аптечные продажи»).

В более отдаленной перспективе (порядка 10 лет), вероятно, для сегмента дискаунтеров начнет действовать тенденция к сокращению: развитие лекарственного страхования и внедрение эффективных фармакоэкономических стандартов теоретически должно существенно снизить покупку лекарственных препаратов из личных средств граждан.

4.1.5. ПРИЕМ ВЫБОРОЧНОГО Понижения ЦЕНЫ НА ПОПУЛЯРНЫЕ ТОВАРЫ

Нередко для укрепления имиджа недорогой аптеки полезен прием выборочного понижения цены относительно конкурентов на популярные товары — как их часто называют, «маркерные», или «индикаторные». Особенно эффективно это бывает в «пограничных» ситуациях, когда есть признаки необходимости снижения стоимости, но они не носят ярко выраженного характера.

Выборочное понижение цены чаще всего бывает эффективным в сегменте до 200 руб., особенно в спальных аптеках. Уменьшение стоимости нескольких десятков (порядка 50) наиболее продаваемых (в натуральном выражении, т. е. в упаковках) позиций поможет создать имидж аптеки с низкими ценами, при этом сохранив рентабельность на практически неизменном уровне. Причиной этого в том, что покупатели недорогих товаров

часто отслеживают цены не на каждую позицию, а лишь на некоторые. То же самое в ряде случаев происходит и в ценовом сегменте 200–500 руб., поэтому в нем также оправдывает себя снижение стоимости на несколько десятков популярных товаров.

В сегменте от 500 руб. данный прием бывает целесообразен только для специфических аптек. Например, для аптек, ориентированных на пациентов крупных ЛПУ, нередко выгоднее поддерживать пониженные цены на ассортимент соответствующих госпитальных препаратов/изделий медицинского назначения, в то время как наценка на прочие позиции, выступающие в качестве своего рода «сопутствующего товара», может быть значительно выше.

Следует учитывать, что для большинства аптек выборочное понижение цен может лишь в определенной и не очень значительной степени «подкорректировать» ценовой имидж, но не радикально его изменить: как правило, резкие «перепады» в уровнях цен отдельной группы товара и его основной массы нецелесообразны. Например, если стоимость лекарств в аптеке заметно выше средней по городу, то не стоит пытаться посредством выборки создать имидж аптеки низких цен: это лишь приведет к неоправданным финансовым потерям.

4.1.6. ПОТЕНЦИАЛ ПОВЫШЕНИЯ НАЦЕНКИ НА ТОВАРЫ «КАЧЕСТВА ЖИЗНИ» И СОПУТСТВУЮЩУЮ ПАРАФАРМАЦИЮ

Чувствительность к цене товаров «качества жизни» в среднем довольно заметно понижена, так как они отличаются от товаров первой необходимости степенью важности или комфортностью применения. К типичным товарам «качества жизни» относятся:

- премиальная часть медтехники и детских товаров, отличающаяся от базовых моделей только удобством (миниатюрные автоматические тонометры и т. п.);
- препараты с более удобной лекарственной формой;
- «игровая» часть интим-товаров (презервативы со вкусами и т. п.).

Как своего рода препараты качества жизни можно также рассматривать оригинальные лекарственные средства, у которых после окончания патентной защиты появились дешевые дженерики.

Специфика ценового восприятия товаров «качества жизни» обусловлена тем, что основная группа их потребителей — более обеспеченная клиентура, среднестатистически меньше ориентированная на тщательный анализ цен вообще и товаров «качества жизни» в частности.

Аналогичное восприятие цены характерно и для сопутствующих товаров, не относящихся к «традиционно аптечным»: массовая гигиеническая продукция (товары для душа, ванны, бани, средства женской гигиены, уход за полостью рта, дезодоранты, салфетки и т. д.), напитки и т. п. Характерная черта данной категории — ее «нецелевое» и эпизодическое приобретение в аптеке.

С учетом описанной специфики для товаров «качества жизни» и сопутствующей продукции, как правило, имеется заметный потенциал формирования повышенных наценок — зачастую их размер может составлять порядка 30–50%, а на недорогие товары — в ряде случаев 50–100%.

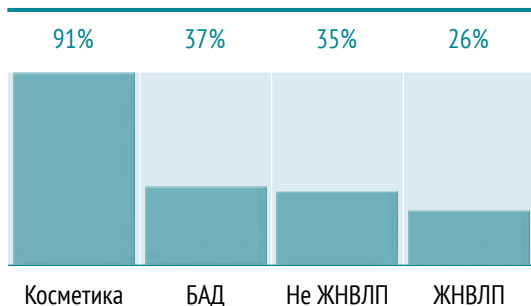
Однако многое зависит от особенностей аптеки, ее клиентуры и конкурентной среды. В частности, нередко аптека сталкивается с сильной «неаптечной» конкуренцией по многим видам парафармацевтики (товарам гигиены, косметике, презервативам и т. п.) со стороны близлежащих магазинов, оптовых рынков и др. В этой ситуации повышенная наценка на соответствующие категории ассортимента может быть нецелесообразной. Поэтому после первоначального установления наценки необходима ее итерационная «подгонка» по критерию максимизации прибыли. Шаг корректировки — в размере $\pm 30\%$ наценки.

4.1.7. НЕЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПОВЫШЕННЫХ НАЦЕНОК НА ПАРАФАРМАЦИЮ, БЛИЗКУЮ ПО ХАРАКТЕРУ К ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВАМ «ПЕРВОЙ НЕОБХОДИМОСТИ»

Большинство аптек «автоматически» устанавливает для многих категорий парафармации (в частности, косметики) значительно более высокие наценки, чем на лекарственные средства (см. таблицу 4.8).

Более детально рассмотреть ситуацию в разрезе ряда ассортиментных групп позволяют некоторые данные ЦМИ «Фармэксперт» (см. рисунок 4.3).

РИСУНОК 4.3. СООТНОШЕНИЕ УРОВНЯ РОЗНИЧНЫХ НАЦЕНОК НА КЛЮЧЕВЫЕ АССОРТИМЕНТНЫЕ ГРУППЫ АПТЕК В 2011 Г., %*



* Данные предоставлены центром маркетинговых исследований «Фармэксперт» по запросу автора.

Как видно из таблицы, в среднем наценка на косметику в 2–3 раза выше наценки на лекарственные средства (не ЖНВЛП) и БАД. Между тем, судя по опыту проведенных проектов, в значительной мере ассортимент парафармацевтики (основная часть косметики, изделия медицинского назначения, предметы ухода за больными, детский ассортимент и т. п.) воспринимается посетителями (в т. ч. в ценовом отношении)

ТАБЛИЦА 4.8. СОПОСТАВЛЕНИЕ НАЦЕНОК ПО ЦЕНЫМ СЕГМЕНТАМ РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ АПТЕЧНЫХ ТОВАРОВ*

Ценовые сегменты, руб.	Размеры наценок по ценовым сегментам в РФ в 2011 г., %	
	ЛС	парафармация
< 20	59,18	73,18
21–50	48,83	52,98
51–100	36,93	42,66
101–200	32,13	40,05
201–300	32,28	38,97
301–500	30,60	39,91
501–1000	29,88	39,92
1001–3000	27,23	37,44
3001–10000	24,55	35,97
>10000	24,09	25,40

* Данные предоставлены маркетинговым агентством DSM Group по запросу автора.

как товары, близкие по характеру к лекарственным средствам «первой необходимости». Соответственно, завышенные аптечные наценки на эту продукцию зачастую приводят к такому «торможению» его продаж, что это перекрывает прибыль от больших наценок.

С другой стороны, по ценовому восприятию мало чем отличаются друг от друга:

- эпизодически потребляемые товары: например, шампунь, покупаемый 2–3 раза в год, и противостудные, также приобретаемые 2–3 раза в год;
- товары «качества жизни»: например, премиальная косметика и многие оригинальные дорогостоящие лекарственные средства, имеющие вполне сопоставимые аналоги/синонимы, которые в 5–10 раз дешевле.

Таким образом, за пределами регулируемых ЖНВЛП принципиальный подход к ценообразованию парафармации и лекарственных средств должен быть одинаковым: различия лежат в области других параметров (уровень цен, регулярность покупки, степень важности потребления), по большому счету действующих однотипно для всех аптечных товаров.

4.2. СКИДКИ

Довольно большое количество аптек использует скидки неоправданно широко и, так сказать, щедро. В значительной степени это обусловлено попытками «перенять опыт» других направлений розничной торговли, в особенности торговли продовольственными товарами, которая, на первый взгляд, кажется похожей.

Однако уже упоминавшиеся ключевые коммерческие особенности аптечной торговли — относительно небольшой размер (в среднем 200–300 руб.) и эпизодичность покупок (для основной массы покупателей — 1–2 раза в месяц) — сильно снижают эффективность скидок, успешно применяемых в других розничных отраслях. В результате в значительном количестве случаев многие виды скидок — это неоправданное снижение рентабельности, поскольку лояльность и размер покупок большинства пользующихся ими посетителей находится в очень слабой зависимости от собственно скидок.

Для большинства покупателей удобство расположения аптеки и/или базовый уровень цены значительно важнее скидки (которая, как правило, в силу финансовых ограничений аптечного бизнеса не может превышать ~5%).

Другой фактор, который также следует иметь в виду, — скидки в определенной степени снижают эффективность доведения до покупателей ценовой политики. При сравнительном анализе цен (что можно осуществить, например, на существующих во многих крупных городах специализированных сайтах: www.medlux.ru,

www.medgorodok.ru, lek.nsk.ru/lekserch.html и т. п.) приоритетными для клиентуры оказываются прежде всего аптеки, привлекательные по уровню базовых цен без учета скидок. И именно для таких учреждений скидки являются эффективным способом привлечения покупателей. В аптеках, воспринимаемых как дорогие, основными посетителями являются клиенты с низкой ценовой чувствительностью, а скидки в таком случае будут чаще всего просто бесполезным снижением рентабельности.

Таким образом, скидки в аптечном бизнесе необходимо применять очень дозированно и осторожно, как сугубо вспомогательный инструмент «настройки» ценообразования на определенные сегменты посетителей.

4.2.1. СКИДКИ, НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ ДЛЯ АПТЕК

Ниже рассматривается ряд наиболее перспективных скидок, применимых для достаточно широкого круга аптек.

4.2.1.1. СКИДКИ ПРИ ЗАКАЗЕ ДЕФЕКТУРНЫХ ПОЗИЦИЙ

Использование льготных цен при заказе отсутствующих в ассортименте товаров позволяет дополнительно увеличить количество покупателей за счет тех, кто ориентирован на оптимизацию цены.

Как уже отмечалось в разделе 2.3 «Принятие заказа на дефектурные позиции», чтобы стимулировать покупателя к отказу от дальнейших поисков, целесообразно предоставить ему скидку обычно в следующем размере:

- для товаров стоимостью до 1000 руб. — порядка 5% (относительно цены при обычной для данной ассортиментной группы наценке);
- для товаров стоимостью свыше 1000 руб. — порядка 3% (относительно цены при обычной для данной ассортиментной группы наценке);
- для «супердорогих» товаров (свыше ~5 000–10 000 руб.) зачастую необходимы специальный анализ ценовой ситуации и индивидуальное определение возможной скидки.

При заказе дефектурных позиций подобные скидки вполне реальны и оправданны с экономической точки зрения, поскольку при такой продаже заметно снижается себестоимость операций за счет исключения издержек, связанных с хранением товара в аптеке. Важным преимуществом данной скидки выступает также ее довольно высокая избирательность: ее получают в основном те клиенты, которые действительно демонстрируют покупательскую лояльность.

Конкретные параметры скидки при работе с дефектурными позициями довольно сильно зависят от специфики клиентуры. В частности, если находится достаточно крупная группа (хотя бы несколько десятков) постоянных посетителей-хроников, заинтересованных в регулярных заказах товара за пределами постоянного ассортимента, цены для них могут быть дополнительно снижены. Таким образом, аптека может отчасти использовать модель дискаунтера относительно ассортимента, который сфокусирован на отдельной группе клиентов.

4.2.1.2. НАКОПИТЕЛЬНАЯ СКИДКА

Накопительная скидка — это скидка, уровень которой зависит от суммарного объема покупок клиента за определенный период (как правило, не менее квартала).

Главное преимущество накопительной скидки — значительная экономичность и высокая зависимость от уровня покупательской лояльности клиентов.

Для реализации накопительной скидки в настоящее время, как правило, наиболее эффективна карточная форма (с целью ее удешевления — штрихкодная). Встречавшиеся 10–15 лет назад упрощенные системы идентификации покупателей (бумажная «памятка» с индивидуальным штрихкодом, купонная форма) ушли по мере распространения карточных дисконтных систем и автоматизации аптек.

В карточном варианте, судя по опыту подобных проектов, обычно наиболее эффективны следующие параметры накопительной скидки:

- Порог, начиная с которого выдается карта и предоставляется скидка, — в интервале 500–1000 руб. В случаях, когда покупатель подходит близко, но не достигает нижней границы предоставления скидки, первостольники должны предлагать превысить этот уровень для получения карты/скидки.

Этот порог должен быть достаточно высоким. Как показывает опыт, при желании значительная часть покупателей без особых усилий может за короткий срок временно увеличить свои покупки примерно до уровня 2-месячных (за счет регулярно покупаемых товаров — при хронических заболеваниях, ряда видов парафармации и т. п.). Такая консолидация покупок **во времени** ведет к незначительному увеличению общего объема продаж в аптеке (так как большинство этих покупок все равно было бы сделано, только позже), и скидки в такой ситуации идут аптеке в основном в убыток.

Вместе с тем этот порог должен быть реально достижим для большинства посетителей за счет совершения покупок, «разбросанных» по нескольким аптекам, в одном месте.

- Размер начальной скидки — 2–3% от всех покупок, сделанных после достижения порога.

Принцип экономности очень важен для любой аптечной скидки, в т. ч. для накопительной. Следует учитывать, что при более высокой скидке увеличиваются косвенные потери от уменьшения стоимости покупок тех посетителей, которые в любом случае покупали бы «выше порога» (опыт проведения консультационных проектов показывает, что нередко на них приходится до 30% оборота).

- По мере роста накопленной суммы скидка также может увеличиваться, обычно в пределах 5% — более значительная скидка чрезмерно снижает рентабельность продаж.

- Целесообразно установить срок действия скидки как длительной, но разовой акции — в пределах года. Конкурентная среда и прочие параметры аптечного рынка весьма динамичны, поэтому нежелательно брать на себя долгосрочные обязательства, ведь их нарушение весьма негативно влияет на от-

ношение клиентов к аптеке. Однако в случае увеличения оборота действие скидки можно продлить.

Вероятность эффективности накопительной скидки значительно повышается для крупной сети со значительным количеством «проходимых» аптек: возможность консолидации большей части покупок клиентуры в рамках сети значительно выше.

В текущих условиях низкой рентабельности аптечного бизнеса во многих случаях накопительная скидка оказывается все же финансово неэффективной. Поэтому, как правило, сначала следует запустить годовой пилотный проект с предоставлением дисконтных карт, ограниченный 500–1 000 экземплярами, что позволит охватить достаточно большую и репрезентативную группу покупателей. На основе анализа пилотного проекта (сравнение динамики среднего чека и количества чеков с предыдущим периодом и сопоставимыми аптеками) по итогам года может быть сделан вывод о целесообразности полномасштабного внедрения накопительной скидки.

4.2.1.3. СКИДКИ В ПЕРИОДЫ НЕВЫСОКОЙ ПОСЕЩАЕМОСТИ

Для аптек с ярко выраженными пиками посещаемости (особенно спальных) нередко эффективны скидки порядка 3–5 % в наименее загруженное время, которые ориентированы на привлечение и перераспределение во времени менее занятой и вместе с тем чувствительной к ценам части клиентуры: пенсионеров, домохозяек и т. п. На работающую клиентуру данная скидка обычно влияет слабо.

В ряде случаев, несмотря на снижение рентабельности, прибыль в периоды таких скидок может возрасти за счет увеличения продаж. Однако часто более существенным оказывается косвенный эффект: более равномерное распределение спроса в течение дня и снижение пиков посещаемости в конечном счете способствует тому, что в аптеке начинают чаще делать покупки более обеспеченные клиенты.

Вместе с тем следует учитывать, что данные скидки оказываются эффективными далеко не всегда даже в спальных аптеках с ярко выраженными пика-

ми посещаемости. Внедрению скидок данного типа должен предшествовать анализ:

- длины очередей и ее распределения во времени в течение недели и дня, поскольку должно учитываться количество посетителей, отказывающихся от покупки из-за очередей;
- состава посетителей — доли более свободной и вместе с тем чувствительной к ценам части клиентуры: пенсионеров, домохозяек и т. п.

В случае предварительного вывода о перспективности скидок в периоды невысокой посещаемости обычно целесообразно введение пилотного проекта в качестве разовой акции длительностью 2–3 месяца, по результатам которого (внутридневное и внутринедельное перераспределение посещаемости, динамика количества чеков и среднего чека) делается окончательный вывод о принципиальной эффективности скидки, ее уровне, периодах предоставления.

4.2.2. ПОПУЛЯРНЫЕ СКИДКИ, ЧАСТО ЯВЛЯЮЩИЕСЯ НЕЭФФЕКТИВНЫМИ

4.2.2.1. ДИСКОНТНЫЕ КАРТЫ С ФИКСИРОВАННОЙ СКИДКОЙ

В последние 10–15 лет получили широкое распространение дисконтные карты, обеспечивающие их обладателям постоянную скидку (обычно 5 %) с каждой покупки в аптеке или сети. Как правило, они предоставляются клиентам, совершившим более или менее крупную разовую покупку (примерно от 500–1 000 руб.), или в период разовых промо-акций, при открытии новой аптеки и т. п.

Карты с фиксированной скидкой в определенной степени действительно стимулируют лояльность: когда рядом стоят две примерно одинаковые аптеки, наличие у покупателя карты одной из них будет дополнительным аргументом в ее пользу. Однако ситуация «рядом стоят две примерно одинаковые аптеки» встречается довольно редко (хотя бы потому, что аптеки обычно не располагаются совсем рядом друг с другом). Чаще покупателю приходится делать другой выбор:

- При небольших покупках до 300–500 руб. ищется самая привлекательная аптека — в основном по местоположению, в случае нетипичной покупки — также по широте ассортимента, способности аптекарей к эффективной консультации, репутации аптеки. По возможности большинство покупателей при этом старается избегать аптек, считающихся дорогими. Что же касается выигрыша от скидки в 5%, он обычно при этом игнорируется или принимается во внимание в последнюю очередь.

- При дорогостоящих покупках зачастую целенаправленно ищется (по телефону или Интернету) приемлемая цена — если не самая низкая, то хотя бы близкая к среднегородской. При этом поиск опять же происходит, прежде всего, с учетом местоположения и в основном не зависит от скидок: большинству покупателей хорошо известно, что многие дешевые аптеки не предоставляют скидок, т.е. скидка — отнюдь не признак низкой цены.

Безусловно, есть некоторое количество покупателей, на которых магически действует само слово «скидка», а дисконтная карта греет сердце вне зависимости от ее реальной полезности. Однако таких клиентов, как правило, немного. Это легко можно проверить соответствующим опросом аптечных покупателей в вашем городе, поинтересовавшись у них, как они выбирают аптеку.

Таким образом, в большинстве случаев карты с фиксированной скидкой — это просто подарок клиентам соответствующего процента цены без особой пользы для аптеки. Как правило, такие карты имеет смысл либо аннулировать, либо для минимизации негативной реакции клиентуры трансформировать в более экономные и обеспечивающие более тесную увязку с покупательской активностью клиента карты с накопительной скидкой, которая на начальных уровнях составляет не больше 2–3% (см. раздел 4.2.1.2 «Накопительная скидка»).

