

Павел Фельдман

---

# Как создать стратегию работы с аптекой

Практические советы

Павел Фельдман

**Как создать стратегию  
работы с аптекой**

«Издательские решения»

**Фельдман П.**

Как создать стратегию работы с аптекой / П. Фельдман —  
«Издательские решения»,

ISBN 978-5-4490-9940-2

Эта книга, основанная на более чем двадцатилетнем опыте работы автора в ТОП-менеджменте фармацевтических компаний, содержит авторские методики и подходы, призванные сделать работу с аптекой системной и взаимовыгодной. Она поможет разработать персональную стратегию работы с аптекой, научиться выбирать аптеки для взаимодействия, разрабатывать детейлинг и фармкружок, проводить мониторинг дефектуры и переговоры с заведующей, создавать этапы визита для сотрудников и оценивать реалистичные KPIs.

ISBN 978-5-4490-9940-2

© Фельдман П.  
© Издательские решения

# Содержание

ПРЕДИСЛОВИЕ	6
ГЛАВА I. ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ РЫНОК	8
ГЛАВА II. АПТЕКИ	15
Конец ознакомительного фрагмента.	17

# **Как создать стратегию работы с аптекой**

## **Практические советы**

**Павел Фельдман**

© Павел Фельдман, 2020

ISBN 978-5-4490-9940-2

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

Для маркетологов, трейд-маркетологов, менеджеров отдела продаж и медицинских представителей фармацевтических компаний.

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Ещё много лет назад – в 1994 году – когда я только начал свою карьеру в фармацевтическом бизнесе, мне остро не хватало учебника. Вернее, даже не столько учебника, сколько книги с практическими советами – что делать и как поступать в тех или иных случаях, основанной на опыте первопроходцев.

Индустрия представителей только зарождалась, компании пытались перенести опыт западных моделей на российский рынок. Много из того, что стало уже простым и стандартным для давно сформированных рынков, наткнулось на совершенно иную ситуацию в России и захлебывалось быстрее, чем внедрялось.

Всё приходилось делать своими руками под руководством своего же понимания. Если честно – очень хорошо, что многие вещи, которые никогда не делались до этого, получили право на жизнь именно потому, что меня окружали творческие люди, которым интересно было пробовать что-то новое, создавать что-то своё и реализовывать это. Придумывалось всё, что называется, «на коленке», тут же отправлялось в «поля», доделывалось на марше и... приносило измеримый успех. А потом уже осмысливалось, обсуждалось и формировалось в систему.

Первая моя зарубежная учёба, состоявшаяся в 2002 году в МСЕ в Брюсселе, дала мне в качестве багажа две папки по 500 листов практики работы нескольких зарубежных фармгигантов. Однако взять оттуда я смог немного – авторы описывали другие рынки и принципы работы. Поэтому, в подавляющем большинстве случаев то, что вы найдете в этой книге, было изобретено, придумано и проверено мною (иногда в соавторстве), что называется, на собственной «шкуре».

Актуальность появления данной книги базируется на событиях последнего времени, происходящих на фармацевтическом рынке, и бурно обсуждаемых в отраслевой прессе и на различных конференциях с участием игроков фармы:

- возникший кризис доверия между поставщиками и аптечными учреждениями после крупных неплатежей со стороны ряда розничных продавцов;

- существующая система «псевдодистрибуции» и «переливов», благодаря которой товар из ритейла перетекает назад в опт с минимальной наценкой, искажая данные о реальных продажах и формируя складские запасы, переварить которые рынок не способен;

- возрастающее финансирование аптечных сетей уже не через дистрибуторов с помощью товарных кредитов, как это было ранее, а напрямую – через маркетинговые бюджеты компаний – производителей. Развернулись настоящие «войны бюджетов» – по мнению экспертов фармацевтического рынка, уже в 2016 году на продвижение в аптечных сетях производители потратили суммарный бюджет, сопоставимый с тратами на телевизионную рекламу.

К производителям начало приходить осознание необходимости пересмотра отношений с аптечными учреждениями, однако, некоторые из них, по-прежнему, как мантру, твердят: «Аптеки сами нам продадут весь товар, главное – создать товарное давление», и собираются сокращать представителей, работающих с аптеками. И это вместо того, чтобы изменить формат работы с сетями и розничными точками продаж, одновременно перереформатировав задачи для представителей по работе с ними.

Более подробно о том, какая информация содержится в этой книге.

Не буду повторять оглавление, которое доступно на сайте книги в демонстрационном режиме (там будет всё по разделам и рубрикам), остановлюсь на основных ключевых частях.

