

Grzegorz Kobyłko

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

MOŻLIWOŚCI WYKORZYSTANIA WIEDZY O NABYWCY W DOSKONALENIU PROCESÓW W ŁAŃCUCHU DOSTAW NA PRZYKŁADZIE SEKTORA FARMACEUTYCZNEGO

Streszczenie: W ostatnich latach rynek dystrybucji leków w Polsce podlegał radykalnym przeobrażeniom, szczególne znaczenie miały procesy konsolidacji, które wynikały ze zmiany warunków konkurowania. W opracowaniu zwraca się uwagę, iż wymogiem konkurowania jest ciągle doskonalenie łańcucha dostaw. Punktem wyjścia dla tych procesów jest zdefiniowanie wartości konsumennej. Autor przedstawił własne wyniki badań przeprowadzonych w polskich aptekach.

Słowa kluczowe: łańcuch dostaw, zarządzanie wiedzą, sektor farmaceutyczny.

1. Specyfika rynku dystrybucji środków farmaceutycznych w Polsce

W ostatnich dwóch dekadach rynek dystrybucji środków farmaceutycznych w Polsce podobnie jak inne sektory przeobrażał się w tempie rewolucyjnym. Po gwałtownym ilościowym przyroście podmiotów, głównie w sferze dystrybucji hurtowej i detalicznej, w ostatnich latach obserwuje się nie tylko wyhamowanie tego trendu, ale nawet spadek ich liczby. Zmiany te następują pomimo wartościowego wzrostu tego rynku.

PMR – jedna z największych firm analizujących rynek dystrybucji leków w Europie Środkowo-Wschodniej – za główną przyczynę spadku liczby aptek uznaje ich nadmierny, ekonomicznie nieuzasadniony przyrost, z powodu którego wiele placówek operowało poniżej progu opłacalności [*Distribution...* 2010]. W segmencie dystrybucji hurtowej najbardziej znaczącym kierunkiem zmian jest konsolidacja, w której uczestniczą przede wszystkim liderzy rynku. Proces ten nasilił się w ostatnich dwóch latach. W tym czasie doszło do spektakularnych przejęć, takich jak akwizycja Promedic, dokonana przez Torfarm SA, wykup 57,3% udziałów w hurtowni Aptekarz przez PGF SA. Największe jednak znacznie dla układu sił miało przejęcie Prospera, co pozwala na kontrolowanie przez Torfarm SA ok. 30% tego rynku [*Dystrybucja...* 2010].

Znaczną rolę w tych procesach odgrywa ciągle jeszcze Skarb Państwa, który w 2008 r. dokonał prywatyzacji Cefarmu Kraków (udziały objął PGF SA) i Cefarmu Wrocław (36,6% nabył Farmacol SA). Do prywatyzacji przygotowywany jest również Cefarm Rzeszów.

W wyniku tych procesów na rynku środków farmaceutycznych dominuje obecnie trzech znaczących dystrybutorów, tj. Torfarm SA, Farmacol SA oraz PGF SA, którzy mają zbliżone co do wielkości udziały w rynku.

2. Przejawy konkurowania poprzez konsolidację pionową

Obok opisywanych powyżej zjawisk poziomej konsolidacji podmiotów na poziomie hurtowej sprzedaży produktów przemysłu farmaceutycznego podejmowane są działania mające na celu zwiększenie integracji pionowej. Realizowane są one głównie przez największych dystrybutorów. Odbywa się to zwykle drogą akwizycji, np. Cefarm Białystok, przejęty przez Farmacol SA, miał ok. 50 punktów sprzedaży detalicznej (aptek), czasem też w formie przejęcia całej sieci, np. Apteki Polskie (ok. 100 placówek) kupione przez PGF. Są to jednak ryzykowne strategie rozwoju ze względu na reakcje właścicieli aptek prywatnych, z którymi sprzedawcy hurtowi nie powinni konkurować, a raczej powinni utrzymywać ścisłe relacje handlowe.