4.2.2.2. ОПТОВАЯ СКИДКА

Простая оптовая скидка — это скидка любому покупателю при покупке свыше определенной стоимости.

Она довольно часто встречалась до середины 2000-х годов, видимо, в связи со слабым развитием информатизации аптек и карточных дисконтных систем, из-за чего проблематично было использовать более эф-

фективную накопительную скидку. В небольших населенных пунктах оптовая скидка встречается до сих пор.

Главный недостаток данной скидки почти такой же, как у карты с фиксированной скидкой, — неэкономность. Значительная доля постоянных посетителей может просто консолидировать покупки в данной аптеке **во времени**, что не ведет к увеличению общего объема их затрат и росту оборота аптеки. В то же время клиенты с низкой ценовой чувствительностью будут совершать крупные покупки и без скидки. В результате по большей части простая оптовая скидка — это подарок покупателям, не имеющий значимого положительного эффекта.

Основываясь на опыте консультационных проектов, можно заключить, что при обычном значении скидки в 5% она оказывается финансово неэффективной: для аптек с чистой рентабельностью до 10%, как правило, **суммарные потери от простой оптовой скидки превышают выигрыш от нее, то есть, как правило, данная скидка нецелесообразна.**

4.2.2.3. СКИДКА ДЛЯ ПЕНСИОНЕРОВ

Эта скидка часто предоставляется по примеру конкурентов, без проведения достаточно тщательного анализа. Если отвлечься от исключительно социального аспекта благотворительности, не являющегося предметом данной книги, в большинстве случаев скидка данного вида экономически неэффективна: падение рентабельности по покупкам пенсионеров в размере скидки обычно значительно превышает прибыль от незначительного прироста спроса.

Кроме того, в случае отсутствия ограничений по времени предоставления в течение недели или дня данная скидка нередко приводит к увеличению очередей и, соответственно, к снижению посещаемости со стороны более платежеспособной клиентуры.

Как показывает опыт, скидки для пенсионеров в отдельных случаях (если соответствующий контингент значителен) целесообразно предоставлять:

- преимущественно в спальных аптеках;
- в определенные, свободные от посетителей периоды времени (в середине рабочего дня и в воскресенье).



При первых симптомах простуды! Для всей семьи.

- Комплексный подход к лечению простуды и гриппа
- Действует быстро, не повреждает слизистую оболочку желудка
- Входит в TOP-5 противопростудных препаратов*
- Разнообразные вкусы и формы выпуска
- Есть детская форма – с 3 лет

* входит в TOP-5 комбинированных симптоматических противопростудных препаратов (январь-июнь 2012, розничный аудит DSM Group)



ГРАМОТНАЯ ВЫКЛАДКА – УСПЕШНАЯ АПТЕКА!





МЕРЧАНДАЙЗИНГ

5.1. ОПТИМИЗАЦИЯ ВЫКЛАДКИ В РАМКАХ НАЛИЧНОЙ ВИТРИННОЙ ПЛОЩАДИ	90
5.1.1. ВЫЯВЛЕНИЕ И ОЦЕНКА ЕМКОСТИ «РЕАЛЬНОЙ» ВИТРИННОЙ ПЛОЩАДИ	90
5.1.2. ОТБОР ЭФФЕКТИВНОЙ НОМЕНКЛАТУРЫ ВЫКЛАДКИ, СБАЛАНСИРОВАННОЙ С ВИТРИННОЙ ПЛОЩАДЬЮ	91
5.1.3. ФОРМИРОВАНИЕ КАТЕГОРИЙ И РУБРИКАТОРОВ	92
5.1.3.1. СТРУКТУРА СИСТЕМЫ КАТЕГОРИЙ	92
5.1.3.2. РУБРИКАТОРЫ	94
5.1.4. РАЗМЕЩЕНИЕ ВЫКЛАДКИ ПО МЕРЧАНДАЙЗИНГОВЫМ ЗОНАМ	95
5.2. ОПТИМИЗАЦИЯ РАЗМЕРОВ ВИТРИННОЙ ПЛОЩАДИ В ОТДЕЛЬНЫХ АПТЕКАХ	97
5.3. ФОРМИРОВАНИЕ ВЫКЛАДКИ ОТКРЫВАЮЩИХСЯ АПТЕК	99

С середины 90-х годов аптечный сектор в значительной степени развивается «под знаком мерчандайзинга»¹ — многие аптечные учреждения (особенно сети) уверовали в его значительное влияние на продажи. Отчасти это было обусловлено объективными факторами: гораздо более обширная и разнообразная, чем в советские времена, выкладка действительно способствовала увеличению спроса, особенно в части парафармазии. Кроме того, в ряде случаев положительный результат давало внедрение формата самообслуживания, в рамках которого роль выкладки значительно возросла.

Тем не менее в целом для отечественной аптечной отрасли возможности мерчандайзинга были явно переоценены. В связи с этим в настоящее время у многих аптек слишком обширные витрины и залы, не соответствующие интересу к выкладке основной массы посетителей.

Лишь в последние несколько лет, в т. ч. под давлением кризиса, стало формироваться более адекватное понимание роли и места аптечного мерчандайзинга — как инструмента, сильно зависящего от специфики клиентуры (количества, разнообразия, потребительских ориентаций, платежеспособности и др.) и в большинстве случаев весьма ограниченно по результативности.

Данная глава освещает вопросы мерчандайзинга, наиболее актуальные для большинства аптек и преимущественно ориентированные на прилавочный формат. Некоторые специфические аспекты мерчандайзинга рассмотрены также в главе 7 «Специфика и перспективы открытого доступа».

¹ Поскольку термин «мерчандайзинг» употребляется в различных значениях, необходимо уточнить, что в данной книге под мерчандайзингом понимается методология выкладки товара в торговом зале.

5.1. ОПТИМИЗАЦИЯ ВЫКЛАДКИ В РАМКАХ НАЛИЧНОЙ ВИТРИННОЙ ПЛОЩАДИ

По опыту моих консультационных проектов, могу утверждать, что в инициативном порядке интерес к выкладке обычно проявляет не более 10–20% аптечных посетителей. В ряде аптек, особенно крупнейших городов, а также в случае особого акцента на парафармазию, интерес к витринам выше, но доля таких аптек невелика.

Соответственно, для большинства (80–90%) аптек, как правило, вполне достаточно витринной емкости порядка 500–1500 артикулов, каковой она обычно и бывает. Однако зачастую эти витрины используются малоэффективно, поскольку значительная часть выложенного товара:

- расположена недостаточно удобно и наглядно для посетителей;
- не является приоритетной для выкладки с точки зрения стимулирования спроса;
- находится на местах, не соответствующих приоритету (потенциальной прибыли от продаж) данного товара.

5.1.1. ВЫЯВЛЕНИЕ И ОЦЕНКА ЕМКОСТИ «РЕАЛЬНОЙ» ВИТРИННОЙ ПЛОЩАДИ

Большинство аптек подходит к проектированию и использованию витрин довольно формально: если оборудование называется витринным, оно используется в этом качестве «по максимуму» — без трезвой

оценки того, в какой степени выложенный в нем товар доступен для обзора посетителями.

Между тем, по моему опыту, в среднем порядка 10–20% (в ряде случаев до 30%) площади аптечных витрин по разным причинам не обеспечивают клиентуре достаточно удобного обзора:

- полки наиболее распространенных аптечных витрин стеллажного типа, ниже ~1 м и выше ~1,7 м, могут быть использованы только для 1–2 рядов выкладки товара, так как для большинства посетителей остальное пространство полки находится вне зоны видимости. Нередко такие полки слишком глубоки даже на комфортном для человека уровне высоты, около 1,5 м: при глубине полки порядка 0,5 м часть аптечного ассортимента у задней стенки видна недостаточно хорошо;
- некоторые аптеки активно используют в качестве витрин шкафы за спиной первостольников. Отчасти это возможно (для крупных, хорошо узнаваемых упаковок типа памперсов, минеральной воды и т. п.), однако для основной массы аптечного товара в силу его небольшой величины эффективна выкладка в пределах порядка 0,5 м от глаз посетителей;
- у части аптек неудобная конфигурация зала: до некоторых витрин подавляющее большинство клиентуры не добирается, особенно до «закоулков» в стороне от основной траектории движения посетителей «вход — прилавок».

Поэтому, как правило, аптеке необходима реалистичная оценка и, так сказать, «ревизия» витринных площадей, чтобы выяснить, какая их часть действительно может применяться для представления, а не хранения товара.

После этого возможна **оценка реальной витринной емкости — определение количества позиций, которые могут быть эффективно выложены при наличной площади на основе пересчета артикулов существующей выкладки**. Несмотря на возможность существенной коррекции состава выложенных товаров (см. разделы ниже), такая оценка емкости витрин обычно не очень чувствительна к конкретным артикулам, заполняющим витрины, и оказывается приемлемой по точности.

5.1.2. ОТБОР ЭФФЕКТИВНОЙ НОМЕНКЛАТУРЫ ВЫКЛАДКИ, СБАЛАНСИРОВАННОЙ С ВИТРИННОЙ ПЛОЩАДЬЮ

Большинство аптек осуществляют мерчандайзинг «на интуитивном уровне», без четких критериев и процедур. Чаще всего в составе выкладки оказываются приоритетными:

- **Парафармация**, на которую даже в прилавочных аптеках приходится порядка 50% емкости витрин. Действительно, парафармацевтика относится к числу категорий, продажи которых наиболее чувствительны к выкладке. Вместе с тем нельзя забывать, что парафармация в среднем занимает около 20–25% оборота аптеки. Большинство посетителей приходит в аптеку за лекарствами — соответственно, им и должно отводиться ключевое место в выкладке.
 - **Дорогостоящие товары**. В таком подходе также имеется рациональное зерно, поскольку нередко дорогие товары обеспечивают неплохую прибыльность. Однако прямой связи между уровнем цены и прибыльностью товаров нет, многие недорогие товары значительно обгоняют их по общему объему продаж и прибыли.
 - **Наиболее «ходовые»** (по количеству продаваемых упаковок) **позиции**. Такой подход призван информировать покупателей о наличии популярных препаратов, однако это малоэффективно, поскольку многие из них не принадлежат к числу лидеров по прибыльности. К тому же основная масса посетителей предпочитает выяснять наличие не по витринам, а у первостольников.
 - **«Залежавшиеся» товары**. Этот прием также обычно оказывается нерезультативным, поскольку выкладка в наибольшей степени стимулирует продажи достаточно известных покупателям товаров.
- Первым шагом оптимизации выкладки является выделение из всего ассортимента номенклатуры товаров, продажи которых существенно зависят от их представленности на витрине:**

- **лекарственные средства и БАД, которые могут быть куплены в режиме импульсного (незапланированного) спроса, — для лечения банальных заболеваний (простуда, изжога, болеутоляющие и т. п.) или хроническими больными в порядке регулярной покупки.** В определенной степени это вопрос экспертной оценки, однако в средней аптеке таких позиций — порядка нескольких сотен;
- **прочие товары, вид которых стимулирует посетителей к покупке: косметика, детские товары, медтехника, интим-товары и т. п.** Данная категория покрывает почти всю парафармацию (за исключением специфических изделий медицинского назначения и предметов ухода за больными, которые в основном покупаются разово и по необходимости).

Напротив, **препараты, которые приобретаются преимущественно по назначению врача и нерегулярными курсами, выкладывать обычно бесполезно.** С одной стороны, посетители, не имеющие четкой рекомендации врача, на присутствие подобных препаратов «не прореагируют». С другой — клиент, ориентированный на конкретную покупку, даже при отсутствии соответствующего средства на витрине поинтересуется о его наличии у первостольника. К такой группе товаров относятся: большинство противомикробных препаратов (антибиотики, сульфаниламиды и т. п.), системных фунгицидов и т. п.

Следует подчеркнуть, что **при отборе номенклатуры для выкладки формальный критерий «безрецептурности» препарата играет второстепенную роль:**

- выкладка рецептурных средств хотя и ограничена законодательством, однако на практике вполне оправдана для препаратов регулярной покупки при лечении хронических заболеваний (желудочно-кишечных, сердечно-сосудистых, при болезнях суставной ткани, при эректильной дисфункции, герпеса и т. д.), а также для гормональных противозачаточных и т. п.;
- с другой стороны, нецелесообразна выкладка ряда препаратов с безрецептурным статусом в силу их небезопасности и/или высокой зависимости их применения от рекомендаций врача. Типичный пример — висмута трикалия дицитрат и т. п.

Из отобранной номенклатуры, продажи которой существенно зависят от выкладки, рекомендуется экспертно выбрать несколько (обычно 2–3) категорий, особенно чувствительных к импульсному спросу (например, косметика, средства для похудения и т. п.), для их выкладки в приоритетном порядке (подробнее см. раздел 5.1.4 «Размещение выкладки по мерчандайзинговым зонам»).

Из оставшейся номенклатуры по итогам последнего (полного) месяца необходимо выбрать артикулы-лидеры по прибыльности в количестве 80–90% витринной емкости. При этом, несмотря на разных производителей, как идентичные целесообразно рассматривать близкие по цене дженерики с непатентованными наименованиями («Парацетамол», «Цитрамон», «Корвалол», «Аллохол», «Ацикловир» и т. д.), поскольку потребители их обычно не различают.

Товары, приоритетная выкладка которых субсидируется компаниями-производителями, рекомендуется рассматривать по общему критерию прибыльности, считая субсидии за часть выручки и распределяя их равномерно по всем спонсируемым артикулам. Соответственно, если субсидии слишком малы и такие товары не попадают в лидеры по прибыльности, то их приоритетная выкладка нецелесообразна.

5.1.3. ФОРМИРОВАНИЕ КАТЕГОРИЙ И РУБРИКАТОРОВ

5.1.3.1. СТРУКТУРА СИСТЕМЫ КАТЕГОРИЙ

Одна из наиболее типичных проблем аптечного мерчандайзинга — **неэффективная категоризация и рубрикация выкладки.** Зачастую ряд важнейших категорий не выделен либо малозаметен. Особенно остро стоит этот вопрос для лекарственных средств и БАД: **основные категории выкладки лекарственных средств и БАД обязательно должны быть понятными для посетителей и четко обозначенными.**

В противном случае витрины с лекарствами превращаются в чисто декоративный элемент интерьера, поскольку подавляющее большинство покупателей не способно в них сориентироваться без «путеводителя» в виде удобной системы рубрик.

В большинстве аптек в качестве основы структуризации лекарственных средств и БАД можно использовать следующие категории/рубрики:

- Витамины и минеральные добавки
- Желудочно-кишечные средства
- Средства при простудных заболеваниях
- Болеутоляющие
- Противоаллергические средства
- Средства при болезнях позвоночника и хрящевой ткани
- Средства при болезнях кожи, волос и ногтей
- Средства при болезнях почек, мочевыводящих путей и простаты
- Средства для похудения
- Средства, повышающие мужскую потенцию
- Средства при болезнях сердца и сосудистой системы

Как уже отмечалось в предыдущем разделе, прежде всего, рекомендуется экспертно (на основе своего опыта) сформировать несколько категорий, особенно чувствительных к импульсному спросу (например, косметевтика, средства для похудения и т. п.), общим объемом около 10–20% витринной емкости.

Прочие категории формируются из числа зависящих от выкладки артикулов-лидеров по прибыльности. Если в какой-либо из выделенных в результате отбора по прибыльности категорий оказывается менее 5 артикулов — ее целесообразно дополнить несколькими самыми продаваемыми позициями данной категории. Полный отказ от какой-либо из таких категорий/рубрик редко себя оправдывает, в основном в аптеках с совсем маленькой витринной площадью.

Ряд препаратов с широким спектром действия полезно дублировать в нескольких категориях: например, некоторые нестероидные противовоспалительные (парацетамол и т. п.) — и как противопростудные (жаропонижающие), и как болеутоляющие и т. п.

Во многих аптеках в зависимости от витринной площади и специфического состава препаратов-лидеров по прибыльности перечисленный выше минимальный набор рубрик может быть дополнен и расширен. Например, нередко оказывается целесообразным:

- в категории «Желудочно-кишечные средства» выделить «Слабительные», «Закрепляющие», в категории «Витамины и минеральные добавки» — «демографические» субкатегории (по полу, возрасту) и т. п.;
- дополнительно сформировать категории «Гормональные противозачаточные средства», «Венотонирующие» и т. п.

Особенности российского нормативного регулирования² обуславливают необходимость частичной «параллельной» категоризации и рубрикации. Дело в том, что законодательство требует отдельной выкладки:

- лекарственных средств для наружного и внутреннего применения;
- лекарственных средств и БАД.

С практической точки зрения, в ряде аспектов это довольно спорно и неудобно, особенно для таких категорий, как, например, «Витамины и минеральные добавки», «Средства для похудения», «Средства при болезнях позвоночника и хрящевой ткани», «Средства при болезнях кожи, волос и ногтей». Содержательное различие между лекарственными средствами и БАД в целом ряде категорий (витамины и минеральные вещества, многие препараты растительного происхождения и т. п.) провести трудно. Тем более что все чаще лидеры рынка БАД используют стандарты качества, не уступающие принятым в фармацевтической промышленности (GMP).

Тем не менее правила отдельной выкладки приходится соблюдать в той или иной степени. Надзорные органы зачастую не придираются «по мелочи» (скажем, в категории «Витамины и минеральные

² Выкладка товара на витринах должна соответствовать требованиям, которые установлены в Отраслевом стандарте «Правила отпуска (реализации) лекарственных средств в аптечных организациях. Основные положения» (Приказ Минздрава РФ от 4 марта 2003 г. № 80).

П. 6.11 Правил устанавливает: для информации о лекарственных препаратах и других товарах, разрешенных к отпуску из аптечных организаций, могут быть использованы витрины различного типа, где выставляются лекарственные препараты, отпускаемые без рецепта врача, и образцы имеющихся товаров. Лекарственные препараты для внутреннего употребления и для наружного применения на витринах размещаются отдельно. Внутри групп лекарственные препараты располагаются по фармакотерапевтическому признаку (прим. **Андрея Колесникова**, юристконсульта ЗАО НПК «Катрен»).

добавки» обычно «уживаются» и лекарственные средства, и БАД), но все-таки в основном наружные лекарственные формы и БАД должны быть представлены отдельно.

При осуществлении предписанной законом раздельной выкладки, аптеки, к сожалению, нередко делают типовую ошибку: выделяются специальные витрины под рубриками «Наружные лекарственные формы» и «Биологически активные добавки», куда помещаются соответствующие препараты без дополнительной рубрикации — и считается, что этого достаточно. Несмотря на то что товар в таких витринах размещен обычно не совсем хаотично, а более или менее в соответствии с нозологическими категориями, обычному посетителю разобраться в подобной витрине без «путеводных» рубрик нереально, то есть такая выкладка практически бесполезна.

Соответственно, **в витринах с наружными лекарственными формами и БАД необходимо в обязательном порядке выделять дублирующие категории/рубрикаторы, аналогичные уже существующим для прочей лекарственной выкладки.** Обычно таких «параллельных» рубрикаторов в силу ограниченности номенклатуры требуется немного: порядка трех-пяти.

При наличии таких дополнительных категорий, как «Травы и лекарственные чаи», «Сиропы и бальзамы» и др., также целесообразна дублирующая рубрикация по нозологическим/фармакотерапевтическим категориям.