Начну с **особенностей** фармацевтического рынка, далее – о том, **в чём состоят основные заблуждения в работе с аптеками**, и как выглядит **реальная роль фармацевта**

**в рекомендации препаратов** (с приведёнными данными из исследований, а не просто «я так чувствую» или «мне так кажется»). Обязательно разберём на примерах, **как фармкомпания помогают продавать свой товар** работникам аптек.

Затем предлагаю научиться **определять потенциал территории**, на которой компания собирается работать. Для этого рассмотрим несколько методик определения этого параметра, в частности: **«кластерную модель»**, модель **«привлекательность и результативность»**.

Далее – **сегментация аптечных учреждений**. Поговорим о том, **для чего нужна сегментация** и **как её корректно создать** с помощью двух методик: простой и более сложной.

Не оставим без внимания **сети и несетевую розницу**. Разберём **особенности работы** с теми и другими. С учётом большого интереса к **аптечным сетям** остановимся на **особенностях работы** с этим типом аптечных учреждений. Здесь же рассмотрим **базовые принципы формирования ассортимента** самими **аптечными учреждениями**, чтобы лучше понимать, стоит или не стоит тратить деньги на маркетинг, если вдруг товар компании не очень интересен аптеке.

И опять вернёмся к работе в торговой точке. Поговорим о **факторах роста продаж в аптеках** для отдельных брендов, не забудем осветить **некоторые трейд-маркетинговые инструменты** (обзорно, так как для изучения трейд-маркетинга в фармацевтическом бизнесе нужен самостоятельный курс и отдельная книга).

Вот, наконец, **работа медицинского представителя в аптеке**. Описание этой работы будет выглядеть так: **этапы визита** в аптеку и **тайминг визита**; что такое **«мониторинг дефектуры»** и для чего он нужен; **создание индивидуального плана работы** с каждой аптекой. Затем – о коммуникациях в аптеке: **детейлинг** – со всех сторон, включая **ошибки**; **фармацевтический кружок** (три вида, включая авторский); **визит к заведующей** с использованием **психотипов по Марстону**, **аргументации и работы с возражениями**, двух специально разработанных инструментов – **калькулятора дополнительного заказа** и **калькулятора упущенной выгоды**.

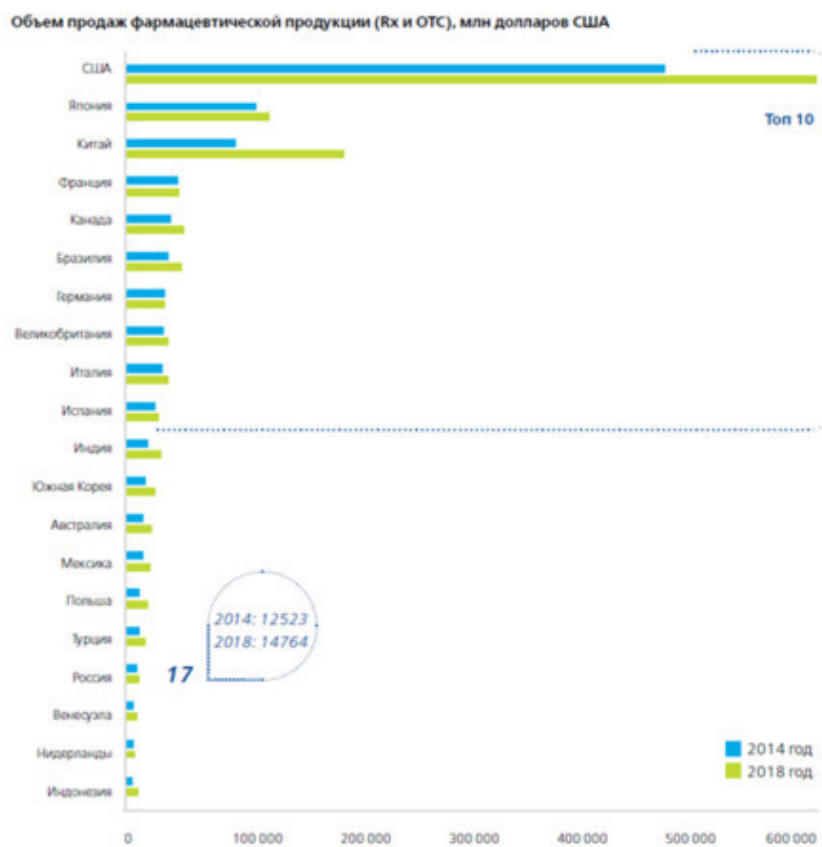
Обязательно остановимся на том, как определить **эффективность работы компании с аптекой**, как установить **справедливые KPIs** для представителя.

Закончится книга созданием **индивидуальной стратегии работы с фармацевтами аптеки – 360<sup>0</sup>**.