Z tego właśnie względu równolegle rozwijane są programy partnerskie. Największe znaczenie w kontekście potencjału oddziaływania na rynek mają programy wdrażane przez wymienionych liderów rynku, są to: „Apteki Dbam o Zdrowie” (PGF), „Apteka z Sercem” (Farmacol), „Świat Zdrowia” (Torfarm), „Apteka Dobrych Cen” (Prosper).

Przedsięwzięcia te mają na celu wspieranie aptek otwartych w budowaniu i doskonaleniu relacji z pacjentem na podstawie programów lojalnościowych i innych instrumentów marketingowych.

3. Uwarunkowania tworzenia trwałych relacji między podmiotami w farmaceutycznym łańcuchu dostaw

W ostatnich dekadach w literaturze przedmiotu opis relacji przedsiębiorstwo–nabywca znacznie się poszerzył. Dla określenia wszystkich uwarunkowań wpływających na jakość i trwałość tych relacji analizy pogłębiane są w kierunku oceny jakości związków z podmiotami odpowiedzialnymi za materialne, energetyczne, informacyjne i finansowe zasilanie przedsiębiorstwa. W opisie tych zależności, którym podlega przedsiębiorstwo osiągające swoje cele na podstawie relacji z nabywcą, pojawia się pojęcie *łańcucha dostaw*. Jest ono definiowane jako współdziałanie w różnych obszarach funkcjonalnych podmiotów wydobywczych, produkcyjnych, handlowych, usługowych oraz ich klientów, między którymi przepływają strumienie produktów, informacji i środków finansowych [Witkowski 2003, s. 17].

W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na fakt, że żadna organizacja, stanowiąca część większego łańcucha dostaw, nie może osiągnąć przewagi konkurencyjnej, jeżeli ograniczy się wyłącznie do optymalizacji swych wewnętrznych wyników. Przewaga ta może być osiągnięta tylko pod warunkiem, że cały łańcuch zaopatrzenia stanie się bardziej wydajny i skuteczny niż inne konkurujące o tego samego nabywcę [Christopher 1998, s. 242].

Przyjęcie takiej perspektywy stwarza określone uwarunkowania dla skuteczności procesów doskonalenia łańcuchów, wymaga od wszystkich podmiotów (uczestników łańcucha) współdziałania i aktywnego kształtowania relacji między jego ogniwami. Zalecane byłoby również wyłonienie podmiotu koordynującego dla wypracowania i wspomagania realizacji jednolitej strategii całego łańcucha. W praktyce jednak nie wszystkie podmioty są skłonne do takiej współpracy. Wynika to ze specyfiki tego rynku. Producenci leków operujący na polskim rynku to w dominującym stopniu ponadnarodowe koncerny z ugruntowaną marką oraz potencjałem do tworzenia i promowania nowych marek produktów. Stosując w większości przypadków strategię *pull*, nie są szczególnie zainteresowane wyborem konkretnego łańcucha dostaw. Strategia wzmocniana jest przez budowanie relacji z Ministerstwem Zdrowia w taki sposób, by produkty zostały wpisane na Urzędowy Wykaz Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, oraz w wykazach leków refundowanych, co daje produktowi określoną przewagę, dostarczając konsumentowi (pacjentowi) związane z tym korzyści cenowe. Równie ważnym pomiotem wzmocniającym tę strategię jest lekarz ordynujący leki, w znacznej części przypadków determinuje on decyzje pacjenta.