Для большинства аптек в качестве основы полезен следующий базовый набор укрупненных категорий парафармации (кроме уже рассмотренных БАД):

- Лечебная косметика
- Средства гигиены (товары для душа, ванны, бани, средства женской гигиены, уход за полостью рта, дезодоранты и т. п.)
- Медицинские приборы и инструменты
- Предметы ухода и средства реабилитации (судна, подгузники для взрослых, костыли)
- Перевязочные материалы (бинты, пластыри)

- Презервативы и «интим-товары» (лубриканты и др.)
- Детские товары (детское питание, приспособления для кормления и ухода, товары для беременных и кормящих матерей, игрушки)
- Продукты диетического питания
- Минеральная вода

Следует учитывать, что спрос на парафармацию значительно более вариативен по сравнению с лекарственными средствами. В некоторых аптеках отдельные из перечисленных категорий (например, «Предметы ухода и средства реабилитации») почти не пользуются спросом. А иногда, напротив, весьма полезными оказываются дополнительные «нишевые» категории (например, прохладительные напитки, декоративная косметика).

В ряде категорий парафармации (прежде всего, косметика, средства гигиены, детские товары и т. п.) в том или ином варианте эффективна выкладка по производителям — торговая марка производителя по данным товарам выступает важным критерием выбора.

Для наиболее известных брендов элитной косметики важность группировки по торговым маркам производителей даже приоритетнее группировки по типу продукции: при наличии достаточной площади оправданно размещение таких брендов отдельно от прочей, более «массовой» косметики. Однако в большинстве случаев целесообразнее выделить часть самых раскрученных марок в рамках определенного вида продукции.

5.1.3.2. РУБРИКАТОРЫ

Часто встречающиеся «фармакологически корректные» рубрикаторы («Лекарства против эректильной дисфункции», «Гипотензивные», «Офтальмологические», «Антациды», «Антигистаминные» и т. п.) неэффективны: своей непонятностью они от-

Формулировки рубрикаторов должны быть понятны для обычных людей.

талкивают многих посетителей. Во избежание этого могут быть использованы названия категорий лекарств и БАД, приводившиеся в предыдущем разделе.

Для основной массы парафармации (кроме БАД) часто необязательны рубрикаторы по видам продукции — посетители без труда находят нужный товар по его внешнему виду. Однако в ряде случаев рубрикаторы полезны и для парафармации:

- в больших аптеках, площадью свыше ~30–40 кв. м, с обширной выкладкой: для лучшей ориентации в зале применяется так называемая «навигация», дополнительные рубрикаторы выше человеческого роста;
- если категория велика (десятки позиций) и часть специфического товара в ней может «затеряться» (например, специальные средства для десен — среди «массовых» средств ухода за полостью рта).

Специальные рубрикаторы по брендам обычно целесообразны только для наиболее раскрытых торговых марок парафармации. При этом важно, чтобы рубрикаторы были хорошо заметны.

В частности, для обычных, размещаемых в витринах наименований категорий рекомендуется шрифт высотой не менее 2–3 см (в зависимости от высоты стеллажей), который должен быть выполнен насыщенным ярким цветом и хорошо контрастировать с фоном. В целом необходимо, чтобы рубрикаторы хорошо контрастировали с витринами по цветовой гамме. «Навигационные» рубрикаторы (выше уровня роста) для общей ориентации в зале должны быть по крайней мере в разы крупнее витринных, однако их конкретный размер необходимо определять с учетом величины зала.

Рубрикаторы по брендам выполняются, как правило, за счет производителя и в «фирменном» стиле. Однако не всегда типовые рубрикаторы производителей хорошо вписываются в конкретную выкладку — нужно проконтролировать, чтобы они были действительно заметными, иногда бывает полезно скорректировать их цвет и размер (в т. ч. с учетом отношения к другим брендам).

5.1.4. РАЗМЕЩЕНИЕ ВЫКЛАДКИ ПО МЕРЧАНДАЙЗИНГОВЫМ ЗОНАМ

Первичное ранжирование приоритетов пространственно выделенных зон выкладки (полка, подставка и т. п.) производится по критерию **заметности/удобности расположения для посетителей**. Это ранжирование во многом интуитивно. Однако все же имеются достаточно ясные ориентиры приоритетности зон прилавочной выкладки³:

- близость к кассам;
- расположение товара по высоте.

Часто можно встретить мнение, что привлекательность зоны выкладки сильно зависит от близости к прилавку. Для лекарственных средств и БАД в значительной степени это действительно так. Однако для многих видов парафармации (детские товары, косметика, средства гигиены, презервативы и интим-товары, медтехника и т. п.) выкладка в некотором отдалении от прилавка вполне приемлема и даже предпочтительна, поскольку нередко покупатели хотя и внимательно и не торопясь ознакомиться с выкладкой таких товаров, что бывает не очень удобно делать у прилавка (особенно в небольших аптеках).

Касательно расположения товара по высоте — для основной части аптечного ассортимента полезна градация, учитывающая, в частности, средний рост женщин в России (160–165 см), которые составляют около 70 % посетителей аптек (см. [таблицу 5.1](#)).

Для оценки зон выкладки на практике обычно наиболее удобна 4-балльная шкала:

- лучшие места 4 балла
- хорошие места 3 балла
- средние места 2 балла
- худшие места 1 балл

Результат ранжирования необходимо письменно фиксировать для возможности проводить регуляр-

³ О специфических приоритетах зонирования при открытом доступе см. также главу 7 «Специфика и перспективы открытого доступа».

ТАБЛИЦА 5.1. ОЦЕНКА ПРИВЛЕКАТЕЛЬНОСТИ ПОЛОК ВИТРИНЫ ДЛЯ ВЫКЛАДКИ

Уровень от пола, м	Характеристика привлекательности для выкладки
выше ~1,8	малопривлекательно для выкладки
-1,3-1,8	наиболее привлекательный диапазон высоты для выкладки
~1-1,3	высота для выкладки средней привлекательности
ниже 1	малопривлекательно для выкладки (за исключением крупных упаковок – памперсов и т.п.)

ный мониторинг (рекомендуемый формат фиксации см. в [таблице 5.2](#)).

Перед размещением категорий по приоритету прибыльности у каждой кассы в одном из лучших мест — целесообразно резервировать небольшую зону для внекатегорийной «сборной солянки», включающей позиции, наиболее прибыльные и максимально подверженные импульсному спросу. Поскольку такие группы препаратов очень разнообразны по нозологическому составу (обычно по 1–2 позиции желудочно-кишечных, болеутоляющих, противовоспалительных и др. средств), они должны быть небольшими, порядка 10 позиций, иначе покупатель будут теряться в слишком «пестром» наборе товаров.

Далее необходимо выделить место для ранее отобранных категорий, особо чувствительных к импульсному спросу (порядка 10–20% витринной площади): элитная косметика, средства для похудения и т. п. Косметика, как уже отмечалось, может быть выставлена поодаль от прилавка.

Наконец, после этого осуществляется размещение прочих категорий по зонам мерчендайзинга по следующему алгоритму (сверху вниз):

- самую прибыльную категорию поместить в одну из зон с высшим баллом;
- следующую по прибыльности категорию расположить в зоне с высшим среди оставшихся полок баллом; и т. д.

Основную часть (~80–90%) выкладки целесообразно размещать в соответствии с приоритетом прибыли (по суммарной величине прибыли от выложенных в категории товаров) в наиболее приоритетных зонах.

В целом при такой схеме расположения товаров обычно обеспечивается сбалансированность количества выложенных позиций и витринной площади (на уровне $\pm 10\%$). Это обусловлено тем, что изначально выкладка отбиралась в размере, соответствующем емкости витринной площади (см. раздел 5.1.2 «Выбор эффективной номенклатуры выкладки, сбалансированной с витринной площадью»). Окончательная «доводка» выкладки осуществляется уже «на глазок», путем добавления наиболее прибыльных/изыятия наименее прибыльных артикулов в тех категориях, в которых возникают проблемы с пропорциями сбалансированности.

Полезным инструментом уточнения приоритета зон также является «пробный» обмен местами категорий близких размеров. По результатам такой «ротации» иногда происходит увеличение продаж и прибыли отдельных категорий более чем на 20%.

Поскольку прибыльность многих категорий сильно зависит от сезона, размещение категорий необходимо корректировать в соответствии со сменой зимнего/летнего периода, то есть 2 раза в год.

ТАБЛИЦА 5.2. ФОРМАТ ФИКСАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ РАНЖИРОВАНИЯ ЗОН ВЫКЛАДКИ

Единица оборудования (витрина, стеллаж, стойка и т.п.)	Зоны, входящие в данную единицу оборудования (полка, подставка и т.п.)	Ранг зоны выкладки в баллах
Витрина №1	Полка №1	
	Полка №2	
	...	
	Подставка А	
	Подставка Б	
	...	
...		

Размещение артикулов в рамках категорий также, по возможности, целесообразно осуществлять по приоритету их прибыльности. Однако для небольшой по пространству зоны, вмещающей обычно максимум 30–50 артикулов, это имеет не очень существенное значение — важнее группировка лекарств по нозологическим/фармакотерапевтическим субкатегориям, а для парафармации — по брендам.

5.2. ОПТИМИЗАЦИЯ РАЗМЕРОВ ВИТРИННОЙ ПЛОЩАДИ В ОТДЕЛЬНЫХ АПТЕКАХ

По моему опыту, примерно у трети аптек размеры витринной площади существенно не соответствуют маркетинговым параметрам локального рынка:

- у значительной доли спальных аптек витринная площадь слишком велика и совершенно не соответствует весьма слабому интересу к выкладке среди их клиентуры (на 90% состоящей из 2000–5000 местных жителей);
- в 10–20% проходимых аптек выкладка слишком мала: в силу высокой посещаемости велико количество заинтересованных в выкладке посетителей, причем спектр их интересов также весьма широк.

Таким образом, в подобных случаях целесообразна корректировка витринной площади.

Если не менее 20–30% посетителей аптеки демонстрируют устойчивый инициативный интерес к выкладке, при дефиците витринной площади для товаров, чувствительных к импульсному спросу, целесообразна попытка ее расширения.

Теоретически определить оптимальный размер выкладки невозможно, необходимо действовать итерационно, «методом проб и ошибок», небольшими шагами — витринными модулями емкостью по 200–300 позиций, отбираемых в соответствии с принципами, изложенными в разделе 5.1.2 «Отбор эффективной номенклатуры выкладки, сбалансированной с витринной площадью».

После каждого такого шага необходимо проводить оценку окупаемости: отследить прирост прибыльности выложенных товаров (по итогам 2–3 месяцев) и сопоставить его с затратами на дополнительное витринное оборудование. К сожалению, нередко рас-

ширение выкладки может оказаться экономически неэффективным в силу слабой реакции клиентуры.

При увеличении размеров витрин следует учитывать необходимость сохранения определенного уровня комфортности для посетителей, которые в зале должны чувствовать себя достаточно свободно, им не должно мешать слишком большое количество оборудования. В качестве контрольного параметра полезно использовать *размер установочной площади* — площади, занятой торговым оборудованием для выкладки (витрины, стеллажи и т. п.).

Как показывает практика, **в аптеках с площадью торгового зала от ~20 кв. м у значительной части посетителей может возникать ощущение дискомфорта лишь при превышении установочной площади значения в 30–40% от общей площади торгового зала.**

Приведенный «предельный» коэффициент установочной площади носит ориентировочный характер. Многое зависит от размеров и конфигурации зала, интенсивности и распределения по времени покупательского потока:

- в достаточно большой (свыше 30 кв. м) аптеке с умеренной посещаемостью вполне приемлемо значение коэффициента установочной площади порядка 50–60%;
- в маленьком (до 20 кв. м) зале с неудобной конфигурацией и при высокой посещаемости может оказаться целесообразным коэффициент установочной площади не более 20–30%.

Также важен **уровень использования установочной площади для формирования выкладки**. Отношение витринной площади к установочной обычно называется *коэффициентом кратности* — для типичных витрин стеллажного типа это количество полок. Во многих аптеках средний коэффициент кратности может быть около 4–5, при котором свободными от выкладки остаются только небольшие окошки у касс. Иногда такие аптеки иронически называют «аптекаами амбразурного типа». Тем не менее, как показывает практика, большинство посетителей вполне спокойно и без особого негатива воспринимают такую плотную выкладку.

Однако в прикассовой зоне все же полезно некоторое понижение коэффициента кратности — «расчистка» свободного пространства для достаточно комфортного общения с посетителями.

Если интерес к витринам проявляют менее 10–20% посетителей, в случае значительной емкости витрин (свыше 1000–1500 артикулов) целесообразен анализ резервов сокращения витринной площади.

Как и в случае, когда витрины слишком обширны, уменьшение площади для выкладки проводится «методом научного тыка» — посредством поэтапного сокращения выкладки шагами по 100–200 позиций за счет наименее прибыльных товаров. Освободившееся место используется для более удобного и «комфортного» расположения остальной продукции.

Далее в течение 2–3 месяцев необходимо отслеживать, не произойдет ли падение прибыльности убранных с витрин товаров. При отсутствии заметной динамики можно считать, что изъятия из выкладки были обоснованными, и продолжить процесс сокращения. Оно проводится вплоть до выявления оптимального размера выкладки, дальнейшее сокращение которого негативно скажется на продажах, либо до уровня порядка 500 артикулов: меньший размер выкладки в стационарной аптеке обычно выглядит слишком «голо» и непривлекательно.

В результате описанной оптимизации витринной площади **в ряде случаев можно обнаружить значительный дефицит или же избыток площади зала**. Как поступать с этим на практике — как правило, вопрос, выходящий за рамки маркетинга и, следовательно, данной книги (с учетом проблем с подбором недвижимости, сложностей аптечного лицензирования и др.). Далеко не всегда для слишком маленькой аптеки можно подобрать более подходящее помещение, а для слишком большой — с пользой «конвертировать» лишние часть площади зала и оборудовать

дование. Нередко экономически более эффективно оставить все, как есть. Тем не менее **отчетливо понимать реальную потребность аптеки в витринной емкости и площади зала всегда полезно.**

5.3. ФОРМИРОВАНИЕ ВЫКЛАДКИ ОТКРЫВАЮЩИХСЯ АПТЕК

Как уже отмечалось, для спальных аптек, как правило, более оправдан прилавочный формат. Соответственно, при типичном уровне конкуренции (в пределах 4000–5000 населения на одну аптеку в радиусе 1 км) и наличии достаточной площади обычно целесообразно запланировать:

- витринную емкость порядка 1000 артикулов;
- зал площадью около 20 кв. м;
- коэффициент установочной площади в пределах 40–50 %.

Сложнее обстоит дело с проходимыми аптеками: для них достаточно часто эффективна не только бóльшая выкладка, но и формат самообслуживания (см. главу 7 «Специфика и перспективы открытого доступа»). Если же все-таки выбирается прилавочный вариант, обычно целесообразно придерживаться следующих показателей:

- витринная емкость около 1 500 артикулов;

- площадь зала около 30 кв. м;
- коэффициент установочной площади в пределах 30–40 %.

Сформировать первоначальную выкладку рекомендуется по методике, изложенной в разделе 5.1 «Оптимизация выкладки в рамках наличной витринной площади», в соответствии с данными о прибыльности товара в других похожих аптеках, либо при их отсутствии — по данным розничного аудита.

Примерно через 2–3 месяца работы новой аптеки происходит первичная структуризация клиентуры, после чего уже можно использовать собственную статистику прибыльности для корректировки выкладки в рамках категорий.

Через 4–5 месяцев, после перехода новой аптеки в «крейсерский» режим, для категорий, меньше других зависящих от сезона (болеутоляющие, сердечно-сосудистые, повышающие мужскую потенцию и т. п.), обычно появляется необходимость некоторой корректировки размещения в соответствии с их прибыльностью.

Наконец, примерно через год можно переходить к формированию выкладки на основе собственной накопленной статистики, которая обычно уже дает достаточную информацию для адекватного расположения ярко выраженных сезонных категорий (противопропростудных, противоаллергических и т. п.).

NUTRICIA



МАЛЫШАМ ПОЛЕЗНО Умное железо®



* По данным авторитетного исследования «Нутрициал» - 2011-2012 гг. © 2000 - Нутрициал. 2 из 3 детей в России в возрасте от 1 года до 3 лет (12 кг и карстового мужчины (70 кг), МР 2.3.1.3432.09. МР 2.3.1.3432.09). Грудное молоко - лучшее питание для детей раннего возраста. Перед применением, пожалуйста, проконсультируйтесь со специалистом. Реклама.

Малыш растет, малыш развивается! Так многому нужно научиться и столько всего узнать! В этом непростом деле ему очень помогает железо.

По результатам исследований*, 2 из 3 детей в России в возрасте от года до двух лет не получают достаточно железа с пищей. Недостаток железа легко не заметить. Незаметное важно! Ведь малышу в этом возрасте необходимо в 5 раз больше железа, чем взрослому**.

Поэтому Nutricia создала детское молочко «Малютка® для Больших» 3 для детей от 1 года и «Малютка® для Больших» 4 для детей от 1,5 лет. Детское молочко впервые содержит комплекс **Умное железо** – оптимальное сочетание железа, цинка и витамина С для правильного роста и развития малышей.

А сколько железа с пищей получает ваш малыш?

Узнайте больше на www.promalutok.ru



ЗДОРОВЫЙ МАЛЫШ – СЧАСТЛИВЫЙ МАЛЫШ!



ВКУС НАСТОЯЩИХ ЗЛАКОВ С ПЕРВОЙ ЛОЖКИ

1 год ПИТАНИЯ РЕКОМЕНДОВАНО для ПЕРВОГО ПРИКОРМА*

Согласно законодательству РФ каша «Малютка» для питания детей: гречневая, рисовая, кукурузная молочная с 4 месяцев, молочная с 5 месяцев. Всю информацию о безопасности, питательности и способах приготовления каш «Малютка» можно найти на сайте www.promalutok.ru. * Каша из гречки, риса и кукурузы рекомендуется для первого прикорма при условии введения прикорма при достижении 12 месяцев. * Каша из гречки, риса и кукурузы рекомендуется для первого прикорма согласно «Национальному программному оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации», Москва, 2012, как каша из безглютеновых зерн, если нет иных противопоказаний. МСЧ 10.07.12. Перейти по ссылке в любое время.



«Привет, малыш! Ты быстро растешь, и пришла пора попробовать кашу! Мы – Гречка, Рис и Кукуруза! Мы созданы специально для того, чтобы стать твоей первой любимой ложкой каши!»

Злаки для каш Малютка® выращены, собраны и приготовлены в соответствии с высокими стандартами детского питания компании «Нутриция». А еще каши Малютка® очень вкусные, потому что они производятся специальным способом бережной экструзии злаков, который сохраняет все богатство натурального цвета, аромата и, главное, неповторимого вкуса, заложенные самой природой.

Каша «Малютка» – каши для твоей первой ложки!*



Гречневая молочная

Рисовая молочная

Кукурузная молочная





РЕКЛАМА

6.1. КЛЮЧЕВЫЕ МЕТОДЫ АПТЕЧНОЙ РЕКЛАМЫ	104
6.1.1. ЭКСТЕРЬЕРНАЯ РЕКЛАМА	104
6.1.2. ПРЯМАЯ АДРЕСНАЯ РАССЫЛКА	105
6.1.3. РЕКЛАМА ПОСРЕДСТВОМ СПРАВОЧНЫХ СЛУЖБ И БАЗ ДАННЫХ	106
6.1.4. МАССОВАЯ РЕКЛАМА	106
6.1.5. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕКЛАМЫ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ В ЗАЛЕ АПТЕКИ	108
6.2. ТИПОВЫЕ КОМПЛЕКСЫ ПРОДВИЖЕНИЯ ДЛЯ ОСНОВНЫХ ВИДОВ АПТЕК	108
6.2.1. РЕКЛАМА СПАЛЬНЫХ АПТЕК	108
6.2.2. РЕКЛАМА ПРОХОДИМЫХ АПТЕК	109
6.2.3. РЕКЛАМА АПТЕК С ЯРКО ВЫРАЖЕННОЙ СПЕЦИФИКОЙ	109
6.3. ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ РЕКЛАМЫ	111

Рекламная деятельность в аптечном бизнесе весьма специфична в силу ряда факторов:

- Выбор аптеки происходит преимущественно по рациональным критериям (местоположение, ассортимент, цена, сервис). Поэтому на аптечную клиентуру в гораздо меньшей степени действуют массовые рекламные технологии «вбивания бренда в голову», успешно применяемые во многих других отраслях, где важную роль играет «статусный» характер потребления, мода и т. п.
- Основная часть аптечной отрасли — это малый и средний бизнес, аудитория и бюджет которого невелики. Соответственно, подбор методов рекламы должен быть экономным и очень фокусированным.