Вот, пожалуй, и всё, что можно будет здесь найти. Очень надеюсь, что мне удалось попытка создать книгу, которая состоит целиком из практических советов, основанных на пробах и ошибках почти четверти века работы на фармацевтическом рынке. Ну, или похожую вот на такую. Если нет – то буду рад, если хоть что-то из всего написанного станет полезным.

Добро пожаловать!

## ГЛАВА I. ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ РЫНОК

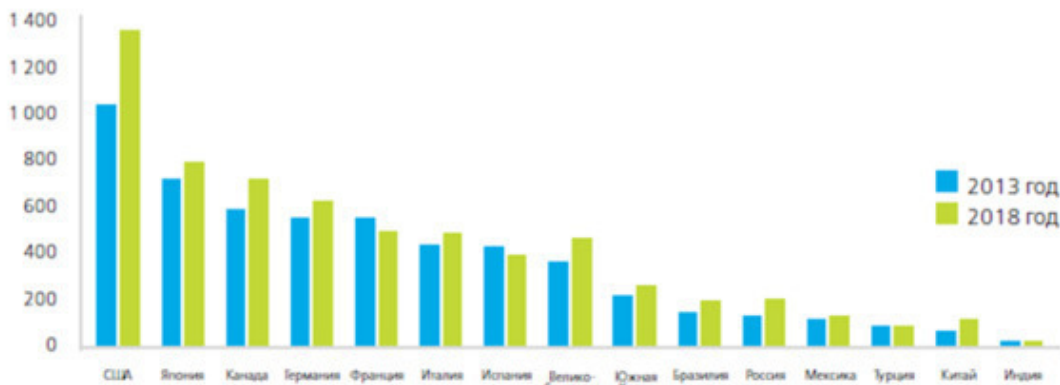


Источник: данные EIU

Результаты исследования «Тенденции и практические аспекты развития Российского фармацевтического рынка -2015», deloitte.ru

Думаю, что нет большого смысла приводить огромное количество данных о том, как живет и развивается фармацевтический рынок страны. В 2018 году он будет занимать 17 место (по прогнозам), находясь между Турцией и Венесуэлой. Догнать и перегнать тех, кто давно и прочно находится на вершинах финансовых затрат на лекарства, задача не стоит. И это хорошо и правильно – уж слишком у нас с ними разные системы финансирования, стоимости лекарств и отношения к ним со стороны населения. Главное – рынок выдержал уже несколько кризисов и с типично российским упорством карабкается вверх. И не только за счет роста цен на лекарства – упаковок тоже продается больше с каждым годом, пусть не самых дорогих и оригинальных, а дженериков и отечественных.

Среднедушевое потребление лекарственных средств, долларов США



Источник: данные EIU и IMS

Результаты исследования «Тенденции и практические аспекты развития Российского фармацевтического рынка -2015», deloitte.ru

А вот по среднедушевому потреблению лекарств мы в 2018 по прогнозам сможем быть на 11 месте – между Бразилией и Мексикой. Ну и ладно – болеть плохо, хорошо, чтобы все приобретаемые лекарства были бы витаминами!

Специалисты по фармацевтическому маркетингу <sup>1</sup> характеризуют нижеозначенные особенности российского фармацевтического рынка таким образом: аномально большая доля безрецептурных препаратов, аномально низкая доля оригинальных препаратов, непомерные затраты на продвижение товаров и растущие вложения в трейд-маркетинг. Все справедливо и, на мой взгляд, точно подмечено.



Безрецептурных препаратов очень много, появляются всё новые и новые, некоторые рецептурные препараты становятся безрецептурными, что, безусловно, находится в компетенции тех, кто их туда перевел и тех, кто уполномочен определять статус лекарственного

препарата. Всё же лучше иметь безрецептурный препарат, чем отпускать рецептурные препараты без рецепта. Зло явно меньшее. Вот только при этом должна развиваться концепция ответственного самолечения. Сначала – концепция, затем – кампания по реализации этой концепции. Пока нет. А то звено, которое должно эту концепцию или кампанию поддерживать в аптеках – фармацевтические работники – всё дальше и дальше уходят от одной из своих обязанностей – консультирование по применению лекарств, отпускаемых без рецепта врача. Телевизор и Интернет всё больше и больше призывает использовать безрецептурные препараты для лечения многих симптомов (иногда и заболеваний), и не возникает надобности получать совет и рекомендацию в аптеке. Это было бы нормально, но большинство населения применяет таблетку Ибупрофена любой компании для лечения только головной боли. А при зубной боли или боли в колене – что-то иное.