Skuteczność strategii *pull* zależna jest od przekonań wymienionych powyżej podmiotów w odniesieniu do wartości leczniczej produktów. Wymaga to od producenta dostarczenia dostosowanej do wiedzy odbiorcy odpowiednio przygotowanej informacji. W relacjach tych występuje zjawisko asymetrii wiedzy, które producentowi daje ogromne możliwości manipulacji. W tym jednak przypadku negatywne skutki luki informacyjnej i braku wiedzy minimalizowane są przez ministerstwo oraz przypisaną lekarzowi funkcję kontrolną. Podobną rolę system przypisuje farmaceutyce, w praktyce jednak szczegółowe rozwiązania ograniczają jego możliwości decyzyjne w konfrontacji z zaleceniami lekarza, co jest niezrozumiałe przy uwzględnieniu celów kształcenia uczelni medycznych realizowanych w odniesieniu do przyszłych farmaceutów i lekarzy. Jest to zagadnienie istotne przy ocenie racjonalności korzystania z kapitału intelektualnego w systemie ochrony zdrowia i wymaga szczegółowych badań, ma jednak mniejsze znaczenie dla wyjaśnienia omawianych zagadnień.

Opisana powyżej strategia stosowana przez producentów, jak zaznaczono powyżej, jest uzasadniona specyfiką polskiego systemu ochrony zdrowia, pozostaje jednak w konflikcie z celami tego systemu. Działania producenta, skierowane na kształtowanie odpowiednich przekonań konsumenta leku, często nie obejmują bowiem jego rzeczywistych potrzeb. Ich określenie zwykle przekracza jego możliwości,

gdyż wymaga specjalistycznej wiedzy i nierzadko skomplikowanych procesów poznawczych, realizowanych na podstawie zaawansowanych metody, a wielokrotnie również aparatury stosowanej w diagnostyce medycznej. Negatywne skutki przywoływanej powyżej asymetrii wiedzy ograniczane są przez system jedynie w odniesieniu do leków Rx. W przypadku produktów OTC ignorancja konsumenta sprzyja osiągnięciu celów biznesowych producenta, nawet poprzez dezinformację, co niestety nie jest praktyką rzadką. Brak kontroli i regulacji relacji producent–konsument leku wpłynie w efekcie na zwiększenie kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia ze względu na konieczność leczenia skutków złego stosowania leków, przedawkowania, interakcji itp.

W tym kontekście negatywnie należałoby zweryfikować tezę P.F. Druckera, iż *...to, co klient uważa za wartość, jest tak skomplikowane, że na pytanie o nią tylko on sam może odpowiedzieć. Zarząd firmy nie powinien nigdy nawet próbować tego zgadywać. Powinien zawsze i systematycznie szukać odpowiedzi u klienta...* [Drucker 1998, s. 65].

W farmaceutycznym łańcuchu dostaw teza ta w przypadku relacji producent–nabywca leku sprawdza się jedynie na poziomie ogólnego definiowania potrzeb i wartości, przy zwiększaniu precyzji i konkretyzacji opisu wartości nabywca (pacjent) potrzebuje pośrednictwa lekarza lub farmaceuty. Powyższe zastrzeżenia można pominąć w fazie poprodukcyjnej, gdy ofercie nadaje się dodatkowe wartości: *miejsca i czasu* oraz inne związane z bezpieczeństwem i jakością obsługi.

4. Podnoszenie wartości konsumenckiej jako cel doskonalenia łańcuchów dostaw

Od czasu upowszechnienia się w praktyce gospodarczej marketingowej koncepcji zarządzania sfera kształtowania relacji z nabywcą realizowana jest w przedsiębiorstwie w ramach funkcji marketingu. Ph. Kotler, definiując pojęcie marketingu, stwierdza, iż występuje on wszędzie tam, gdzie ma miejsce proces wymiany określonych korzyści – użyteczności, co oznacza, iż istotą marketingu jest transfer dóbr materialnych, usług, informacji, środków finansowych, osób, idei, miejsc oraz emocji między podmiotami – osobami i organizacjami lub ich grupami. Łączną sumę oferowanych korzyści określa się jako „wartość dla klienta” (por. [Kotler 1994]).