Между тем отношение к рекламной деятельности у многих аптек — «по остаточному принципу». Причем дело даже не столько в скромных рекламных бюджетах, сколько в отсутствии ясного и систематического подхода к постановке целей и задач (например, достижение определенной известности/узнаваемости среди целевой аудитории и т. п.), учитывающего конкретную маркетинговую ситуацию и долгосрочную стратегию предприятия. Нередко аптеки к тому же слабо ориентируются в возможностях и ограничениях различных каналов рекламы применительно к своей специфике.

Исходя из данных проблем, глава начинается с общего обзора методов рекламы, учитывающих особенности и потребности аптечного бизнеса. Затем для основных видов аптек выделены типовые комплексы продвижения. Однако некоторые специфические вопросы, затрагивающие дистанционные продажи и работу крупных аптечных сетей, рассматриваются в главах 7 «Дистанционные аптечные продажи» и 8 «Специфика маркетинга крупных аптечных

сетей». Заключает главу краткий обзор ключевых вопросов планирования и организации рекламы.

6.1. КЛЮЧЕВЫЕ МЕТОДЫ АПТЕЧНОЙ РЕКЛАМЫ

6.1.1. ЭКСТЕРЬЕРНАЯ РЕКЛАМА

Несмотря на вроде бы очевидную важность брошюрной вывески (особенно для проходимых мест), нередко у аптек она недостаточно заметна из-за малоэффективной ориентации относительно потоков проходящих мимо пешеходов, отсутствия видных издалека световых элементов и т. п.

У большинства аптек также нерационально используются (или вовсе не используются) наружная витрина (где полезно размещать крупные макеты товара, видео и т. п.) и фасад, на котором могут быть вывешены информационно-рекламные щиты (с характеристикой ассортимента, ценовой политики, сервиса и др.). Нередко для такой рекламы могут быть привлечены рекламодатели в лице производителей аптечных товаров.

В некоторых случаях существенную роль играет дополнительная указывающая/напоминающая наружная реклама:

- штендеры (устанавливаемые около аптеки небольшие дополнительные информационно-рекламные щиты), указатели и т. п., привлекающие внимание пешеходов в случае, если они не заметили вывеску;
- специальные указатели на близлежащих автомагистралях. Однако следует учитывать, что психология автомобилистов в отношении выбора аптеки очень

специфична — порой аптеки около оживленных автомобильных потоков и с хорошей парковкой, тем не менее, имеют среди своей клиентуры считанные проценты посетителей, подъехавших на автомобиле. Поэтому полезен анализ структуры покупателей при помощи опроса. Если доля прибыли от автомобилей как минимум сопоставима с затратами на рекламу для них — вероятность того, что такая реклама оправдывает себя, достаточно высока.

6.1.2. ПРЯМАЯ АДРЕСНАЯ РАССЫЛКА

Прямая рассылка¹ — это реклама в виде бумажного или электронного письма, доставляемого непосредственно в почтовые ящики конечных потребителей.

Рассылка в бумажной форме дает возможность сконцентрировать рекламную деятельность на территориально ограниченной целевой аудитории — жителях близлежащих домов. За счет этого в целом бюджет кампании по рассылке для спальных аптек может быть небольшим, хотя цена рекламного контакта (доставки по одному адресу) относительно велика. Технически бумажную рассылку в большинстве городов обычно целесообразно осуществлять посредством специализированных фирм курьерской доставки.

Следует учитывать, что за последние годы у населения произошло определенное пресыщение рекламой. Значительная доля (десятки процентов) адресатов, к сожалению, игнорирует большую часть рекламы в своих почтовых ящиках. Поэтому необходимо тщательно выбирать формат бумажных рекламных материалов. В населенных пунктах, где рекламная деятельность еще не очень активна, вполне приемлемыми могут быть небольшие листовки, использующие 1–2 цвета и полиграфию экономного качества. Однако в большинстве городов зачастую невозможно привлечь внимание аудитории рекламой без полноцветной печати достаточно высокого качества и размера не менее А5—А4.

Для эффективного стимулирования населения к посещению аптеки в материале для рассылки целесообразно как можно более конкретно и наглядно охарактеризовать сильные стороны аптеки:

- широту ассортимента (например, перечень основных ассортиментных групп, общее количество позиций, наличие активно рекламируемых в СМИ товаров и т. п.);
- привлекательность ценовой политики (например, выборочно представить цены 10–20 наиболее популярных товаров, охарактеризовать систему скидок и т. п.);
- особенности сервиса (например, готовность фармацевтов проконсультировать покупателей по подбору препаратов, возможность бронирования, заказа отсутствующих товаров и т. п.); и т. д. и т. п.

Целесообразно тщательно отслеживать реакцию людей на каждую разброску листовок, которая обычно наиболее ярко выражена в пределах 1–2 недель и угасает через 3–4 недели. С этой целью и для оценки полученного эффекта (сравнения прибыли от роста с затратами) следует распространять листовки не чаще чем раз в 3 недели. Обычно, в случае первоначально слабого положительного результата, стоит провести 2–3 разброски, прежде чем делать окончательный вывод об их эффективности.

Электронная рассылка в расчете на рекламный контакт гораздо дешевле бумажной и теоретически способна обеспечить довольно широкий охват аудитории, регулярно пользующейся электронной почтой, — это примерно 40–50% взрослого населения РФ. Однако надо иметь в виду ряд факторов, которые не изменятся в ближайшие несколько лет (до внедрения официальных электронных адресов, присваиваемых каждому резиденту):

- Адресные базы данных фирм, специализирующихся на электронных рассылках, в большинстве регионов по техническим причинам охватывают лишь несущественную часть аудитории, имеющую электронную почту.
- Технические возможности определения географического расположения владельца электронного ящика сильно ограничены, поэтому основная мас-

¹ От англ. **direct mail** (прямая почтовая реклама или прямая почта).

са рассылки может попадать по адресам вне целевых регионов.

- Среди регулярных пользователей электронной почты относительно невысока доля людей старше 40 лет, являющихся основными клиентами аптек [1].
- Значительная часть людей, имеющих электронную почту, игнорирует рассылки, в т.ч. удаляет их при помощи антиспамовых программ.

Поэтому прямая рассылка в электронной форме пока что представляет интерес только для специфической части аптечных учреждений: интернет-аптек, имеющих базу электронных адресов постоянной клиентуры, многорегиональных сетей и т.п.

6.1.3. РЕКЛАМА ПОСРЕДСТВОМ СПРАВОЧНЫХ СЛУЖБ И БАЗ ДАННЫХ

Публикация адреса и контактов аптеки в максимально возможном количестве местных баз данных, справочных служб, телефонных книг и т.п. целесообразна для любой аптеки. Обычно такая публикация бесплатна либо стоит недорого, и затраты на нее явно окупают себя.

Сложнее обстоит дело с эффективностью публикации в справочниках и базах данных расширенных рекламных модулей, в которых аптеку можно охарактеризовать более развернуто. Обычно такая реклама оправдывает себя только для аптек «с изюминкой»: специализированных, с особо широким ассортиментом, дискаунтеров и т.п.

Неоднозначен также вопрос о необходимости участия в интернет-службах, предоставляющих клиентуре сравнительные данные по аптечным ценам, — такие службы постепенно появляются в крупных городах (в главе 4 «Ценообразование» приводились подобные примеры: www.medlux.ru, www.medgorodok.ru, lek.nsk.ru/lekserch.html).

Это, безусловно, полезный рекламный канал для аптек, у которых цены в основном ниже среднегородских или же близки к ним. Однако если цены аптеки по большей части выше среднегородских, участие в таких справочных службах вряд ли целесообразно:

для аптек демонстрация высоких цен — это антиреклама. Многие аптеки со смешанной ценовой ситуацией (часть цен — ниже или равны среднерыночным, часть — выше рынка) вполне разумно выбирают участие в справочных службах в «лимитированном» режиме, сообщая информацию только по недорогим позициям².

6.1.4. МАССОВАЯ РЕКЛАМА

К массовым относятся виды рекламы, не направленные на определенного адресата и охватывающие значительную аудиторию (десятки тысяч и более человек). Потенциально наиболее интересными для аптек каналами являются:

- СМИ (телевидение, радио, печатные СМИ, Интернет);
- общегородская (не экстерьерная) наружная реклама: щиты, растяжки, реклама на/в транспорте и т.п.

Важнейшими преимуществами массовой рекламы являются:

- возможность широкого охвата аудитории, особенно при одновременном использовании различных популярных каналов СМИ;
- относительная дешевизна (в разы по сравнению с прямой рассылкой) при расчете стоимости одного рекламного контакта у целого ряда каналов (наружная реклама, телевидение, радио).

Однако при этом **существенным ограничением для большинства аптек выступает относительно высокая «пороговая» стоимость: бюджет массовой рекламной кампании, обеспечивающей более или менее надежный охват аудитории, с учетом необходимости использования нескольких видов СМИ даже в небольшом городе обычно начинается от 50–100 тыс. руб.**

Возрастает значение рекламы в Интернете — численность ее аудитории уже достигла порядка 60% населения РФ [2]. Кроме того, важным преимуществом Интернета как рекламного канала является избира-

² Еще один рекламный ход, не требующий от аптеки предоставления информации о ценах, участие в сервисах онлайн-заказа. Например, одним из них является портал apteka.ru, позволяющий заказывать препараты у дистрибьютора с их последующей доставкой в конкретную, выбранную клиентом аптеку. Для аптеки это реальный способ увеличить поток покупателей и укрепить их лояльность (прим. ред.).

тельность **контекстной рекламы** в поисковых системах (например, она появляется только в случае запросов, содержащих слова «аптека», «лекарства» и т. п.). Оплата такой рекламы происходит в зависимости от проявленной посетителями заинтересованности (пропорционально «кликам» на рекламное объявление).

Для аптек с ярко выраженной спецификой (с особенно широким ассортиментом, дискаунтеров и т. п.) целесообразно создание собственного сайта. Обычно достаточно простого формата «визитной карточки», четко и наглядно характеризующей сильные стороны аптеки на 1–2 интернет-страницах.

Создание и поддержка собственного сайта, обеспечивающего оперативную трансляцию полной информации об ассортименте и ценах по каждому артикулу, пока что слишком технологически сложное дело для большинства аптек и оправдывает себя в основном для организации дистанционных продаж. Однако, вполне возможно, в уже не столь отдаленной перспективе (порядка 10–15 лет) по мере развития и удешевления соответствующего программного обеспечения наличие такого сайта станет стандартным для гораздо более широкого круга аптек.

Значительная специфика характерна для разработки и планирования проектов массовой рекламы. В таких проектах обычно целесообразно выделять две отчетливые фазы:

- **Серия (1–3) «ударных» рекламных кампаний.** В рамках каждой кампании желателен охват ориентировочно не менее 50 % целевой аудитории и обеспечение средней частоты вероятных рекламных контактов порядка 3–5 в течение 1–2 месяцев. Промежуток между такими рекламными кампаниями — порядка 2–3 месяцев. В данной фазе **основную роль играет т. н. информационная реклама, достаточно развернуто характеризующая преимущества аптеки.**
- **«Пульсирующая» поддерживающая реклама.** Характеризуется столь же высоким охватом целевой аудитории, но в разы меньшей частотой вероятных рекламных контактов (примерно 1 раз в квартал). Обычно в перспективе интенсивность рекламы мож-

но снижать. Значительная **часть поддерживающей рекламы может быть «напоминающей» — сильно сокращенной по сравнению с материалами «ударных» рекламных кампаний** (может содержать, например, только слоган или даже только название/логотип предприятия).

Эффективность такой схемы в аптечном бизнесе обусловлена тем, что после положительной оценки аптеки посетившими ее вследствие первых «рекламных толчков» покупателями — запускается механизм передачи информации об аптеке «из уст в уста», значительно снижающий потребность в рекламе.

Поддерживающая реклама аптеки выполняет несколько функций:

- охват новых групп клиентов — в силу специфичности лекарств как товара, контингент их потребителей со временем меняется, а также подвержен значительным сезонным колебаниям;
- расширение охвата целевой аудитории, чего довольно трудно достичь за время «ударной» кампании в силу ее непродолжительности;
- «освежение» памяти клиентуры — напоминание о существовании аптеки.

Надо отметить, что первая фаза («ударная» реклама) необходима не всегда, главным образом — для новых аптек либо аптек, существенно обновляющих модель работы или вошедших в сеть. В случае же хорошей известности и давно сложившейся репутации нередко вполне достаточно поддерживающей рекламы умеренной интенсивности.

Один из наиболее сложных вопросов в массовой рекламе (особенно при крупных комплексных кампаниях) — так называемое медиапланирование: выбор конкретных каналов и СМИ, распределение между ними рекламного бюджета.

Наиболее популярные печатные СМИ, каналы и передачи радио и телевидения, интернет-порталы оцениваются с точки зрения эффективности рекламы рейтингами специальных аналитических агентств [3]. Однако обычно стоимость рекламы в таких СМИ для большинства аптек слишком высока с точки зрения соотношения с вероятным эффектом. Поэтому зачастую практически безальтернативным вариантом

выступают местные СМИ, рекламная эффективность которых без конкретного опыта работы с ними трудно предсказуема. Таким образом, на начальных этапах рекламная кампания в значительной степени должна носить экспериментальный характер и использовать метод «проб и ошибок»: отслеживать реакции посетителей на рекламу и выявлять наиболее эффективные СМИ.

6.1.5. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕКЛАМЫ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ В ЗАЛЕ АПТЕКИ

Как и в экстерьере, многие аптеки слабо используют в зале рекламную поддержку производителей, которая для ряда целей практически безальтернативна с точки зрения полезности:

- Размещение крупных муляжей товара в тех местах, где выкладка товара неэффективна (на полках выше роста человека, на «задних планах» и т. п.).
- Размещение постеров в местах, где неудобно или неэффективно ставить витрины с товаром.
- Печатные информационно-рекламные материалы — особенно в карманах вдоль прилавка и около витрин, в которых выложен соответствующий товар. Размещение листовок в других местах (например, как это часто делается, на столике в наиболее «тихом» углу аптеки) гораздо менее эффективно.
- Предоставление витринного оборудования с логотипами для выкладки своей продукции.

Значительно способствует импульсному спросу и прочая реклама производителей: светящиеся или движущиеся рекламные элементы в витринах, воблеры³ (в разумных количествах и не заслоняющие товар), реклама на кассовых тарелочках и т. п. По мере удешевления соответствующей аппаратуры можно ожидать более массового использования видео.

Для некоторых товаров (косметика, медтехника, БАД и безрецептурные лекарственные средства с ши-

роким кругом потребителей и т. п.) весьма полезны также проводимые производителями в зале аптеки презентации, семплинг⁴, работа консультантов и т. п.

Вместе с тем **чрезмерные «перекосы» в пользу отдельных производителей и товаров в зале аптеки могут приводить к потерям продаж других препаратов.** Например, если рекламная акция предполагает перемещение выкладки прочих товаров в худшие мерчендайзинговые зоны, необходим достаточно тщательный анализ соответствующего финансового эффекта (сопоставление прироста прибыли от дополнительно рекламируемого товара с потерями от ухудшения выкладки прочих товаров). В случае общих негативных результатов акция, естественно, должна быть прекращена.

6.2. ТИПОВЫЕ КОМПЛЕКСЫ ПРОДВИЖЕНИЯ ДЛЯ ОСНОВНЫХ ВИДОВ АПТЕК

6.2.1. РЕКЛАМА СПАЛЬНЫХ АПТЕК

Специфика рекламы спальных аптек определяется тем, что их основная целевая аудитория — это местное население, проживающее в пределах «шаговой доступности» (обычно 2000–5000 человек). Этот факт определяет приоритетные для спальных аптек виды рекламы (см. [таблицу 6.1](#)).

Нередко спальные аптеки наращивают интенсивность рекламы по мере ужесточения конкуренции. Такой подход действительно может быть полезен для отдельных аптек с более или менее выраженными сильными сторонами или спецификой. Однако для «средней», ничем особенно не выделяющейся спальной аптеки значение рекламы не очень существенно, конкурентную борьбу ей целесообразно вести, прежде всего, при помощи реальных инструментов (цен, сервиса, ассортимента).

³ Одна из разновидностей печатной рекламы, часто имеет пластиковую ножку для крепления, без нее — навешивается на рекламируемый продукт (от англ. разг. **wobbler** — наживка, приманка).

⁴ Бесплатная раздача образцов продукции на пробу (от англ. **sampling** — образец, проба).

ТАБЛИЦА 6.1. ВИДЫ РЕКЛАМЫ ПО УРОВНЯМ ПРИОРИТЕТА

Приоритет видов рекламы	Виды рекламы
Важно	<ul style="list-style-type: none"> • Публикация адреса и контактов в справочниках и базах данных • Заметный «обозначающий» элемент экстерьерной рекламы (вывеска, символ аптеки и т.п.)
Желательно	<ul style="list-style-type: none"> • Привлекательная и информативная наружная витрина, характеризующая ассортимент, сервис, ценовые акции и т.д. (особенно для аптек с ярко выраженными сильными сторонами, а также для открывающихся или существенно обновляющих модель работы)
Может быть эффективно в зависимости от специфики аптеки и ситуации	<ul style="list-style-type: none"> • Информационно-рекламные щиты на фасаде (для аптек с ярко выраженными сильными сторонами, а также открывающихся или существенно обновляющих модель работы) • Разброска рекламы по почтовым ящикам (для аптек с ярко выраженными сильными сторонами, а также открывающихся или существенно обновляющих модель работы) • Штендеры, указатели и т.п. – в случае недостаточной заметности аптеки • Массовая реклама – редко: при наличии районных СМИ (газет, кабельного телевидения, местных интернет-сетей), эффективно и за небольшие деньги покрывающих местную аудиторию • Специальная реклама для автомобилистов – редко: в случае удобного для автомобилистов местоположения

6.2.2. РЕКЛАМА ПРОХОДИМЫХ АПТЕК

Основная целевая аудитория рекламы проходимой аптеки — близлежащие пешеходные потоки, находящиеся в пределах прямой видимости. Причем значительная доля клиентуры — «импульсные» посетители, не планировавшие визит в аптеку, а зашедшие в нее спонтанно, заметив ее по пути.

Таким образом, выбор видов рекламы должен учитывать этот фактор (см. таблицу 6.2).