Доля оригинальных препаратов действительно низкая, но это по сравнению с другими рынками (надеюсь, что хоть здесь США не служит эталоном!) Думаю, что ценовой фактор в данном случае явно играет свою роль. Кроме того, фармацевтический рынок развивался в самом начале строительства капитализма именно за счет дженериковых продуктов, да и сейчас дженерики занимают доминирующую часть розничного фармацевтического рынка как в деньгах, так и в упаковках. Российские производители также добавляют дженерики, причем с каждым годом всё больше и больше. Честно говоря, считаю, что дженерики – никак не ругательное слово. Качество дженериков растет с каждым годом, причем не только в исполнении западных производителей, но и отечественных, что не может не радовать. Знаю российские компании, которые производят отличные лекарственные препараты по всем мировым стандартам, в отличных упаковках. И продают их по очень умеренным ценам, что и должно быть. При этом пока компаниям, может быть, не хватает полноценного маркетинга и уверенности в том, что российские препараты уже вполне конкурентны по качеству, а порой и превосходят западные аналоги.

А вот непомерные затраты на продвижение товаров никого не должны радовать. В конечном счете, всё компенсируется из кармана потребителя, к которому они добираются через прилавки аптек. Как простому обывателю, не хотелось бы в своем кармане обнаруживать побочные эффекты от необоснованно высоких расходов на продвижение фармацевтическими компаниями своих продуктов.

### II. Отличие фармацевтического рынка от FMCG

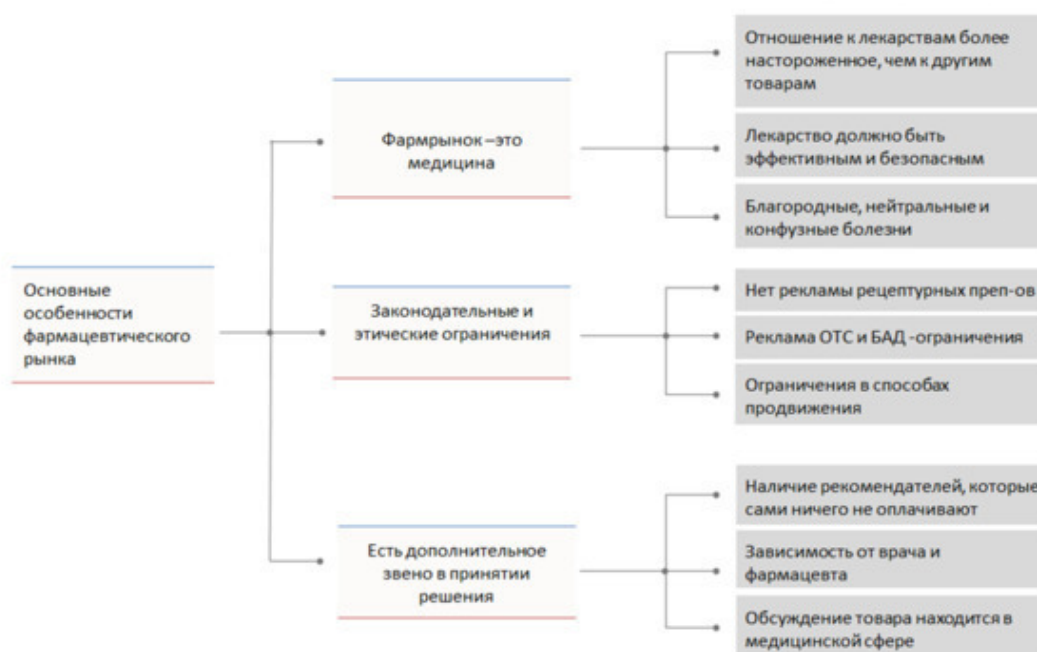
Что касается трейд-маркетинга, то это вещь – точно полезная, но не всегда оправданная в том виде, в котором ее переносят на фармацевтический рынок бывшие сотрудники компаний по продвижению товаров повседневного спроса. Фармрынок, особенно его безрецептурная часть, имеет ряд сходных черт с рынком товаров повседневного спроса. Но только ряд и только сходных.



Поэтому знак равенства между такими рынками пока ставить рано. Естественно, что некоторые методики трейд-маркетинга, отлично показавшие себя на рынке товаров повседнев-

ного спроса, наталкиваются на особенности рынка потребления лекарственных препаратов и не срабатывают. При этом стоимость подобных методик не очень мала, и мне, как обывателю, опять не хочется обнаружить прореху в кармане как побочный эффект нерадиво потраченных производителем средств на трейд-маркетинг. Тем более, что аптечные сети, как самый яркий представитель розничного фармацевтического рынка, неплохо оцифровали стоимость пространства внутри аптеки. И назначили цену за полку, витрину, прикассовую зону, надвитринное пространство над головой фармацевта (есть какой-то термин, описывающий эту часть торговой площади), поверхности на шкафах с лекарствами. Это их право. Вот размещать туда материалы в диком количестве и компенсировать это потом из кармана покупателя – вовсе не обязанность производителя. Особенно, когда все компании одновременно начинают размещать всё, что только можно, и аптека невольно превращается в новогоднюю елку. Аптека – учреждение здравоохранения, но о таком факте просто скромно забыли.