Jeżeli podnoszenie wartości dla klienta postawimy u podstaw kształtowania łańcucha dostaw, to dla opisu tych procesów można używać określenia *łańcuch wartości*. Pojęcie to zaproponował w latach 80. M.F. Porter do zobrazowania działań przedsiębiorstwa. Według niego, łańcuch ten powinien być traktowany jako instrument przedsiębiorstwa do rozpoznawania możliwości zwiększenia wartości oferowanej klientowi. Do kolejnych działań składających się na proces M.E. Porter zastosował termin ogniwo, zwrócił też uwagę, iż w procesie tworzenia wartości odnoszącej się do klienta wszystkie ogniwa działalności podstawowej muszą być ściśle ze sobą po-

wiązane, gdyż istotny jest tu odpowiedni przepływ materiałów i informacji [Porter 1985, s. 37].

W praktyce funkcjonowania farmaceutycznego łańcucha dostaw pozycja ogniw a i związana z nią siła negocjacyjna zależy głównie od kapitału relacyjnego. Umiejętność budowania trwałych relacji z nabywcą pozwala na zwiększanie trwałości i korzyści w relacjach z dostawcami.

Celem organizacji procesów zaopatrzenia jest zapewnienie poszczególnym ogniom łańcucha dostaw zasilenia w zasoby niezbędne do wykonywania ich zadań (por. [Skowronek, Sariusz-Wolski 1999]), mają one jednak znaczenie dla całego procesu dostarczania dóbr i usług nabywcom, należy więc zabiegać o ich jakość. W przypadku poprodukcyjnej części tego łańcucha dostaw przedmiotem zaopatrzenia są środki farmaceutyczne i materiały medyczne. Jakość relacji z dostawcami może być określana takimi parametrami, jak bezpieczeństwo dostaw, tj. pewność realizacji zamówień i jakości produktów, terminowość i ciągłość oraz wiele czynników składających się na koszty nabycia (cena, rabaty, terminy dostaw itp.).

Korzystanie z wiedzy o nabywcy końcowym powinno stać u podstaw działań ukierunkowanych na podnoszenie efektywności związków kooperacyjnych z dostawcami. Podstawowe decyzje w tej sferze dotyczą wyboru dóbr, ich dostawców oraz sposobu organizacji procesów zaopatrzenia. Wspomaganie tych właśnie decyzji powinno być poprzedzone procesem zdefiniowania wartości konsumenckiej.

Podstawowym narzędziem budowania wiedzy o dostawcach jest ciągle monitorowanie. Dane i informacje pozyskane w ten sposób po zestawieniu ich z preferencjami nabywców pozwalają na identyfikację i selekcję potencjalnych kontrahentów. Na ich podstawie można dopiero odpowiedzialnie *kreślić* kierunki penetracji tego rynku, wybierać źródła i wytyczać kanały przepływu zasobów oraz kształtować warunki obustronnie korzystnej kooperacji, co jest podstawą trwałości tych związków.

Działanie ukierunkowane na organizację systemu zaopatrzenia w literaturze przedmiotu nazywa się *marketingiem zaopatrzenia*. Pojęcie to definiowane jest jako przemyślany zespół decyzji i działań przedsiębiorstwa, określający jego politykę i strategię w zakresie zaopatrzenia materiałowego oraz wynikający z nich wybór najbardziej korzystnych źródeł i form zakupu każdego konkretnego asortymentu (por. [Wojciechowski 1992]).

Marketing zaopatrzenia nie może być skutecznie realizowany bez jego powiązania z marketingiem tradycyjnie ukierunkowanym na nabywcę, to właśnie wiedza o nabywcy (jego potrzeby, preferencje) jest weryfikatorem wartości pozyskiwanych zasobów. Dotyczy to jednak nie tylko jakości samych zasobów, ale również procesów ich dostarczania, tj. zapewnienia ciągłości dostaw i ich wielkości dostosowanej do zmieniających się potrzeb.