6.2.3. РЕКЛАМА АПТЕК С ЯРКО ВЫРАЖЕННОЙ СПЕЦИФИКОЙ

К числу типичных аптек с ярко выраженной спецификой, важной задачей которых является максимально широкий охват клиентуры, относятся:

ТАБЛИЦА 6.2. ВИДЫ РЕКЛАМЫ ПО УРОВНЯМ ПРИОРИТЕТА

Приоритет видов рекламы	Виды рекламы
Важно	<ul style="list-style-type: none"> • Максимально заметные пешеходным потокам обозначающие элементы экстерьерной рекламы (вывеска, символ аптеки и т.п.) • Ярко оформленная, бросающаяся наружная витрина (крупные муляжи продукции, видео, светящиеся элементы и т.д.) • Информационно-рекламные щиты на фасаде • Публикация адреса и контактов в местных справочниках и базах данных
Желательно	<ul style="list-style-type: none"> • Штендеры, указатели и т.п., особенно полезные на широких тротуарах и при расположении аптеки «в глубине» относительно рядом стоящих зданий и т.п.
Может быть эффективно в зависимости от специфики аптеки и ситуации	<ul style="list-style-type: none"> • Массовая реклама – для наиболее проходимых аптек в центре крупного города и/или в случае принадлежности к крупной сети. Для открывающихся или существенно обновляющих модель работы аптек может быть эффективна кампания по раздаче печатной рекламы вблизи аптеки • Специальная реклама для автомобилистов – редко: в случае удобного для автомобилистов местоположения

ТАБЛИЦА 6.3. ВИДЫ РЕКЛАМЫ ПО УРОВНЯМ ПРИОРИТЕТА

Приоритет видов рекламы	Виды рекламы
Важно	<ul style="list-style-type: none"> • Массовая реклама на уровне реально достижимой аудитории (города, нескольких районов города, региона) • Публикация расширенных рекламных модулей в местных справочниках и базах данных • Заметный «обозначающий» элемент наружной рекламы (вывеска, символ аптеки и т.п.)
Желательно	<ul style="list-style-type: none"> • Привлекательная и информативная наружная витрина (за исключением дискаунтеров) • Информационно-рекламные щиты на фасаде (за исключением дискаунтеров)
Может быть эффективно в зависимости от специфики аптеки и ситуации	<ul style="list-style-type: none"> • Штендеры, указатели и т.п. – в случае недостаточной заметности аптеки • Специальная реклама для автомобилистов – редко: в случае удобного для автомобилистов местоположения.

- Специализированные (гомеопатические, «госпитальных» препаратов).
- С особенно широким лекарственным ассортиментом.
- Дискаунтеры.
- «Премиальные» аптеки класса люкс.

Для них приоритетны несколько иные, по сравнению со спальными и проходимыми аптеками, виды рекламы (см. таблицу 6.3).

6.3. ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ РЕКЛАМЫ

К сожалению, многие аптечные учреждения (в т. ч. довольно крупные сети) в совершенно недостаточной степени отдают себе отчет в специфической сложности вопросов рекламы. Эта сложность для аптечного бизнеса в силу его особенностей усугубляется, как уже отмечалось выше, необходимостью преимущественного использования инструментов рекламы, слабо охваченных объективными медиаизмерениями.

Нередко аптеками также недооценивается значение рекламного креатива (удачных визуальных решений рекламы, запоминающихся слогана, логотипа, фирменного стиля и т. д.), который способен существенно повысить действенность рекламы.

Необходимо отчетливо понимать, что **осуществление эффективной рекламы требует серьезной специальной квалификации, причем большую роль в этом**

играют опыт и понимание специфики местного рекламного рынка.

Даже одиночным аптекам и малым сетям, несмотря на небольшой объем их рекламной активности, как правило, полезно привлечь толкового профессионала-рекламщика на основе частичной занятости, а не заниматься «самопальным» рекламным творчеством силами людей, не обладающих ни базовым пониманием проблематики, ни соответствующим опытом.

В случае необходимости более или менее широкого охвата аудитории (несколько районов города или город в целом) целесообразно сотрудничество с т. н. медийными рекламными агентствами, важная (или даже основная) функция которых — организация размещения рекламы. Такие агентства — не просто посредники, в рекламной отрасли они выступают своего рода «системными интеграторами»: их помощь с учетом их опыта и квалификации весьма существенна при определении конкретных медиаканалов рекламы. Кроме того, они часто обеспечивают значительные скидки от стандартных рекламных расценок СМИ.

Медийная рекламная компания также зачастую способна подобрать квалифицированных разработчиков креатива. Часть подобных медийных фирм относится к категории т. н. *агентств полного цикла*, которые могут осуществить весь комплекс рекламных услуг (включая разработку креатива) «под ключ». При прочих равных условиях работа с рекламными агентствами полного цикла обычно значительно эффективнее и удобнее.



СПЕЦИФИКА И ПЕРСПЕКТИВЫ ОТКРЫТОГО ДОСТУПА

7.1. ПОТЕНЦИАЛ И ОГРАНИЧЕНИЯ ФОРМАТА САМООБСЛУЖИВАНИЯ	114
7.2. СПЕЦИФИКА ФОРМИРОВАНИЯ АССОРТИМЕНТА	116
7.3. СПЕЦИФИКА МЕРЧАНДАЙЗИНГА	116

За последние 10–15 лет сегмент аптек самообслуживания существенно (вероятно, в разы) увеличился. В значительной степени это было связано с уже упоминавшимся в главе 5 «Мерчандайзинг» несколько эйфорическим восприятием возможностей мерчандайзинга, а также со своеобразной «модой», заданной некоторыми крупнейшими сетями, которые сделали использование открытого доступа важным элементом своей стратегии.

Однако в последние годы в практике применения открытого доступа наблюдается, я бы сказал, растерянность: все чаще аптекари сталкиваются с тем, что данный формат явно не оправдывает возлагаемых на него надежд. Значительное количество (если не подавляющее большинство) посетителей аптек самообслуживания весьма слабо реагируют на открытую выкладку в смысле ее позитивного влияния на объем продаж.

7.1. ПОТЕНЦИАЛ И ОГРАНИЧЕНИЯ ФОРМАТА САМООБСЛУЖИВАНИЯ

При использовании «полномасштабной» модели аптечного формата самообслуживания, предполагающей открытую выкладку наиболее ходовых лекарственных средств и большей части парафармации, необходимо в полной мере представлять себе как ее потенциал, так и риски (см. таблицу 7.1).

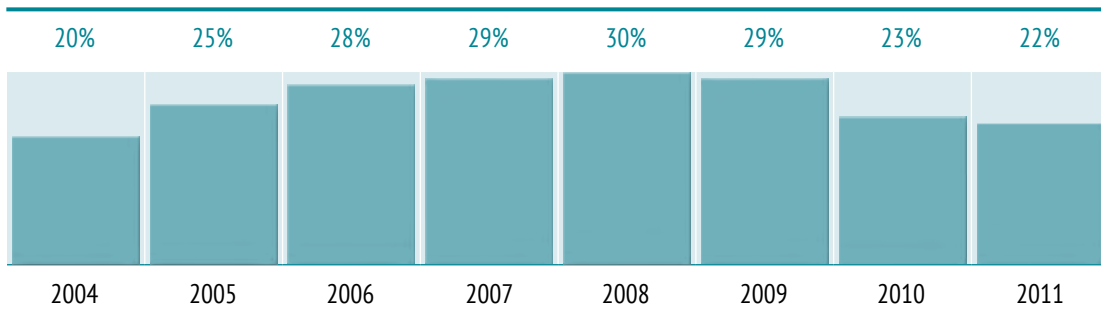
Временным, но существенным негативным фактором для введения формата самообслуживания в последние годы также является общее заметное снижение спроса аптечной клиентуры на парафармацию (см. рисунок 7.1).

Как уже отмечалось ранее (в главе 1 «Ключевые тенденции аптечного сектора в среднесрочной пер-

ТАБЛИЦА 7.1. ПОТЕНЦИАЛ И РИСКИ «ПОЛНОМАСШТАБНОГО» ФОРМАТА САМООБСЛУЖИВАНИЯ

Потенциал	Риски
<p>При наличии достаточного количества заинтересованной в открытом доступе клиентуры самообслуживание способно увеличить оборот и прибыль в 1,5–2 раза (иногда и больше) за счет:</p> <ul style="list-style-type: none"> увеличения продаж (в основном парафармации) вследствие более удобного доступа к товару; роста посещаемости за счет посетителей, предпочитающих самообслуживание; «премиальной» части наценки за более удобный сервис. 	<ul style="list-style-type: none"> Часто (особенно в спальных аптеках) открытый доступ увеличивает спрос в пределах лишь 10–20%. Самообслуживание значительно более чувствительно к «неаптечной» конкуренции по парафармации. Самообслуживание требует гораздо более высоких затрат, в т.ч. на: <ul style="list-style-type: none"> большее количество оборудования, зал от 30–40 кв. м; мерчандайзинг и менеджмент. При открытом доступе значительно выше потери от воровства.

РИСУНОК 7.1. ДИНАМИКА ДОЛИ ПАРАФАРМАЦИИ НА КОММЕРЧЕСКОМ АПТЕЧНОМ РЫНКЕ РФ, %*



* По данным ежегодных отчетов DSM Group, www.dsm.ru/analytics

спективе»), эта тенденция, по-видимому, в основном обусловлена экономическим кризисом, а также отчасти усилением конкуренции со стороны неаптечной розницы: супермаркетов, специализированных магазинов, дрогери и др. Весьма вероятно, уже в ближайшие годы аптечный спрос на парафармацию восстановится. Однако на данном этапе при внедрении открытого доступа необходима повышенная осторожность при прогнозной оценке оборота и прибыли.

К сожалению, до сих пор многие аптеки внедряют формат самообслуживания без достаточно детальной и тщательной проработки бизнес-плана проекта. Между тем, по моему опыту, **в настоящее время в большинстве даже крупных городов формат открытого доступа экономически оправдывает себя лишь в пределах ~20% аптек.** Т.е. в 80–90% локализаций период окупаемости инвестиций в самообслуживание неприемлем (зачастую порядка 10 лет и более).

На данный момент не существует никаких статистических данных относительно распространенности открытого доступа. Однако по личному опыту консультанта могу сказать, что в небольших и средних городах доля аптек самообслуживания обычно достаточно разумна — в пределах 5–10%. Но в ряде городов-миллионников эта доля в разы выше и, по-видимому, неоправданно велика. Причем порядка половины этих аптек расположено в спальных районах, явно неподходящих для формата самообслуживания в силу

ограниченного количества и большей экономности клиентуры.

Для проходимых аптек успех внедрения самообслуживания также отнюдь не гарантирован в силу специфических факторов риска:

- В некоторых проходимых местах (например, около транспортных узлов) большинство посетителей спешат, что резко снижает эффективность открытого доступа по стимулированию импульсного спроса, — существенного прироста продаж по сравнению с прилавочным форматом не происходит.
- Конкуренция неаптечной розницы (супермаркетов, специализированных магазинов, оптовых рынков и т. п.) по парафармации также в ряде случаев резко снижает эффективность аптек открытого доступа (в частности, такие аптеки часто не оправдывают себя в крупных торговых центрах).

По-видимому, значительная «избыточность» сектора самообслуживания в отдельных городах обусловлена тем, что целый ряд аптечных сетей наращивал долю таких аптек без достаточного учета упомянутых выше рисков, а также зачастую без достаточно тщательной проработки бизнес-планов. К сожалению, порой такие точки долго существуют «по инерции» — в т. ч. в связи с тем, что никому не хочется признавать недостаточную проработанность решения о внедрении самообслуживания.

Соответственно, в краткосрочной перспективе порядка 3–5 лет я бы прогнозировал, что количество

аптек самообслуживания в целом несколько уменьшится. Все более очевидно, что значительную долю существующих аптек самообслуживания стоило бы, с чисто финансовой точки зрения, перевести в прилавочный формат. Процесс такого переформатирования уже начался — в т. ч. под влиянием кризиса.

Вместе с тем в долгосрочной перспективе сектор аптек самообслуживания, безусловно, будет расти в соответствии с потребностями и запросами клиентуры. Однако в обозримом будущем даже в большинстве крупных городов он вряд ли превысит 40–50% аптечного сектора — просто потому, что прилавочные аптеки вполне удовлетворяют большинство посетителей.

Наряду с «полномасштабным» самообслуживанием может применяться его усеченная модель, использующая лишь небольшую часть потенциально возможной открытой выкладки (обычно в условиях небольшого зала). Эта модель иногда дает определенные положительные результаты по сравнению с полностью закрытой выкладкой. Однако в большинстве случаев в этом «компромиссном» варианте дополнительные затраты (на контроль посетителей, мерчандайзинг, дополнительную мебель) не окупаются приростом продаж и прибыли.

7.2. СПЕЦИФИКА ФОРМИРОВАНИЯ АССОРТИМЕНТА

Аптека самообслуживания фактически ставит перед собой задачу в определенной степени *развить* спрос покупателей за счет более удобного, открытого доступа к товарам, особенно чувствительным к импульсной покупке, и/или возможности внимательно рассмотреть их при выборе.

В частности, в аптеках самообслуживания обычно значительно выше доля продаж в целом ряде ассортиментных категорий:

- косметика;
- средства гигиены;
- детские товары.

При удачном развитии аптеки самообслуживания происходят существенные структурные изменения и в большинстве других ассортиментных категорий —

в сторону повышения доли покупок более качественных и дорогостоящих товаров. Однако обычно они обусловлены не столько самообслуживанием как таковым, сколько косвенным эффектом от роста количества покупателей, предпочитающих самообслуживание: это в основном более обеспеченные люди.

Соответственно, внедряя самообслуживание, на первые 3–4 месяца целесообразно запланировать:

- поддержание существенно более широкого (примерно в 1,5 раза) ассортимента, чем в среднем по городу: для крупного города ориентировочно порядка 4000–6000 позиций;
- долю позиций парафармации порядка 40–60% от всего ассортимента, с акцентом на хорошее представление косметики, средств гигиены, детских товаров.

В первоначальный ассортимент, как и для прилавочных аптек, целесообразно отбирать бестселлеры городского рынка, желательно по данным розничного аудита. В остальном бизнес-процессы оптимизации ассортимента аптеки самообслуживания в основном аналогичны тем, что были описаны выше для прилавочных аптек (см. главу 3 «Ассортимент»). Отличия обусловлены тем, что ассортимент аптеки самообслуживания по ряду параметров (доля парафармацевтических товаров, доля дорогостоящих товаров) может отклоняться от среднероссийского значительно дальше, чем это характерно для типичной прилавочной аптеки.

Соответственно, контроль бестселлеров должен быть ограничен проверкой их наличия. Значительные отклонения от среднерыночных параметров вполне возможны и не являются надежным признаком необходимости корректировки ассортимента, т. е. контроль в разрезе устойчивых групп ассортимента неприменим.

7.3. СПЕЦИФИКА МЕРЧАНДАЙЗИНГА

Радикальных методических различий в формировании зон открытой выкладки по сравнению с охарактеризованным в главе 5 «Мерчандайзинг» прилавочным мерчандайзингом нет: **ключевым принципом остается последовательное размещение наиболее**

прибыльных категорий/артикулов «сверху вниз» в лучших местах. Однако все же следует учитывать ряд особенностей формата самообслуживания.

1) В связи с проблемой краж зону открытого доступа часто приходится ограничивать «сверху». Обычно предельный ценовой уровень товаров — 300–500 руб., в зависимости от региона и специфики клиентуры.

2) Требуемый для открытой выкладки наиболее ходовых артикулов размер витринной площади должен быть достаточным для буферного запаса, обеспечивающего поддержание товаров в наличии.

Величина такого запаса в зале в принципе может быть невелика (несколько упаковок по каждому артикулу в пределах 200–300 наиболее ходовых позиций — по остальным зачастую запас в зале свыше 1 упаковки не нужен), особенно при наличии автоматического отслеживания его уровня по каждой позиции информационной системой аптеки. Конкретное количество запасных упаковок необходимо устанавливать, основываясь на опыте продаж.

Некоторые аптеки самообслуживания по аналогии с супермаркетами перемещают значительную и даже большую часть запасов в торговый зал. Однако для аптечного бизнеса в этом нет необходимости: в отличие от супермаркетов аптека всегда имеет прилавок с первостольниками, у которых можно попросить еще несколько упаковок. Между тем у перегруженного запасами торгового зала заметно снижается обзорность. Использование «групповой» выкладки (несколько упаковок одного и того же товара для повышения его заметности) должно осуществляться строго индивидуально и в основном — при условии дополнительного финансирования компании-производителя.

3) По привлекательности резко выделяются зоны открытой выкладки, расположенные в непосредственной близости к траектории движения от входа к прилавку отпуска лекарственных препаратов:

- небольшая фронтальная зона, охватывающая обычно не более 3–5 м непосредственно напротив входа;
- зоны выкладки по пути от входа к прилавку отпуска лекарственных препаратов: в пределах 1–2 м от траектории движения, в диапазоне высот 1,5–2 м от пола;
- прикассовая область открытой выкладки.

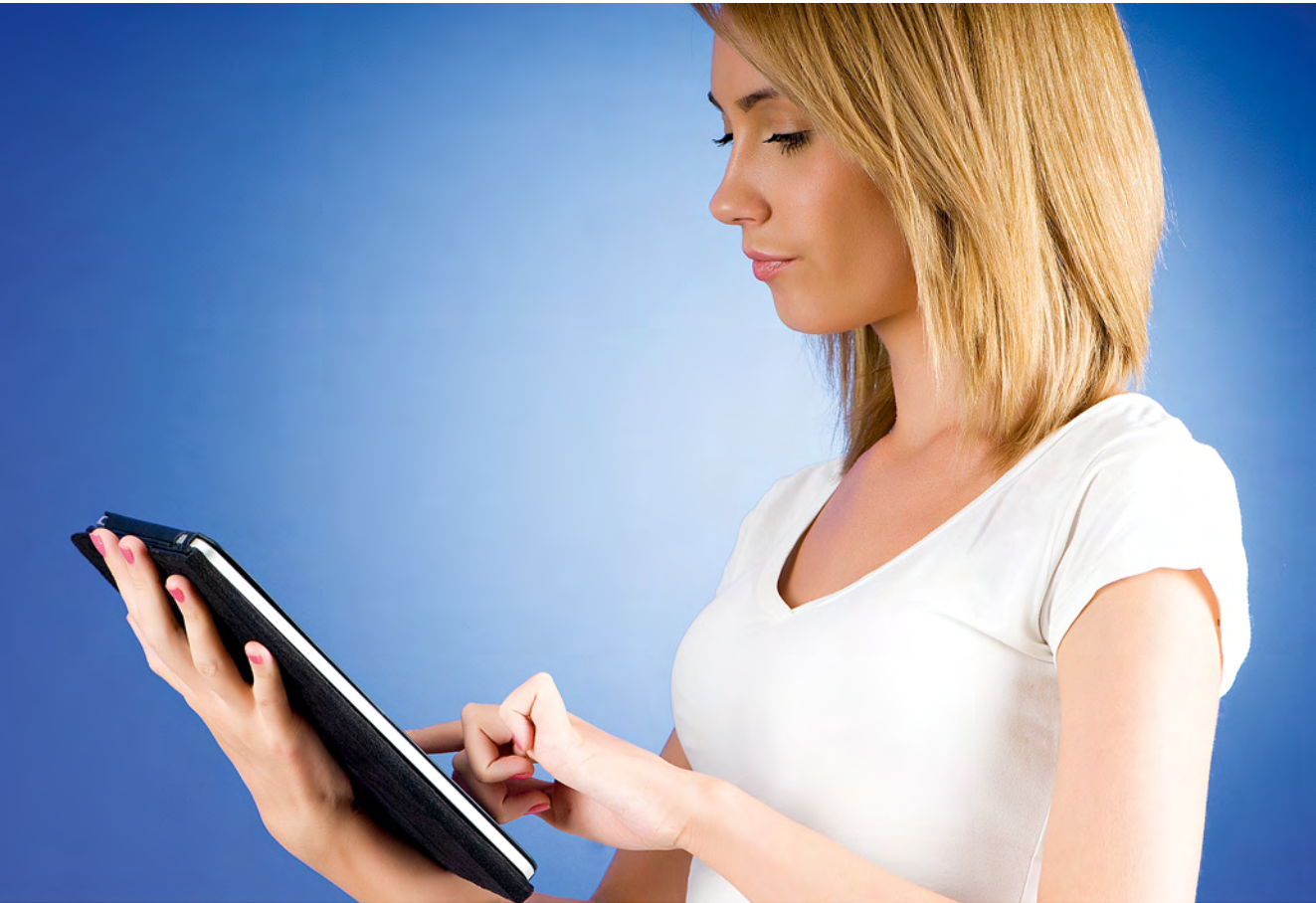
Привлекательность данных зон обусловлена тем, что они с более высокой вероятностью могут «зацепить» внимание даже тех посетителей, которые используют аптеку самообслуживания в «прилавочном» режиме и в принципе склонны игнорировать открытый доступ (часто их большинство).