Фармацевтический рынок имеет ряд существенных особенностей, приведенных мною на рисунке ниже:



Необходимо помнить, что «фарма» не уходила из медицины в торговлю полностью и безвозвратно. Отношение потребителей к лекарствам более требовательное и настороженное, чем к мылу и стиральному порошку.

Есть прочное понимание того, что лекарство – это что-то иное, не бытовое, иногда не очень понятное, что у любого лекарства есть как белая сторона, так и не очень белая. Не хочется себе навредить.

И в аптеках любое обсуждение болезней – будь то благородные (подагра или мигрень), нейтральные (что-то сверху туловища или просто на слуху) или конфузные (в нижней части тела) – это медицинский разговор, на который не каждый решится. Да и в отличие от других рынков, на фармацевтическом есть посредник – врач или провизор, который активно влияет на выбор того или иного препарата, часто очень авторитарно, авторитетно и безапелляционно, при этом оставаясь вне зоны трат покупателя.

## I. II. ИНЫЕ особенности фармацевтического рынка

Ещё одной особенностью фармацевтического рынка России является отсутствие стандарта профессии – медицинский представитель. Так, за четверть века развития индустрии не нашлось ни времени, ни желания эту профессию узаконить и придать ей хоть какие-то стандарты. Всё это мне напоминает неловко составленное объявление о том, что «нам нужен игрок в мяч» на очень неплохих условиях. И на это объявление откликаются профессионалы – футболисты, баскетболисты, ватерполисты, гольфисты, гандболисты, пляжные волейболисты, и даже мотоболлисты. Все, кто имеет отношение к играм в мяч. А кто нам нужен на самом деле? Неоднократно сталкивался с рекомендациями отдела кадров – берите опытных медицинских представителей. Точка зрения кадровиков вполне понятна – не надо будет тратить деньги и время на объяснение каких-то базовых принципов профессии, особенно при иллюзии того, что в крупных или известных компаниях готовят как-то грамотно, прививая высокие стандарты культуры и профессии. Приглашали на собеседование, смотрели. При отсутствии стандартов в индустрии по профессии «медицинский представитель» мы сразу же наталкивались на то, что умения у этих людей были разные (не могу считать умением пройденный тренинг по продажам или освоенная на госпитальном поприще технология СПИН). А по сути – и нагрузки разные, и функционал непонятно какой, и правила работы порой противоположные от того, что нам бы хотелось делать. Короче, некий хаос вокруг одной профессии.

Компании, работающие на фармацевтическом рынке России, резко отличаются между собой по очень многим параметрам. Я здесь привожу только то, что вспомнил, наверняка есть ещё какие-то вещи, которые ещё больше добавляют сумятицы в головы тех, кто захотел стать медицинским представителем, особенно сразу после обучения в медицинском вузе. Итак, начнем:

– **Структура компании.** Можно работать медицинским представителем бизнес-юнита (тогда даже внутри одной компании у медицинских представителей будут разные задачи), специализированной линии внутри одного отдела продаж и т. д. Требования к таким сотрудникам будут разными. Структура менеджмента – тоже.

– **Различное название должностей с очень близким функционалом.** Это касается медицинских представителей, торговых представителей, представителей по продвижению, госпитальных представителей и КАМов. Ну, а если повезло работать с врачами, то должность может называться и специалистом по продукции, и медицинским советником, и лиазоном (так вообще по-русски нельзя называть людей, равно как и провизоров «первостольниками»).

– **Требования к уровню образования.** Некоторые крупные компании с западными штаб-квартирами по-прежнему нанимают только выпускников медицинских институтов. Во многих случаях эта политика сегодня просто не имеет никакого смысла, особенно при найме на работу представителей, которые преимущественно работают с аптеками. Дело здесь, как мне кажется, в непонимании нанимающими компетенций и деталей работы представителя. Имею отличный опыт найма людей без медицинского и фармацевтического образования, число таких доходило до 30% крупного отдела продаж. Даже кардиологи – на что привередливые люди – никогда отрицательно не реагировали на таких представителей. Научная дискуссия – это не область визита представителя, такие вещи надо переносить на встречи с медицинскими советниками (если таковые имеются), или на ключевых лидеров мнения. При отличной подготовке понятных и внятных материалов для специалистов любой медицинской профессии образование медицинского представителя на визите не играет ключевой роли. Главная роль принадлежит умению коммуницировать и пользоваться материалами отдела маркетинга. Правда, с одной принципиальной оговоркой – материалы должны быть понятны всем участникам коммуникации. Ну, а в аптеках медицинское образование представителя и не мешает, и не помогает. Но точно не может являться критерием при найме – для работы в аптеке нужны иные навыки, чем способность выучивать наизусть страницы клинических исследований.