В ряде публикаций можно также встретить рекомендации по ранжированию зон открытого доступа с учетом гипотез о предпочитаемом клиентурой движении по часовой стрелке (или против — единому направлению), преимущественной ориентации внимания посетителей налево (или направо — единому направлению) и т. п. Однако, мне не известны убедительные и надежные статистические доказательства таких поведенческих характеристик аптечной клиентуры. В моей личной практике анализа посетителей аптек самообслуживания я также не наблюдал устойчивых закономерностей их поведения в рамках понятий «лево/право» и «по/против часовой стрелки».

В любом зале самообслуживания (особенно большом и с «извилистой» конфигурацией) есть места, куда без особых отчетливых причин «не ступит нога человека», — и это надо учитывать при выкладке. Однако, к сожалению, никакой надежной теории или методологии для выявления таких мест не существует, надо просто отслеживать поведение посетителей.

4) Характерные для формата самообслуживания обширный зал, более обильная выкладка, ее более сложное размещение, охват всего пространства зала, а не только «пристеночной» части, что характерно для прилавочных аптек, обычно требуют системы навигации (дополнительных крупных рубрикаторов, облегчающих ориентацию в зале).

5) Все еще встречается (правда, уже довольно редко и в основном в небольших городах) мнение, что ассортиментом зоны самообслуживания может быть только (или почти исключительно) парафармация. Однако, основная причина прихода большинства посетителей в аптеки самообслуживания — покупка лекарств (хотя при самообслуживании они порой и дают менее половины оборота/прибыли). Поэтому для аптек самообслуживания целесообразно размещать значительное количество (сотни артикулов) лекарственных средств в открытой выкладке.



ДИСТАНЦИОННЫЕ АПТЕЧНЫЕ ПРОДАЖИ

8.1. ЦЕНОВАЯ ПОЛИТИКА	120
8.2. ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ВАРИАНТОВ ДОСТАВКИ	121
8.3. ПОМОЩЬ КЛИЕНТУ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ПОКУПКИ	122
8.4. ИНТЕРНЕТ-МЕРЧАНДАЙЗИНГ	122
8.5. РЕКЛАМА	123

Сектор дистанционной торговли¹ стал всерьез заметен на аптечном рынке РФ лишь с начала 2000-х, однако к настоящему времени у него уже сформировались устойчивые сегменты потребителей:

- покупатели, ориентированные на низкие цены;
- малоподвижные покупатели, объективно нуждающиеся в дистанционных продажах.

Несмотря на нишевый характер данного сегмента, дистанционные аптеки «задают тон» всей аптечной отрасли по ряду направлений маркетинга:

- агрессивная ценовая политика многих дистанционных аптек оказывает заметное конкурентное давление на аптечные цены в целом;
- многие наиболее удачные решения интернет-интерфейса в отношении взаимодействия с клиентурой

постепенно становятся отраслевым стандартом для всего аптечного сектора.

8.1. ЦЕНОВАЯ ПОЛИТИКА

Для аптек дистанционной торговли ключевым аспектом стратегического развития является не сервис доставки, а ценовая политика.

Это обусловлено тем, что большинство аптечной клиентуры в сервисе доставки как таковом не нуждается: основной массе покупателей, для которых характерны небольшие эпизодические покупки (в среднем по России — порядка 200–300 руб. 1–2 раза в месяц), удобнее и привычнее посетить аптеку «вживую», чем ждать доставки. Тем более что особых проблем с обеспеченностью россиян обычными аптеками (за исключением отдельных регионов и удаленных населенных пунктов) в настоящее время нет: как уже отмечалось, средняя плотность сети аптек в РФ близка к уровню ЕС (см. главу 1 «Ключевые тенденции аптечного сектора в среднесрочной перспективе»). Поэтому сервис доставки лекарств сам по себе важен только для тех, кому затруднительно в силу тех или иных причин (болезнь, срочные домашние дела и т. п.) воспользоваться обычной аптекой. А эта категория относительно невелика — в пределах 15% клиентуры.

В несколько раз более многочисленным является сегмент клиентов, серьезно заинтересованных в низких ценах (хроники и другие потребители дорогостоящих аптечных товаров) и готовых примириться с несколькими часами или днями ожидания в случае бонуса — достаточно низких цен. Таким образом, для увеличения продаж дистанционные аптеки должны использовать модель работы дискаунтеров.

¹ Согласно п. 5 постановления Правительства РФ от 27 сентября 2007 г. № 612, не допускается продажа дистанционным способом товаров, свободная реализация которых запрещена или ограничена законодательством РФ. П. 2 того же постановления гласит, что продажа считается дистанционной, если она совершается по договору розничной купли-продажи, заключенному на основании ознакомления покупателя с предложенным продавцом описанием товара, однако без непосредственного ознакомления покупателя с товаром либо образцом товара при заключении такого договора. В свою очередь Указ Президента РФ от 22 февраля 1992 г. № 179 «О видах продукции (работ, услуг) и отходов производства, свободная реализация которых запрещена» содержит в том числе перечень такой продукции, в котором среди прочих указаны и лекарственные средства. При этом не имеет значения, отпускаются лекарства по рецепту или без него.

Запрет торговли лекарственными препаратами через Интернет подтверждается также правилами продажи отдельных видов товаров, утвержденными постановлением Правительства РФ от 19 января 1998 г. № 55. В постановлении указано, что при осуществлении розничной торговли вне стационарных мест, для этого предназначенных (дома, по месту работы и учебы, в транспорте, на улице и в иных местах), не допускается продажа лекарственных препаратов (разносная торговля). В дополнение можно привести приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 июля 2010 г. № 553н «Об утверждении видов аптечных организаций», согласно которому аптечные организации могут существовать в виде аптеки, аптечного пункта и аптечного киоска.

Однако необходимо учитывать, что нормативно-правовыми актами запрещен следующий способ реализации лекарств через Интернет: потребитель дистанционно узнает о товаре, выражает свое намерение его купить, и заказ доставляется потребителю в указанное им место. Если же потребитель узнает о препарате через Интернет, но для его покупки приходит в реальную аптеку — это не нарушение, поскольку продажи дистанционным способом не было, так как покупатель лично купил препарат.

Запрет в отношении интернет-продаж лекарственных средств призван защитить права потребителя на приобретение безопасного товара, на получение достоверной информации о товарах, производителе, продавце товара. В соответствии с действующим законодательством РФ это возможно только при стационарном способе продажи.

На практике продажа лекарственных препаратов посредством сети Интернет весьма распространена, и на данный момент не сформирована практика привлечения к ответственности за ее осуществление. Однако это не означает того, что в дальнейшем аптеки не будут привлечены к ответственности за реализацию лекарственных средств через Интернет, которая предусмотрена статьей 14.1. Кодекса об административных правонарушениях РФ (нарушение условий предпринимательской деятельности, предусмотренных лицензией) (прим. **Андрея Колесникова**, юриста-консультанта ЗАО НПК «Катрен»).

Основная стратегическая перспектива сектора аптечных дистанционных продаж — это политика дискаунтеров с ценами, существенно пониженными относительно среднерыночных.

Политика дискаунтеров для дистанционных аптек вполне достижима за счет экономии на помещениях, торговом оборудовании, осуществлении выкладки и т. п. Это подтверждает как зарубежный, так и уже имеющийся отечественный опыт.

Вместе с тем **пониженные цены при дистанционной торговле целесообразны не для всех товаров, а только в том ассортиментном сегменте, где высока ценовая чувствительность потенциальных клиентов:**

- **относительно дорогостоящие товары** — в зависимости от уровня жизни в большинстве населенных пунктов это товары стоимостью свыше 200–400 руб.;
- **товары, хотя и более дешевые (от 50–100 руб.), но потребляемые регулярно и в значительном количестве** — хроническими больными и т. п.

Для прочих товаров (недорогих и приобретаемых эпизодически — например, для лечения простудных заболеваний, системных противомикробных препаратов, сопутствующей парафармации и т. п.) обычно не имеет смысла снижать цену относительно среднегородского уровня.

В остальном при формировании ценовой политики можно применять принципы, описанные в главе 4 «Ценообразование».

Что касается той, на данный момент достаточно заметной в РФ части дистанционных аптек, которая ориентируется на уровень цен не ниже среднерыночного, — некоторое количество аптек с такой ценовой политикой, возможно, сохранится в качестве своего рода «элитного» нишевого сегмента, специализирующегося на срочной доставке заказов. Однако, вероятно, их доля значительно сократится уже в ближайшие несколько лет.

8.2. ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ВАРИАНТОВ ДОСТАВКИ

Большинству дистанционных аптек в городах с населением от 300–500 тыс. человек для эффективного охвата всех основных групп клиентов целесообразно обеспечивать 3 базовых варианта курьерской доставки²:

- **стандартная доставка:** при заказе в первой половине дня — доставка в тот же день в течение 2–5 часов (в зависимости от размера города), при заказе во второй половине дня — на следующий день в первой половине дня. Обычно экономически эффективно обеспечивать бесплатную доставку в пределах города (за исключением некоторых особо отдаленных районов), начиная с некоторого размера заказа (в зависимости от издержек на доставку и уровня цен). «Порог» бесплатной доставки в зависимости от величины города сильно колеблется: в Москве — порядка 500–1000 рублей, в других городах — как правило, существенно меньше;
- **срочная доставка:** в пределах основной части города (в зависимости от его величины) такая доставка осуществляется в течение 1–2 часов (в Москве и некоторых других крупных городах необходима дифференциация по районам). При срочной доставке целесообразно взимать дополнительную плату, покрывающую издержки по обеспечению срочности. Если стандартная доставка обычно эффективна на базе общественного транспорта, то срочная доставка в большинстве городов зачастую нуждается в специальном автотранспорте;
- **специальная доставка редких лекарств:** для товаров, которые нерентабельно держать в постоянном ассортименте на складе, может быть оправдана организация специального заказа у дистрибьютора. Сроки доставки при этом могут увеличиваться до нескольких дней в зависимости от специфики товара и сервиса поставщика. В отличие от посетителей обычных аптек значительная часть клиентов, пользующихся услугой доставки, зачастую готова подождать дополнительное время в случае привлекательной цены на товар.

² Вопросы почтовой доставки лекарственных средств в РФ не затрагиваются, поскольку это крайне специфический нишевый сегмент (в частности, в связи с проблематичностью обеспечения температурного режима).

8.3. ПОМОЩЬ КЛИЕНТУ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ПОКУПКИ

Многие дистанционные аптеки сводят процесс формирования покупки к технической процедуре фиксации пожеланий клиента, уточнения, что есть в наличии, и т. п. Между тем, как отмечалось в главе 2 «Маркетинговая работа с посетителями», на стадии формирования запроса клиента есть значительный — в среднем порядка 10–15% — потенциал увеличения покупки за счет предложения более эффективных альтернатив и дополняющих основной запрос рекомендаций.

Наконец, не стоит «упускать» ту важную часть клиентов, которая обращается к фармацевту, как к врачу, т. е. с просьбой о лекарстве «от простуды», «от головной боли» и т. п. К сожалению, в дистанционных аптеках до сих пор нередко встречается, по сути дела, отказ от рекомендаций по симптоматическим запросам: консультант ограничивается ответами типа: «можно принимать то-то, то-то и то-то, выбирайте», не пытаясь действительно помочь в выборе препарата. Таким образом, принципиально промоциональные рекомендации клиентам при дистанционных продажах ничем не отличаются от аналогичной работы с посетителями обычных аптек — данная тематика подробно разобрана в главе 2 «Маркетинговая работа с посетителями».

8.4. ИНТЕРНЕТ-МЕРЧАНДАЙЗИНГ

Аптеки дистанционных продаж часто называют интернет-аптеками. Это неточно: до сих пор заметная часть дистанционных аптек не имеет своего сайта, покупатели делают в них заказ по телефону. Тем не менее эффективный сайт весьма важен для дистанционной аптеки.

Даже при наличии собственного интернет-сайта далеко не все дистанционные аптеки оптимально используют его возможности. При этом основные ошибки интернет-мерчандайзинга (представления товара на сайте) аналогичны тем, которые совершаются в обычных аптеках: неудобная категоризация/рубри-

кация товара, приоритет презентации товара не соответствует его коммерческому приоритету.

На сайте интернет-аптеки должна быть возможность поиска товаров по категориям (аналогично рубрикам в обычных аптеках). Это обусловлено тем, что поиск по названиям хотя и важен, но не для всех удобен (особенно если не помнишь точное название препарата). Кроме того, посредством представления в рубриках классификатора наиболее популярных или продвигаемых товаров существенно стимулируется «импульсный» спрос.

Классификатор товаров интернет-аптеки должен быть понятен и удобен массовой, не имеющей медицинского образования клиентуре.

Представленная на сайте классификация лекарств не должна вызывать у посетителя недоумения. Типичные примеры встречающихся у российских интернет-аптек рубрик: «Адреномиметические средства», «Алкилирующие средства», «Гематология», «Глюкокортикоидные средства», «ЛОР», «Офтальмология», «Проктология», «Пульмонология», «Энтеросорбенты»... Очевидно, что эти термины мало что скажут большей части клиентов.

В целом большинство вопросов организации категорий/рубрикаторов товара на сайте интернет-аптеки принципиально не отличается от соответствующей проблематики мерчандайзинга обычного аптечного предприятия, охарактеризованной в главе 5 «Мерчандайзинг». Вместе с тем имеется и ряд отличий:

- В интернет-пространстве не действуют нормы законодательства, ограничивающие (при всей их нечеткости и расплывчатости) представление рецептурных средств на витринах «реальных» аптек.
- На сайтах интернет-аптек также целесообразно распределять все лекарственные средства, независимо от формы, по общим нозологическим/фармакотерапевтическим категориям (поскольку в отличие от обычных аптек не существует нормативных огра-

ничений, регламентирующих раздельное представление наружных и внутренних лекарственных средств в «виртуальном пространстве»), а также размещать БАД совместно с лекарственными средствами по общим нозологическим/фармакотерапевтическим категориям (поскольку не существует нормативных ограничений, регламентирующих раздельное представление лекарственных средств и БАД на сайтах).

Кроме того, в виртуальном пространстве нет ограничений размера зала и емкости витринной площади, поэтому количество категорий/рубрик может быть гораздо больше, а их структура — значительно более разветвленной, чем в обычной аптеке. На сайте интернет-аптеки также необходимо:

- обеспечить возможность легкого просмотра подробной информации о каждом товаре (инструкции и т. п.) через ссылки или любым другим удобным способом;
- обеспечить возможность поиска по МНН, а не только по фирменному наименованию. Причем в результате этого поиска должны быть показаны и все брендированные препараты соответствующего МНН, иначе это в определенной степени снижает вероятность их покупки.

8.5. РЕКЛАМА

До сих пор даже в больших городах немалая доля потенциальных покупателей имеет самое общее представление о дистанционных аптечных продажах и не увязывает эту информацию со своими насущными потребностями. В еще меньшей степени клиентура осведомлена о ценовых преимуществах многих дистанционных аптек. В связи с этим большое значение имеет правильно организованная реклама.

Как показывает практика, в силу того что бизнес дистанционных продаж относительно невелик, эф-

В отличие от большинства обычных аптек, которым часто достаточно наружной рекламы, для дистанционных аптек систематическая активная реклама — один из ключевых факторов успеха.

фективны более экономичные рекламные каналы, в первую очередь:

- Интернет (на городских порталах и сайтах, раскрутка сайта в поисковиках и каталогах и т. п.);
- местные газеты, особенно газеты объявлений.

В отдельных случаях хорошие результаты может дать и реклама в других СМИ — например, в небольших городах, где чаще встречается сочетание относительно дешевой массовой рекламы с достаточно широким покрытием целевой аудитории.

Особо следует отметить, что к размещению рекламы на специализированных аптечных интернет-порталах, которые сравнивают цены в аптеках города, надо подходить очень аккуратно и вдумчиво. Если дистанционная аптека не обеспечивает достаточно низких цен, как уже отмечалось, представление своего прайс-листа на фоне конкурентов может выступить, скорее, «антирекламой».

Наконец, для развивающихся дистанционную торговлю аптечных сетей довольно действенна активная реклама через собственные «реальные» аптеки.

Важное направление рекламы — акцент на положительный имидж, обеспечение доверия клиентуры.

Многие потенциальные клиенты все еще относятся к дистанционным аптекам с подозрением, сомневаясь в качестве продукции, возможности предъявления претензий в случае проблем с покупками и т. п. Соответственно, важная задача рекламы — донесение до клиентуры позитивной имиджевой информации:

- принадлежность дистанционной аптеки к известной аптечной сети или другому акционеру, имеющему в городе хорошую репутацию (конечно, если это имеет место быть);
- наличие лицензии, указание реального адреса, контактов и т. п.;
- о количестве клиентов, «возрасте» аптеки (разумеется, для аптек «со стажем»), использовании в случае необходимости термоконтейнеров и т. д. и т. п.



СПЕЦИФИКА МАРКЕТИНГА КРУПНЫХ АПТЕЧНЫХ СЕТЕЙ

9.1. РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПРИОРИТЕТЫ ЭКСПАНСИИ И КЛАСТЕРНАЯ МОДЕЛЬ ОСВОЕНИЯ ГОРОДСКИХ РЫНКОВ	127
9.2. СПЕЦИФИКА ПРОДВИЖЕНИЯ АПТЕЧНЫХ СЕТЕЙ	129
9.3. СТАНДАРТИЗАЦИЯ МАРКЕТИНГОВЫХ ПАРАМЕТРОВ СЕТЕВЫХ ТОЧЕК И СЛУЖБ	130
I. АССОРТИМЕНТ И УРОВЕНЬ ДЕФЕКТУРЫ	130
II. ЦЕНООБРАЗОВАНИЕ	131
III. СЕРВИС	131
IV. МЕРЧАНДАЙЗИНГ	131
V. РЕКЛАМА	132

Как уже отмечалось в главе 1 «Ключевые тенденции аптечного сектора в среднесрочной перспективе», отечественный сетевой сектор в последние годы заметно «просел» на фоне остального аптечного рынка (см. рисунок 9.1, стр. 130).

Таким образом, к сожалению, сбылись мои опасения, высказанные в одной из публикаций 2006 года: «Намерение российского сектора крупных сетей за малое количество лет увеличиться вдвое и занять порядка половины рынка напоминает попытку "проглотить, не прожевав". В результате, инвестиционных ресурсов может не хватить для повышения эффективности».

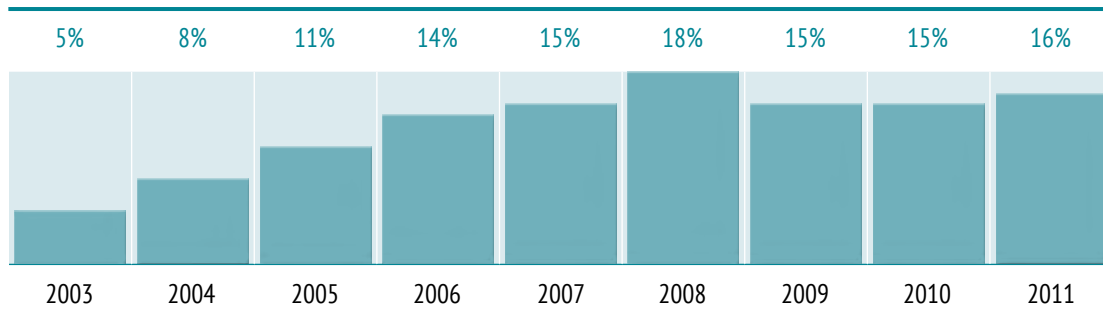
Оценки ЦМИ «Фармэксперт», характеризующие ситуацию всего сегмента аптечных сетей (в т. ч. мелких), демонстрируют аналогичную динамику (см. рисунок 9.2, стр. 131).

Приведенные данные свидетельствуют, что **одиночные аптеки в кризисные годы выживали успешнее сетевых**.

Безусловно, наблюдаемая в последние годы негативная динамика отчасти обусловлена объективными факторами — отменой некоторых налоговых льгот. Вместе с тем, судя по опыту моей работы, **в среднем крупные сети не превосходят своих более мелких конкурентов в области базовых элементов бизнеса (работа с клиентурой, ассортимент, ценообразование)**. Некоторые преимущества (захват ряда лучших локализаций, более широкий парафармацевтический ассортимент, более активное использование самообслуживания, более обильная выкладка) часто сводятся на нет недостаточно комплексным и последовательным подходом. Например, довольно широкий ассортимент зачастую не соответствует локальному спросу и сочетается со значительной дефектурой, и т. п.

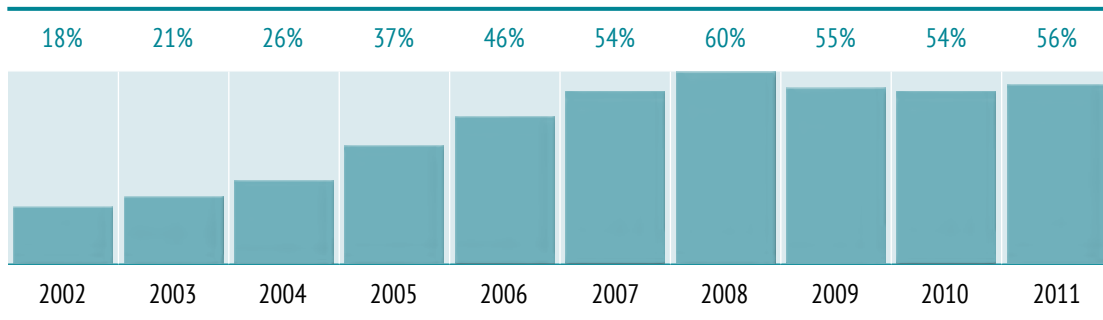
В данной главе рассмотрен ряд направлений оптимизации маркетинга, наиболее актуальных для крупных аптечных сетей.

РИСУНОК 9.1. ДОЛЯ 10 КРУПНЕЙШИХ СЕТЕЙ В КОММЕРЧЕСКОМ СЕГМЕНТЕ РЫНКА РОССИИ*



* Из отчета DSM Group «Фармацевтический рынок России – 2011», www.dsm.ru/content/file/dsm_11.pdf.

РИСУНОК 9.2. ДОЛЯ СЕТЕЙ С КОЛИЧЕСТВОМ ТОЧЕК БОЛЬШЕ ТРЕХ НА КОММЕРЧЕСКОМ РЫНКЕ ЛС РОССИИ*



* Данные предоставлены центром маркетинговых исследований «Фармэксперт» по запросу автора.

9.1. РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПРИОРИТЕТЫ ЭКСПАНСИИ И КЛАСТЕРНАЯ МОДЕЛЬ ОСВОЕНИЯ ГОРОДСКИХ РЫНКОВ

До сих пор географическая структура даже сетей-лидеров, имеющих национальные масштабы и охватывающих десятки регионов, носит весьма «рваный» и диспропорциональный характер. В частности, у этих сетей:

- С одной стороны, имеется значительное количество аптек в небольших городах и даже поселках регионов, далеко не самых привлекательных по покупательскому потенциалу (Белгородская, Владимирская, Ивановская, Калининградская, Кировская, Тульская, Ярославская области, Забайкалье и т. п.).
- С другой стороны, весьма скромным может быть охват рынка или даже вовсе могут отсутствовать точки в некоторых крупнейших городах — таких как Санкт-Петербург, Новосибирск, Челябинск, Самара, Казань, Красноярск.

Между тем **наиболее привлекательными рынками для сетевого аптечного бизнеса в долгосрочной стратегической перспективе выступают именно крупные города**, как правило, характеризующиеся более высокими показателями:

- **платежеспособности населения** — этот фактор, как уже отмечалось в главе 1 «Ключевые тенденции

аптечного сектора в среднесрочной перспективе», в наибольшей степени влияет на «аптечные» расходы;

- **развития потребностей** — в небольших населенных пунктах зачастую недостаточная квалификация врачей приводит к слабому спросу на современные лекарства. А специфическая потребительская субкультура ограничивает спрос на многие виды парафармации;
- **плотности населения, количества и размеров зон массовой концентрации потребителей** (торговые зоны, зоны отдыха, потоки маятниковой миграции), которые являются важными факторами эффективности аптечного бизнеса.

Безусловно, отдельные мелкие населенные пункты («элитные» поселки, небольшие города вокруг эффективно работающих градообразующих предприятий) также могут обладать высокой привлекательностью. Однако по общему потенциалу рынки крупных городов для аптечных сетей гораздо приоритетнее.

Важным комплексным показателем, характеризующим стратегическую маркетинговую привлекательность города, является доля городского рынка в общей емкости аптечного рынка РФ (см. таблицу 9.1, стр. 132).

Прочие параметры городских рынков — уровень конкуренции, стоимость покупки/аренды торговых площадей, конъюнктурные возможности покупки региональных сетей, поведение местных властей (в ряде регионов есть значительные неофициальные

ТАБЛИЦА 9.1. ДОЛЯ КРУПНЕЙШИХ ГОРОДСКИХ КОММЕРЧЕСКИХ АПТЕЧНЫХ РЫНКОВ (ВКЛЮЧАЯ ПАРАФАРМАЦИЮ) В ОБЩЕМ ОБЪЕМЕ АПТЕЧНОГО РЫНКА РФ, 2011 Г.*

Доля российского аптечного рынка, %	
Москва	15–20
Санкт-Петербург	~5
Екатеринбург	~1,5
Нижний Новгород	~1,5
Новосибирск	1–1,5
Самара	1–1,5
Уфа	~1
Ростов-на-Дону	~1
Казань	~1
Челябинск	~1
Пермь	~1
Красноярск	~1
Волгоград	~1
Воронеж	0,5–1
Саратов	0,5–1
Омск	0,5–1
Иркутск	0,5–1
Краснодар	0,5–1
Хабаровск	0,5–1
Тюмень	0,5–1
Владивосток	0,5–1

* Оценки сделаны на основе данных, предоставленных маркетинговым агентством DSM Group и центром маркетинговых исследований «Фармэксперт» по запросу автора, а также с учетом информации аналитической компании IMS Health (www.aipm.org/pub/rmbc).

барьеры для федеральных игроков аптечного рынка) и т. д. — при планировании региональной экспансии также играют существенную, но, скорее, тактическую роль.

Безусловно, в каждом плановом периоде необходимо выбирать для освоения рынки с достаточно благоприятными условиями и учитывать имеющиеся ресурсы. Однако **в целом в качестве приоритета для крупнейших сетей, претендующих на национальный или многорегиональный статус, можно рекомендовать прочное закрепление на 15–20 наиболее емких городских аптечных рынках.**

Для освоения крупнейших городских рынков эффективна кластерная¹ модель, подразумевающая создание достаточно крупных групп аптек («критической массой» от 5% численности аптек города), охватывающих наиболее привлекательные районы города. Это обеспечивает:

- возможность использовать сетевой бренд на городском уровне;
- географическую концентрацию продаж, что нередко позволяет добиваться дополнительных скидок у дистрибьюторов, работающих в данных регионах.

Также весьма желательны наличие в составе кластера не менее 2–3 проходимых аптек в лучших местах города. Приоритетность проходимых аптек обусловлена как их значительным коммерческим потенциалом (в среднем при типичной конкурентной ситуации их оборот часто в разы выше, чем у обычной спальной аптеки того же города), так и рядом важных системных преимуществ:

- Значительные рекламные возможности, поскольку через такие аптеки проходит множество посетителей из разных районов города, чье впечатление от конкретной аптеки — существенный фактор формирования лояльности клиентуры к сети в целом.
- Лучшее понимание ассортимента, так как запросы клиентуры проходимых аптек обычно более комплексно отражают «среднегородской» аптечный рынок.

¹ От английского **cluster** – скопление, группа.

- Возможность эффективного использования формата самообслуживания (подробнее об этом см. главу 7 «Специфика и перспективы открытого доступа»).

9.2. СПЕЦИФИКА ПРОДВИЖЕНИЯ АПТЕЧНЫХ СЕТЕЙ

Большинство сетевых точек (даже принадлежащих к сетям, занимающим значительную долю местного рынка) пока воспринимаются основной массой посетителей как «просто аптеки» — т. е. сети весьма слабо используют возможность дополнительного привлечения лояльной клиентуры за счет популярности своего бренда.

Сети с численностью свыше 5–10 точек в городе, в отличие от большинства своих более мелких конкурентов, потенциально имеют возможность активнее использовать для раскрутки массовую рекламу за счет гораздо более широкого охвата клиентуры. Начиная с определенного уровня численности аудитории, рекламный контакт посредством ряда основных СМИ (телевидение, радио) обычно обходится дешевле, чем через «локальные» (привязанные к каждой конкретной аптеке) каналы рекламы. Поэтому для более или менее крупных сетей затраты на массовую рекламу, несмотря на их относительно большую величину (зачастую порядка нескольких сотен тысяч рублей в расчете на город), во многих случаях приемлемы.

Для оценки перспектив массовой рекламы можно использовать показатель доли количества аптек сети в данном городе к общей численности всех городских аптек. Если этот показатель меньше 5–10% — скорее всего, степень охвата городской клиентуры недостаточна для экономической эффективности массовой рекламы в данном городе (особенно если аптеки сети в основном спальные и неудобны для большинства «общегородской» клиентуры). Если же указанный показатель выше 10–20% — вероятность эффективности массовой рекламы вполне реальна и заслуживает серьезной проработки.

Вместе с тем, как уже отмечалось в главе 6 «Реклама», для достижения положительного результата от массовой рекламы важно наличие/отсутствие **реальных** сильных сторон (местоположения, ассортимента, ценовой политики, сервиса, формата, общесетевых услуг), значимых для существенной части клиентуры. Если точки сети по указанным параметрам мало отличаются от «среднегородской» аптеки или отличаются по второстепенным характеристикам (по ассортименту косметики и т. п.) — весьма вероятно, массовая реклама будет малоэффективна даже при доле аптечной сети на городском рынке свыше 30%.

Важным инструментом массовой рекламы для крупных сетей является собственный интернет-сайт — при относительно невысоких в расчете на масштаб сети затратах:

- С его помощью можно эффективно и наглядно, с использованием качественного креатива охарактеризовать ключевые параметры сети: местоположение точек, ассортимент, ценовую политику, сервис.
- Наличие собственного информативного и посещаемого сайта значительно повышает эффективность интернет-рекламы, поскольку в качестве бесплатного инструмента рекламы начинают работать интернет-поисковики.
- Сайт выступает хотя и вспомогательным, но полезным рекламным инструментом при «раскрутке» как продукции поставщиков, так и собственных торговых марок (при их наличии).

Для сетей с численностью от 5–10 точек в городе также важны:

- Активная «перекрестная» реклама через собственные аптеки: вывешивание на заметных местах экстерьера и интерьера больших объявлений, содержащих адреса своих точек в городе с выделением, при необходимости, их особенностей (времени работы, специализации и др.).
- Публикации в справочниках и базах данных в формате расширенных рекламных модулей, характеризующих местоположение и существенные особенности работы точек.

9.3. СТАНДАРТИЗАЦИЯ МАРКЕТИНГОВЫХ ПАРАМЕТРОВ СЕТЕВЫХ ТОЧЕК И СЛУЖБ

Для аптечной сети важную роль играет стандартизация работы входящих в нее аптек. Эффективность такой стандартизации начинает проявляться при наличии в городе не менее 5 точек сети:

- Стандартизация позволяет централизовать большую часть ключевых маркетинговых функций, что выступает существенным фактором как роста качества работы, так и экономии.
- Единообразие ряда параметров (ассортимента, ценовой политики, сервиса, мерчандайзинга, фирменного стиля) само по себе способствует лояльности клиентуры.

Руководство большинства сетей в принципе осознает необходимость стандартизации работы точек и движется в данном направлении. Однако конкретные модели стандартизации во многих случаях неэффективны:

- часть важных параметров (ядро ассортимента, рекомендации посетителям) нередко контролируется в недостаточной степени;
- напротив, другие параметры (например, наценка в нижних ценовых сегментах) порой регламентируются слишком жестко.

В силу неизбежных значительных различий аптек (спроса, конкурентной ситуации, помещений) сетевые стандарты должны обеспечивать определенный «люфт», в рамках которого каждая аптека сети могла бы находить компромисс между необходимостью соблюдения корпоративных стандартов и особенностями своей маркетинговой ситуации.

Для большинства сетей эффективен охарактеризованный ниже типовой подход к основным компонентам корпоративных стандартов.

I. АССОРТИМЕНТ И УРОВЕНЬ ДЕФЕКТУРЫ

В сетевые корпоративные стандарты ассортиментной политики рекомендуется включать:

- минимальный ассортимент лекарственных средств и парафармации, который должен поддерживаться в каждой точке²;
- допустимый уровень дефектуры по поддерживаемому аптекой ассортименту: отношение количества неудовлетворенных запросов посетителей на номенклатуру поддерживаемого ассортимента к количеству покупок отдельных артикулов (или количеству чеков при отсутствии информации в разрезе артикулов ассортимента).

Стандарты минимального ассортимента разрабатываются дифференцированно для каждого города присутствия сети. По лекарственным средствам и БАД его эффективная ширина обычно ~500–1000 позиций (в зависимости от стратегии сети), обеспечивающих как достаточный охват основных бестселлеров местного рынка, так и поддержание определенного «ассортиментного имиджа» сети (при наличии такового).

В случае если в городе у сети имеются проходимые аптеки, чаще всего целесообразен дополнительный стандарт минимального ассортимента проходимых аптек, эффективная ширина которого по лекарственным средствам обычно ~1000–1500 позиций.

Необходимость стандартизации именно уровня *дефектуры по поддерживаемому ассортименту* обусловлена тем, что данный показатель определяется чисто организационными логистическими факторами (эффективностью управления запасами), поэтому его и следует поддерживать на едином для всей сети уровне. Для этого, разумеется, требуются соответствующая информационная система и эффективные бизнес-процессы поддержания запасов.

Приемлемый же уровень общей дефектуры (характеризующий удовлетворенность клиентуры по

² Имеется в виду не законодательно определяемый обязательный перечень препаратов, а собственный корпоративный стандарт ассортимента, формируемый с целью достаточного полного охвата рынка, — см. главу 3 «Ассортимент». Остальной ассортимент, сверх минимального, может формироваться сетевыми аптеками самостоятельно в соответствии со спецификой местного спроса.

всем запросам, в т. ч. на товары, вовсе отсутствующие в поддерживаемом ассортименте) сильно зависят от специфики местного спроса, особенностей аптеки, конкретной конкурентной ситуации. Поэтому при всей важности данного параметра и необходимости его тщательного отслеживания стандартизировать его обычно нецелесообразно.

II. ЦЕНООБРАЗОВАНИЕ

В сетевые корпоративные стандарты ценообразования рекомендуется включать:

- размер стандартной (для большинства лекарственных средств и близкой к нему по характеру парафармации) наценки для сегмента свыше 300 руб.;
- типовые направления позиционирования цены (ориентация на средний уровень, повышение/понижение) для сегментов до 100 руб. и 100–300 руб. относительно основных местных конкурентов (для спальных аптек) или среднегородской цены (для проходимых аптек);
- пределы повышения наценки на товары «качества жизни» и сопутствующую парафармацию.

При наличии общесетевых скидок (например, накопительной) их параметры также должны быть стандартизированы.

В случае возможности введения каких-либо типовых скидок для отдельных аптек (например, при заказе дефектурных позиций, скидки в периоды невысокой посещаемости), их параметры также целесообразно стандартизировать, предоставив точкам только право применять или не применять эти скидки.

В рамках перечисленных стандартов при общем контроле направления ценовой политики у точек остается существенная свобода для достаточно гибкой ценовой конкуренции на локальном уровне, учитывающей ее степень и остроту.

III. СЕРВИС

В сетевые корпоративные стандарты сервиса рекомендуется включать:

- стандарты рекомендаций посетителям, **«ядро» которых должно быть единым для всех точек**. Однако некоторые аптеки с учетом специфики локального спроса могут иметь дополнительные элементы таких стандартов (по отдельным нозологиям или препаратам, более детализированные указания и т. п.);
- при наличии в аптеке нескольких кассовых терминалов и соответствующего количества первостольников — порядок их подключения к работе в зависимости от количества покупателей (например, обязательность работы второй кассы при очереди свыше 3-х человек и т. п.);
- при наличии сервиса заказа дефектурных товаров — соответствующие стандарты бизнес-процесса заказа, сроков выполнения, порядка предоплаты в случае ее взимания;
- стандарты взаимодействия сетевых точек между собой «по горизонтали»: при дефектуре поиск товара в целом по сети и переадресация посетителей в другие, по возможности наиболее удобные для них аптеки сети.

Кроме того, при наличии собственной централизованной телефонной службы необходимы соответствующие стандарты ее работы (предоставления информации о наличии, цене и точках, оптимальных для клиента по их местоположению; принятия заказов дефектурных товаров при наличии такого сервиса). Данная служба также должна проводить телефонные консультации посетителей относительно товаров по их запросу в соответствии с общесетевыми стандартами для первостольников.

IV. МЕРЧАНДАЙЗИНГ

В сетевые корпоративные стандарты мерчандайзинга рекомендуется включать:

- перечень типовых категорий выкладки, их единые для всех аптек наименования;
- описание бизнес-процессов, определяющих выкладываемые в витринах каждой аптеки категории, формирование ассортимента в рамках таких категорий, порядок выкладки по витринной площади;
- конкретные размеры и оформление рубрикаторов;

- значения установочной площади и коэффициента кратности.

V. РЕКЛАМА


Поскольку рекламная деятельность весьма специфична и требует особых квалификации и опыта, ее обычно целесообразно централизовать полностью и сосредоточить ее осуществление в рамках специализированного функционального подразделения сети.

При этом для многорегиональных сетей встает вопрос распределения полномочий по рекламной деятельности между штаб-квартирой и регионами. По многим вопросам (выбор средств рекламы, порядок бюджетирования и др.) однозначных апробированных схем нет, решения могут приниматься

и на уровне регионов, и в центре. Но по ряду направлений, безусловно, необходимы жесткие общесетевые стандарты:

- фирменный стиль оформления экстерьера и наружной рекламы;
- фирменный стиль оформления интерьера (цвета, мебель, шрифты и т. д.);
- типовые слоганы и рекламные тексты (для листовок, публикаций, щитов, растяжек и др.).