– **Различная оплата труда.** Уровень оплаты труда за одну и ту же работу медицинского представителя (если за работу считать выполнение им норматива по выполненным за период времени визитам, приведенным к общей средней цифре) разнится в разы. Законодателями мод являются иностранные компании, изначально сильно задравшие планку оплаты труда ещё в кризисные 90-е годы. Тогда это было оправдано – разница между зарплатой врача и представителя порой доходила до десяти раз, и именно из врачебной и фармацевтической среды можно было быстро набрать умных, порядочных, отлично подготовленных, профессиональных с точки зрения медицины людей. Подавляющее большинство из них сделало себе неплохую карьеру в фармацевтике и не вернулось больше в медицину. Сейчас в отрасли работает большое количество российских компаний, оплата труда в которых ощутимо ниже, чем в западных. И до сих пор работа в западной компании считается более престижной вещью, чем работа в российской. Полагаю, что дело, в основном, в уровне заработной платы и прочих льготах. Ну не в культуре же: и там, и там бывает и хорошо, и плохо.

– **Нормативное количество визитов в день.** Видел и 8, видел и 16. Кто во что горазд. Иногда хочется авторов максимального норматива попросить самих сделать такое количество визитов. Ведь работа представителя очень непростая как по моральным, так и по физическим параметрам. Откуда тогда 14 – 16 визитов? Кто может качественно сделать такую работу? Зачем людей подталкивать к тому, что они начнут фальсифицировать отчетность и прибавлять себе пару-тройку посещений, или всё-таки делать этот адский норматив, но с крайне низким КПД. Как пошутила одна моя слушательница на семинаре: «Пришел-поздоровался-ушел». При этом было бы хотя бы так: за меньшее количество визитов платили меньше, за большее – больше (при условии честного исполнения и надлежащего контроля). Увы, можно за 8 получать в 1,5 раза больше, чем за 16. С другой стороны – не гайки на станке точит, поэтому те дорогие 8, наверное, лучше, чем те дешевые 16. Не знаю. Действительно удивляет равнодушие – вроде на должность линейных менеджеров берут не с улицы по объявлению, во многих компаниях у этих руководителей в виде основной функции прописано выполнение двойных визитов с подчиненными представителями. Почти в каждом смартфоне есть часы и секундомер. Неужели никому не пришло в голову измерить основные операции представителя в аптеке, продолжительность визитов и время переездов, время отвлечений (физиология стоит на первой ступени мотивационной лестницы Маслоу)? И понять, что есть предел в количественных нормативах. Ну, если, конечно, не стоит задача «пришел – поздоровался – ушел».

– **Формы и виды отчетности.** Тут тоже – полная самостоятельность. Даже штаб-квартиры делают доморощенные системы CRM, что уж говорить о локальных умельцах. Поэтому любой опытный представитель, освоивший систему отчетности, принятую в одной компании, должен быть переучен на работу в другой CRM в другой компании. На собеседовании можно и не задавать вопрос об умении работать с системой – всё равно переучивать. Ну, или тренировать заново, если типы CRM совпадали по логике.

– **Методы контроля.** Иногда вполне нормальным считается неожиданное появление линейного менеджера на визите представителя без всякого предупреждения. Где-то вокруг этого годами идут дебаты – унижает личное достоинство подчиненного, визит должен быть согласован с сотрудником. Представьте себе представителя, которого менеджер предупреждал о визите за неделю, но это было в прошлой его компании. Теперь он на работе в новой компании, где принято внезапно появляться возле аптеки или в поликлинике. И это произошло: менеджер с утра стоит на ступеньках ЛПУ и терпеливо ждет своего представителя. Представитель по привычке вечером написал бы жалобу, да никто на его жалобу реагировать не будет – таковы новые правила игры. Часто на собеседованиях с соискателями на должность линейного менеджера задавал один и тот же вопрос: «Норматив визитов в Вашей компании для медицинского представителя – 12 визитов в день. При анализе визитной активности за месяц Вы обнаруживаете, что представитель делает меньше визитов – средняя величина за день состав-

ляет 11, 5 визита. Ваши действия?». От редкого: «поговорю с ним» и «проверю, как составлен дневной маршрут», до более частого: «немедленно уволю, так как в нашей компании надо строго выполнять норматив по визитам». А ведь есть ещё и маячки в автомобилях, и трекинг планшетов, а где-то всё это техническое вооружение заменено простым обычным доверием. Тоже очень по-разному. Где-то начинать можно и в 10 с хвостиком, а где-то в 9—00 уже надо заходить в кабинет к врачу. Где-то процедуры и правила только пишутся, где-то замаешься с ними знакомиться, так всё занормировано и запротоколировано. У кого-то есть комплайенс, запрещающий всё на свете, у кого-то сам этот термин ещё пока вызывает вопросы.

– **Система оценки труда каждого сотрудника.** Даже внутри одной компании порой нет принятых сквозных ключевых показателей эффективности, что уж говорить о разных производителях. Кто-то измеряет только норматив по визитам, кто-то – загрузки в аптеку, кто-то – долю рынка и данные IMS Health (теперь Quintiles IMS Holdings) по динамике продукта или конкурентной группы... Многообразие, которое делает честь индустрии. Хорошо это или плохо? Не знаю, но это данность. И это при том, что представители и менеджеры среднего звена, чья работа чаще всего измеряется вышеописанными показателями, работают по 2—3 года в компании, а потом почему-то меняют работу. Нет ли вклада измерения результатов работы сотрудников в это явление? Неприятно чувствовать себя отстающим не из-за работы, а из-за измерения результатов этой работы. Как в афоризме времен Сталина: «Не важно, как голосуют, важно, как считают». Работающий не всегда может догнать считающего, вот через пару лет марафона за морковкой под названием «бонус» и возникает желание поработать в другом месте.

– **Работа с врачами и аптеками.** Здесь тоже очень много разного. Есть специализированные линии или юниты, которые работают только с врачами, или только с аптеками. Такое разделение более-менее понятно, так как проще и в постановке задач сотрудникам, и подготовке представителей и выполнении ими своей работы. Остаются ещё актуальными модели, в которых представитель работает и с аптекой, и с врачом. При этом часть дня ему надо демонстрировать одни навыки, вторую часть – другие. Плюс переключаться между задачами. Довольно трудное занятие. Рано или поздно при анализе визитной активности таких представителей обнаруживается «сваливание» их в более удобную плоскость – то на врачей, то на аптеки. Есть и совсем экзотические модели: утром – аптека, днем – врач, вечером – та же аптека. Модель пригодна для командировок в небольшие города, когда заехал утром, пробежался по аптекам, выяснил ситуацию, сходил к врачам, вернулся в аптеки за созданием товарного запаса. Но в крупных городах?

Если что-то забыл – дополните сами. Как бы утомительно не выглядело это мое описание «пестроты» рынка, оно, на мой взгляд, было необходимо. Ведь разные подходы к организации работы, к стандартам профессии и к оценке результатов ведут и дальше – к разным подходам к работе с клиентами. И, в первую очередь, с аптеками, работе с которыми, собственно, посвящена эта книга.

## ГЛАВА II. АПТЕКИ

Страна переживает настоящий бум аптечного бизнеса. Кто бы мог себе представить, что те нормативы, которые существовали в советской действительности по обеспечению населения аптеками по принципу шаговой доступности, превратятся в современной России в 3 аптеки в одном доме – на 2-х углах и посередине. Если верить Интернету, то в 1978 году вся аптечная сеть СССР (а это было объединение 15-и республик общей численностью населения почти в 2 раза больше населения современной России) состояла из чуть более 25 тысяч аптек в городах и селах, принадлежавших системе аптекоуправления, и 4 000 аптек ЛПУ и других ведомств. А ещё было около 100 тысяч аптечных пунктов с более скромной ролью, чем полноценная аптека<sup>2</sup>. Впечатляет. И сейчас впечатляет – в 2015 году в стране насчитывается уже почти 58 тысяч аптек, в 2016 – 60,2 тысячи, а в 2017 – уже более 62,9 тысяч точек<sup>3</sup>. Полагаю, что это с аптечными пунктами.

Что касается данных на начало 2018 года, то в «Фармацевтическом вестнике» №12 от 03.04.2018 опубликована статья О. Барановой, в которой сказано, что «...По данным AlphaRM, в России продолжается рост числа аптечных точек: в феврале их количество достигло 64 829, увеличиваясь на 500—600 аптек ежемесячно...» ([www.pharmvestnik.ru](http://www.pharmvestnik.ru)).