Стандарты рекламы должны быть дифференцированы для каждого специфического зонтичного бренда сети (торговой марки, объединяющей группы аптек с особой маркетинговой стратегией). Например, некоторые сети выделяют в своем составе «обычные» аптеки и аптеки-дискаунтеры. Соответственно, для каждой группы аптек необходима особая рекламная политика и отдельный набор стандартов рекламы.



Корпоративный благотворительный фонд «Катрен» приглашает вас принять участие в программе
«Здоровье – детям»

«АПТЕКА – ЦЕНТР БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОСТИ»:

- Размещение в аптеке ящика-копилки для сбора средств и покупки в аптеке медикаментов и предметов гигиены для детей из детских домов города (области).
- Бесплатное распространение через аптеку журнала «Дети дома».

Почему это важно?

- Это своевременная помощь детям, оставшимся без попечения родителей.
- Это участие в социально значимом проекте, который не требует дополнительных затрат.
- Участие в благотворительности – логическое продолжение основной деятельности аптеки как социально ответственной организации.

Помощь начинается с аптеки.

Корпоративный благотворительный фонд «Катрен»

Телефон фонда: (383) 2277113

Сайт: www.blago.katren.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

МЕТОДИКА КЛАССИФИКАЦИИ АПТЕК

В данном приложении охарактеризованы принципы и методы классификации аптек по двум основным типам, выделяемым на основании маркетинговой специфики:

- 1) «спальные» аптеки, расположенные в обычных (не элитных) жилых районах с преобладанием (обычно более 70%) местных посетителей;
- 2) «проходимые» аптеки, находящиеся в людных местах (в центре города, рядом с транспортными узлами и т. п.), с преобладанием (обычно более 70%) «транзитных» посетителей из различных районов города.

В совокупности, по моему опыту, эти типы аптек покрывают около 90% аптечного рынка РФ.

Наиболее надежный способ определения типа аптеки — естественно, прямой опрос покупателей. Однако, чтобы он был достаточно репрезентативным и надежным, необходимо потратить 1–2 дня. Между тем в большинстве случаев уверенно классифицировать аптеку как спальную или проходимую можно в течение 1–2 часов на основе экспресс-анализа трафика (потока прохожих мимо аптеки) и численности квартир прилегающей жилой застройки. В наиболее очевидных случаях (например, в центре города или типичном спальном районе) достаточно двух- или трехкратного замера трафика в течение дня по 5–10 минут.

ТАБЛИЦА 1

	численность квартир в радиусе 1 км			
		менее 1 000	1 000–2 000	свыше 2 000
трафик прохожих мимо аптеки в среднем, человек/час в рабочее время	до 30	?	спальная аптека	спальная аптека
	30–50	?	?	?
	свыше 50	проходимая аптека	проходимая аптека	?

ТАБЛИЦА 2

		доля посетителей, проживающих в пределах 5 км от аптеки			
		менее 30%	30–50%	50–70%	свыше 70%
трафик прохожих мимо аптеки в среднем, человек/час в рабочее время	до 20	промежуточный тип	промежуточный тип	спальная аптека	спальная аптека
	20–50	проходимая аптека	промежуточный тип	промежуточный тип	спальная аптека
	свыше 50	проходимая аптека	проходимая аптека	промежуточный тип	спальная аптека

Методика обработки полученной информации для определения типа аптеки может быть представлена в виде следующей классификационной матрицы (см. таблицу 1).

В спорных или «пограничных» случаях (обозначенных в матрице вопросительными знаками), когда преобладание местных или транзитных посетителей не очевидно, все-таки целесообразен опрос посетителей о месте проживания (см. таблицу 2).

При опросе посетителей желательно для достаточной репрезентативности:

- охватить не менее 10–20% посетителей в течение дня;
- проводить опрос не менее 5 раз равномерно в течение рабочего дня в течение двух будних дней;
- замерять трафик не менее 5 раз по 10 минут равномерно в течение рабочего дня в течение двух будних дней.

Для контроля репрезентативности и анализа половозрастной структуры респондентов при опросах

необходимо фиксировать их пол и ориентировочный возраст:

- исчисление процентного соотношения женщин: если он меньше 60% или больше 85%, можно заподозрить, что выборка нерепрезентативна и необходим дальнейший анализ;
- исчисление среднего возраста: если он меньше 35 или больше 55, можно заподозрить, что выборка нерепрезентативна и необходим дальнейший анализ.

«Контрольным» критерием для определения спальной аптеки может быть также стоимость средней лекарственной упаковки в сравнении со среднероссийским показателем по данным розничного аудита (при наличии этих данных). В случае превышения среднероссийского уровня более чем на 20%, аптека, скорее всего, является нетипичной спальной, поскольку платежеспособность ее клиентуры превышает соответствующий общероссийский показатель.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

МЕТОДОЛОГИЯ И ИНФОРМАЦИЯ РОЗНИЧНОГО АУДИТА

ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ

В качестве источника информации используют ся приходные накладные аптек (на бумажных или электронных носителях).

ПАНЕЛЬ АПТЕК И ТОЧНОСТЬ ДАНЫХ

Для получения максимально точных данных формируется специальная репрезентативная выборка аптечных предприятий, которая соответствует действующей аптечной структуре: в нее включены все формы и виды аптечных учреждений, которые присутствуют в генеральной совокупности, т. е. выборка представляет собой уменьшенную модель аптечной сети исследуемого региона.

КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Название аптеки, входящей в выборку, не разглашается. Такая процедура необходима во избежание внешнего влияния на аптеки со стороны производи-

Данный раздел подготовлен по материалам, предоставленным маркетинговым агентством DSM Group и центром маркетинговых исследований «Фармэксперт».

телей, дистрибьюторов и т. п. (направленные рекламные акции, увеличение поставок и т. д.). Это также гарантирует аптекам «целевое» использование предоставляемых ими данных о продажах.

База розничного аудита содержит информацию о продажах лекарственных средств, БАД, косметики и другой парафармацевтической продукции через аптечные учреждения страны. База обновляется **ежемесячно**, проходит полный цикл обработки и анализа, данные за месяц доступны уже **через 21 календарный день** после его окончания.

В РФ выборка розничного аудита DSM Group насчитывает **свыше 8000** розничных аптечных точек по всей стране. Базы данных формируются по региональным единицам, представленным в [таблице 1](#).

Параметры формирования запросов для всех баз данных DSM Group **идентичны**. Их можно компоновать в любых вариациях для получения различных отчетов.

С 2007 года DSM Group также предоставляет данные мониторинга розничных фармацевтических рынков Украины, Молдовы и Казахстана в рамках стратегического партнерства с компаниями «Бизнес-Кредит ЭлСи» (Украина) и агентством маркетинговых исследований Vi-ORTIS (Казахстан).

Выборка розничного аудита ЦМИ «Фармэксперт» насчитывает свыше 12 000 розничных аптечных точек

по РФ. Базы данных формируются по региональным единицам, представленным в [таблице 2](#).

При построении выборки аптечных учреждений используются данные о численном составе и структуре регионального аптечного рынка. Информация о количестве и типе аптечных предприятий, их сетевой принадлежности и форме собственности аккумулируется в ходе регулярных исследований, проводимых компанией, и проходит дополнительную проверку в ходе полевой работы, проводимой представителями компании.

Собранная информация позволяет определить структуру генеральной совокупности аптечных учреждений и производить квотирование выборки:

Для расчета минимального объема выборки аптечных учреждений используется методика расчета объема выборочной совокупности со стандартной ошибкой выборки 10%. Для ключевых городов/регионов, аптечный рынок которых насчитывает более тысячи аптечных учреждений, ошибка выборки составляет 5%:

$$n = 1 / ((\text{ошибка выборки})^2 + 1/N),$$

где N — количество аптечных учреждений в городе,

n — объем выборки,

доверительная вероятность — 95%.

- В соответствии со структурой аптечного рынка города/региона производится пропорциональный отбор аптек. В группах, отличающихся значительной разнородностью, доля выборки может быть увеличена.
- Результаты целевого увеличения выборки в данных категориях приводятся в соответствие со структурой аптечного рынка при помощи системы весов.

Одной из задач, стоящих перед ЦМИ «Фармэксперт», является систематическое совершенствование методики выпуска баз данных, направленной на повышение точности показателей баз данных и расширение возможностей анализа.

В эволюции методологии выпуска данных ЦМИ «Фармэксперт» необходимо выделить два ключевых момента, произошедших в 2008 году:

1. Переход на квотированную модель выборки и дифференцированную методику экстраполяции исходных данных. Квотированная выборка является микромоделью аптечного рынка региона, обеспечивает покрытие различных его сегментов и позволяет точнее учитывать ассортиментные особенности действующих на рынке аптечных учреждений. Переход на дифференцированную методику экстраполяции в соответствии с моделью рынка был предпринят для повышения точности данных в АБД — стоимостных и количественных объемов продаж торговых марок и производителей. Он также позволил выявить диспропорции оценки ёмкости розничного фармацевтического рынка в детализированных административных центрах и регионах, попадающих в категорию «Другие города». Следует подчеркнуть, что описанные изменения в методике выпуска АБД направлены, прежде всего, на повышение достоверности данных по розничному обороту медицинских препаратов, реализация которых сконцентрирована в том или ином секторе аптечной розницы (государственных аптеках, сетях федерального уровня, мелкорозничных сетях и т. д.).

2. Принцип формирования выборки основан на сборе комплексных сведений как об аптечных закупках (sell-in), так и об аптечных продажах (sell-out), при этом в выборке доминирует информация о продажах, что позволяет точно оценивать рыночную ситуацию, то есть момент продажи товара потребителю. Данные по закупкам для отдельных позиций товаров могут существенно отличаться от данных по продажам, особенно это характерно для продукции, не пользующейся массовым спросом. Информация о закупках аптеки также необходима для формирования данных: сопоставление сведений о закупках и продажах позволяет, в частности, делать вывод о размере розничной наценки и ее динамике.

Кроме того, ЦМИ «Фармэксперт» предоставляет данные аудита розничного рынка стран СНГ: Украины, Казахстана, Белоруссии, Молдовы, Приднестровья, Узбекистана, Армении, Азербайджана, а также Сербии и Грузии.

ТАБЛИЦА 1. РЕГИОНАЛЬНЫЕ ЕДИНИЦЫ, ПО КОТОРЫМ ФОРМИРУЮТСЯ БАЗЫ ДАННЫХ DSM GROUP

Центральный федеральный округ
Москва
Московская область
Белгородская область
Брянская область
Владимирская область
Воронежская область
Воронеж
Костромская область
Курская область
Смоленская область
Тверская область
Ярославская область
Приволжский федеральный округ
Республика Татарстан
Казань
Республика Башкортостан
Уфа
Республика Удмуртия
Ижевск
Республика Чувашия
Кировская область
Нижегородская область
Нижний Новгород
Оренбургская область
Пензенская область
Пермский край
Пермь

Самарская область
Самара
Тольятти
Саратовская область
Саратов
Ульяновская область
Северо-Западный федеральный округ
Санкт-Петербург
Санкт-Петербург
Архангельская область
Архангельская область
Сибирский федеральный округ
Республика Бурятия
Республика Бурятия
Алтайский край
Алтайский край
Иркутская область
Иркутская область
Кемеровская область
Кемеровская область
Красноярский край
Красноярск
Красноярский край
Новосибирская область
Новосибирск
Новосибирская область
Томская область
Томская область
Читинская область
Читинская область

Другие регионы
Омск
Уральский федеральный округ
Свердловская область
Екатеринбург
Тюменская область
Тюмень
Челябинская область
Челябинск
Южный федеральный округ
Волгоградская область
Волгоград
Краснодарский край
Ростовская область
Дальневосточный федеральный округ
Амурская область
Приморский край
Хабаровский край

Обозначения:

Национальный уровень

Региональный уровень

Муниципальный уровень

Данные по Москве и Санкт-Петербургу предоставляются также в разбивке по округам

ТАБЛИЦА 2. РЕГИОНАЛЬНЫЕ ЕДИНИЦЫ, ПО КОТОРЫМ ФОРМИРУЮТСЯ БАЗЫ ДАННЫХ ЦМИ «ФАРМЭКСПЕРТ»

Центральный федеральный округ
Москва
Москва
Московская область
Другие регионы
Ярославль
Липецк
Рязань
Тверь
Владимир
Тула
Калуга
Кострома
Иваново
Воронежская область
Воронеж
Белгородская область
Белгород
Брянская область
Брянск
Курская область
Курск
Смоленская область
Смоленск
Орловская область
Орел
Приволжский федеральный округ
Республика Татарстан

Казань
Набережные Челны
Самарская область
Самара
Тольятти
Республика Башкортостан
Уфа
Нижегородская область
Нижний Новгород
Пермский край
Пермь
Другие регионы
Чебоксары
Саранск
Оренбургская область
Оренбург
Саратовская область
Саратов
Удмуртская Республика
Ижевск
Кировская область
Киров
Пензенская область
Пенза
Ульяновская область
Ульяновск
Северо-Западный федеральный округ
Санкт-Петербург
Санкт-Петербург
Другие регионы

Калининград
Псков
Великий Новгород
Мурманская область
Мурманск
Ленинградская область
Архангельская область
Архангельск
Вологодская область
Вологда
Республика Коми
Сыктывкар
Республика Карелия
Петрозаводск
Сибирский федеральный округ
Новосибирская область
Новосибирск
Красноярский край
Красноярск
Иркутская область
Иркутск
Кемеровская область
Кемерово
Новокузнецк
Другие регионы
Омск
Алтайский край
Барнаул
Томская область
Томск

Забайкальский край
Чита
Республика Бурятия
Улан-Удэ
Уральский федеральный округ
Свердловская область
Екатеринбург
Другие регионы
Другие города
Тюмень
Челябинская область
Челябинск
Магнитогорск
Южный федеральный округ
Краснодарский край
Краснодар
Ростовская область
Ростов-на-Дону
Волгоградская область
Волгоград
Другие регионы
Астрахань
Дальневосточный федеральный округ
Другие регионы
Хабаровск
Владивосток
Якутск
Северо-Кавказский федеральный округ
Ставропольский край
Ставрополь

Обозначения:

Национальный уровень

Региональный уровень

Муниципальный уровень

ИСТОЧНИКИ ДАННЫХ

ГЛАВА 1. КЛЮЧЕВЫЕ ТЕНДЕНЦИИ АПТЕЧНОГО СЕКТОРА В СРЕДНЕСРОЧНОЙ ПЕРСПЕКТИВЕ

- [1] www.dsm.ru/marketnews/1140_27.04.2012
- [2] http://www.economy.gov.ru/minec/activity/sections/macro/prognoz/doc20120511_003
- [3] www.who.int/nha/docs/world_medicine_situation.pdf, http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2011-en/07/04/index.html?contentType=/ns/Chapter,/ns/StatisticalPublication&itemId=/content/chapter/health_glance-2011-63-en&containerItemId=/content/serial/19991312&accessItemIds=&mimeType=text/html
- [4] www.imshealth.com/ims/Global/Content/Insights/IMS%20Institute%20for%20Healthcare%20Informatics/Global%20Use%20of%20Meds%202011/Medicines_Outlook_Through_2016_Report.pdf
- [5] www.economy.gov.ru/minec/activity/sections/macro/prognoz/doc20120511_003
- [6] www.dsm.ru/content/file/dsm_11.pdf
- [7] www.pharmvestnik.ru/publs/lenta/v-rossii/v-2014-godu-pilotnye-proekty-lekarstvennogo-straxovaniya-zapustjat-v-regionax.html, www.msreda.ru/publications/227, www.iep.ru/files/text/working_papers/125.pdf
- [8] <http://internetua.com/e-aptek-net--no-zakazat-lekarstva-online--mojno>
- [9] <http://www.rbcdaily.ru/2011/12/30/market/562949982404728>
- [10] www.gks.ru/bgd/regl/b11_34/IssWWW.exe/Stg/d02/6-32.htm
- [11] <http://www.mosapteki.ru/modules/articles/article.php?id=1926>, <http://www.rbcdaily.ru/2011/12/30/market/562949982404728>

ГЛАВА 2. МАРКЕТИНГОВАЯ РАБОТА С ПОСЕТИТЕЛЯМИ

- [1] www.fip.org/files/fip/publications/DevelopingPharmacyPractice/DevelopingPharmacyPracticeRU.pdf
- [2] <http://www.comcon-2.ru/default.asp?trID=2569>

ГЛАВА 3. АССОРТИМЕНТ

- [1] <http://www.comcon-2.ru/default.asp?artID=2569>, <http://www.comcon-2.ru/default.asp?trID=385>
- [2] <http://www.pharmexpert.ru/analytics/4/2327/>
- [3] подробнее об этом см. на <http://www.vidal.ru/vracham/Informatsiya-dlya-spetsialistov/provizoram-i-farmatsevtam/ATC-systema-klassifikatsii-lekarstv.html>, <http://www.ephmra.org/pdf/WHO-ATC%202012.pdf>

ГЛАВА 4. ЦЕНООБРАЗОВАНИЕ

- [1] <http://www.comcon-2.ru/default.asp?trID=385>, <http://www.comcon-2.ru/default.asp?artID=2569>
- [2] http://www.pharm-medexpert.ru/2012_04_mnenia1.php, www.pharmvestnik.ru/pubs/lenta/v-rossii/v-2014-godu-pilotnye-proekty-lekarstvennogo-straxovaniya-zapustjat-v-regionax.html
- [3] www.comcon-2.ru/default.asp?artID=2717
- [4] www.pharmacychain366.ru/common/apn-ru/accounting/presentations/CP_36_6_Jan10r.pdf

ГЛАВА 6. РЕКЛАМА

- [1] <http://wciom.ru/index.php?id=269&uid=112761>, http://www.bizhit.ru/index/vozrast_veb_polzovatelej/0-240
- [2] <http://wciom.ru/index.php?id=269&uid=112761>
- [3] www.tns-global.ru/rus/index.wbp, www.comcon-2.ru/default.asp?trID=596 и др.

АПТЕЧНЫЙ МАРКЕТИНГ

Катрен-Стиль. Альманах. 2013

Издание является приложением к журналу «Катрен-Стиль»

Автор: Алексей Славич-Приступа

Редакция:

Главный редактор: Елена Ватутина

Выпускающий редактор: Екатерина Воробьева

Редактор: Виктория Афанасьева

Корректор: Татьяна Рябченко

Дизайн и верстка: Игорь Токарев, Алексей Яковлев

Иллюстрации: Игорь Токарев, <http://lori.ru>, <http://www.pressfoto.ru>

Рассылка: Юлия Кабанова (Москва), Олеся Давиденко (Новосибирск)

Журнал «Катрен-Стиль» зарегистрирован в Министерстве РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовой информации, свидетельство о регистрации

СМИ ПИ № ФС77–32 908 от 21 августа 2008 г.

Журнал является специализированным изданием для фармацевтических и медицинских работников и не предназначен для конечных потребителей ЛС.

Тираж 8000 экз.

Тираж сертифицирован



Учредитель и издатель ЗАО НПК «Катрен»

Адрес редакции: 630 117, Новосибирск, ул. Тимакова, 4

Тел./факс: (383) 227-71-12

Электронный адрес: ks@katren.ru

Сайт www.katrenstyle.ru

Редакция не несет ответственности за информацию, размещенную в рекламных материалах.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.

Все опубликованные материалы охраняются законом «Об авторском праве».

Отпечатано в ЗАО «Алмаз-пресс»,

г. Москва, Столярный переулок, д. 3, корп. 34. Тел./факс: (495) 781-19-90.

Менеджер: Наталья Золотухина