При этом часть из аптек объединена в сети и ассоциации, часть находится в так называемом независимом статусе. У всех свой бизнес, но места под Солнцем пока хватает. Ситуация коренным образом изменится с развитием Интернет-торговли и появления в стране многоканальной системы продвижения лекарств – не только через аптеки, но и через магазины, запрапочные станции и т. д. (как за рубежом, и только для препаратов безрецептурного отпуска). Уже появились в отраслевой прессе откровения ряда аптечных сетей на тему того, что как только разрешат продажи безрецептурных препаратов через магазины, так сразу придется сократить чуть ли не половину аптек.

Но уже и сейчас по показателю «число населения на 1 аптеку» мы никак не уступаем нашим западным коллегам, даже опережаем их. Так, например, в России на 1 аптеку приходится 2,25 тысяч жителей (соотношение всего населения ко всему количеству аптек), в Германии – 3,9 тысяч, в США – 4,5 тысячи<sup>4</sup>. Интересно в связи с этим изучить ограничители, действующие за рубежом. В Бельгии и Франции, например, планка составляет не менее 2 500 жителей на аптеку, в Испании – 2 800, Эстонии – 3 000, Португалии – 3 500, Италии – 4 000, Венгрии, Словакии и Люксембурге – 5 000. Это минимальные показатели; в зависимости от величины населенного пункта ограничивающие цифры могут быть и выше. Среднеевропейское соотношение числа жителей на одну аптеку (около 3250) также может служить для нас ориентиром. В большинстве перечисленных государств регулируются и межаптечные расстояния: Италия – не меньше 200м, Испания – 250, Венгрия – 275, Португалия – 350, Словакия – 400<sup>4</sup>.

Информация по нашим ближайшим соседям содержится в нижеприведенной таблице. Для удобства восприятия информации товароборот аптек я пересчитал в рубли (на базе среднего курса рубля за 2017 год по отношению к евро), а затем вывел среднемесячный показатель (простым делением на 12):

2017 год <https://www.uchima.com/en/publications/overview/>

Страна	Население, млн	Объем фармынка, млрд. евро	Число аптек	Число людей на 1 аптеку	Годовой товарооборот на 1 аптеку, евро, +000	Годовой товарооборот на 1 аптеку, рубли, +000 (средний курс 2017: 1 евро = 66,0305 руб)	Оборот в месяц, рубли, +000
Польша	38,5	7,75	14 716	2 618	526,7	34 778	2 898
Румыния	19,9	2,63	9 429	2 109	278,8	18 409	1 534
Болгария	7,2	1,46	4 207	1 700	347,4	22 938	1 912
Венгрия	9,8	1,91	3 220	3 043	593,4	39 182	3 265
Чехия	10,6	1,65	2 084	3 779	588,1	38 832	3 236
Латвия	1,9	0,26	810	2 401	316,7	20 911	1 743
Литва	2,8	0,47	1 320*	2 139	352,3	23 262	1 939
Эстония	1,3	0,18	493	2 539	354,9	23 434	1 953
Украина	42,4	2,04	22 474	2 070	99,5	6 570	548
Беларусь	9,5	0,57	3 196	2 974	177,4	11 713	976
Грузия	4,9	0,17	1 500	3 284	113,3	7 481	623
Азербайджан	9,9	0,26	1 750	5 692	148,6	9 812	818
Армения	3,0	0,11	1 700	1 719	64,7	4 272	356

\* - расчетное количество. Для Балтийский стран данные предоставлены Sofdent , для стран СНГ - Upharma Consulting , для стран Европы - статистические и открытые источники.  
Число аптек во всех странах - открытые источники

Понятно, что сравниваться с кем-то по таким параметрам – занятие явно неблагодарное, да и бессмысленное – разные правила и разные законы. Например, в ряде европейских стран (Франция, Германия, Италия, Испания, Португалия) сети законодательно запрещены, фармацевт может владеть одной аптекой, при этом работать в ней лично. Правда в Португалии и Германии этот параметр был изменен, и теперь там можно иметь в одних руках 3—4 аптеки<sup>4</sup>.

Но, без сомнения понятно, что в России аптек много, принципы создания аптечного рынка у нас другие – и большое количество сетей, и фактическая моноканальность сбыта лекарств, и свои правила и законы. И производителям, которые работают на фармацевтическом рынке, надо с этими аптеками работать здесь – в России, так как все дороги фармпроизводителей ведут в наш местный фармацевтический Рим – будь то БАДы, рецептурные препараты или препараты безрецептурного отпуска. Посему любые, даже самые передовые технологии аптечного бизнеса, разработанные за рубежом или зарубежными компаниями в ходе различных проектов, охватывающих несколько стран, должны пройти серьезный процесс адаптации до попытки внедрения их в условия нашей действительности.

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.