Warto zauważyć, iż konkretny wybór w tym względzie, zwłaszcza przy zamiarze budowania długookresowej współpracy, powoduje konieczność rekompozycji łańcucha dostaw, a przynajmniej tej jego części, która poprzedza *wewnętrzny łańcuch wartości*. Wynika to z faktu, iż wybór określonego dostawcy jest w konsekwencji zwykle

wyborem całej sieci kooperantów, której pozyskany do współpracy podmiot jest tylko zewnętrznym (ostatnim) ogniwem. Niedokładne rozpoznanie związków kooperacyjnych (niedostateczna wiedza) potencjalnego kontrahenta może być źródłem zwiększonego ryzyka, gdyż stwarza zagrożenie nieciągłości procesów wewnętrznych w wyniku ewentualnych zakłóceń w dostawach o charakterze ilościowym, jakościowym, czasowym itd. W przypadku obrotu środkami farmaceutycznymi ryzyko jest szczególnie wysokie, dotyczy bowiem zdrowia, a nawet życia pacjenta.

Apteka, hurtownia, producent itd. ponosi więc odpowiedzialność za wybór swoich dostawców, gdyż zakłócenie w dostawie dóbr lub ich jakości może zostać negatywnie zweryfikowane przez rynek (lub bezpośredniego nabywcę w łańcuchu dostaw). Jednak ocena jakości leków przekracza możliwości konsumenta, z tego względu mechanizmy rynkowe wspierane są przez system ochrony zdrowia. Za kontrolę jakości leków w systemie odpowiedzialna jest głównie instytucja Inspekcji Farmaceutycznej.

Tworząc określony układ kooperacyjny, ponosi się więc odpowiedzialność nie tylko za procesy własne, ale za wszystkie poprzedzające je, realizowane przez dostawców, kooperantów tych dostawców itd. Złe rozeznanie w tym zakresie w konsekwencji może zaowocować nie tylko pogorszeniem relacji z nabywcą czy pogorszeniem wizerunku, ale nawet odebraniem koncesji na prowadzenie działalności.

Przy opisie problemów związanych z uwarunkowaniami skutecznego konkurowania na zglobalizowanych rynkach w literaturze przedmiotu akcentuje się, iż nową jednostką analizy strategicznej staje się ogniwo, wyodrębnione z łańcucha wartości, gdyż to ogniwa zintegrowanej sieci stają się miejscami powstawania przewag konkurencyjnych. Firmy nie muszą już dłużej subsydiować słabego wykonawstwa w jednym ogniwie ze źródeł silnych ogniw na rzecz efektywności całości (por. [Cyrson 2002]).

Pozycja przedsiębiorstwa na rynku zależy więc w coraz większym stopniu od współpracy pomiędzy kontrahentami działającymi w jednym łańcuchu wartości. Potwierdzają to badania, według których 88% respondentów (przedsiębiorstw) potwierdza występowanie potencjalnych korzyści we współpracy w łańcuchu dostaw [Ferrer, Vidal 2000, s. 15]. Osiąganie tych korzyści wymaga od przedsiębiorstw przekazywania (dzielenia się) swoim partnerom handlowym wiedzy, która dotychczas mogła być chroniona jako istotny czynnik umacniania własnej przewagi konkurencyjnej, oraz wspólnego realizowania z nimi projektów i procesów kreujących nową wiedzę.

5. Empiryczna ocena czynników tworzących wartość konsumentką w farmaceutycznym łańcuchu dostaw

W celu zidentyfikowania podstawowych elementów wpływających na wartość konsumentką na potrzeby niniejszego opracowania przeprowadzono badania na wyselekcjonowanej grupie dwudziestu farmaceutów. Selekcja miała na celu taki dobór

próby, aby wykorzystać wiedzę wynikającą z różnych doświadczeń pracowników realizujących swoje zadania w farmaceutycznym łańcuchu dostaw na poziomie sprzedaży detalicznej. W grupie znaleźli się więc zarówno właściciele, jak i pracownicy aptek działających w różnych środowiskach biznesowych, tj. aptek sieciowych, aptek jednego właściciela zlokalizowanych w centrach dużych miast, aptek osiedlowych, aptek gminnych. Ze względu na całkowicie odmienną specyfikę badaniami nie objęto aptek szpitalnych, a jedynie apteki otwarte. Przeprowadzone badania ankietowe w tak dobranej próbie pozwoliły na identyfikację głównych elementów określających, w opinii respondentów, wartość konsumencką. Ze wskazanych propozycji wybrano te, które uzyskały istotną liczbę wskazań. Są to:

1. dostęp do fachowej wiedzy (personelu),
2. wartości związane z lokalizacją – bliska odległość:
 - 2a. od miejsca zamieszkania,
 - 2b. od placówki służby zdrowia,
 - 2c. od obiektów handlowych,
 - 2d. od wolnych miejsc parkingowych, przystanków komunikacji miejskiej itd.,
3. cena (korzyści cenowe),
4. zaufanie do jakości leków,
5. dostępność leków (możliwość natychmiastowego zrealizowania recepty),
6. pomoc w przypadku braku leku,
7. godziny otwarcia apteki,
8. szeroki asortyment (dodatkowo suplementy diety, kosmetyki itp.),
9. komunikatywność farmaceutów (życzliwość – empatia),
10. zaufanie do personelu,
11. zaufanie do marki apteki,
12. dostęp do innych źródeł wiedzy o lekach i ochronie zdrowia (prasa itp.),
13. dodatkowe usługi (pomiar ciśnienia, dermatokonsultacje itp.),
14. programy lojalnościowe,
15. promocje dla pacjentów (drobne prezenty itp.),
16. szybkość obsługi,
17. realizacja leków recepturowych,
18. możliwość dyskretnej rozmowy z farmaceutą,
19. organizacja sprzedaży z wydzieloną częścią samoobsługową.

Jednak, jak zaznaczono powyżej, definiowanie i ocena wartości jest domeną klienta. Z tego też względu w drugim etapie badań w tych samych aptekach przeprowadzono badania ankietowe, które objęły w grupę 200 pacjentów, po dziesięciu w każdej. Próba była zróżnicowana również pod względem wiekowym. Zadaniem pacjentów było przypisanie wagi w skali od 0-5.

Uporządkowane wyniki przedstawiono w tab. 1. Ocena wyrażona została średnią ważoną, obliczoną z przypisanych przez pacjentów dla każdej wartości wag.

Na podstawie analizy wskazań można wyodrębnić najistotniejsze dla pacjentów wartości, które tworzą sumę korzyści skłaniających ich do wyboru konkretnego

Tabela 1. Ocena składowych czynników wartości konsumenckiej

1	2a	2b	2c	2d	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
4,17	4,19	3,34	2,84	2,94	4,53	4,14	4,57	4,23	4,02	4,22	4,45	4,14	3,11	2,83
13	14	15	16	17	18	19								
2,51	2,86	3,51	4,00	4,04	3,18	2,23								

Źródło: opracowanie własne.

miejsca zakupu. Jak wynika z tej analizy, szczególne znaczenie mają czynniki wpływające na koszty zakupu, tj. korzyści cenowe, korzyści lokalizacyjne (niższe koszty transportu), dostępność leków (realizacja przy jednej wizycie w aptece). Innym bardzo wysoko ocenionym czynnikiem tworzącym wartość konsumencką był kapitał intelektualny, głównie jednak w wymiarze, który określa się kapitałem społecznym. Świadczy o tym wysoka ocena takich wartości, jak komunikatywność farmaceutów (życzliwość – empatia), zaufanie, pomoc w przypadku braku leku. Te cechy personelu sprzyjają bowiem dostępowi do jego fachowej wiedzy.

Badania wykazały również mniejsze znacznie niektórych działań, takich jak organizacja sprzedaży z wydzieloną częścią samoobsługową, dodatkowe usługi, np. pomiar ciśnienia, dermokonsultacje itp., czy też dostęp do innych źródeł wiedzy o lekach, profilaktyce itp. Dotyczy to więc głównie tych kierunków rozwoju, które coraz częściej podejmowane są przez apteki w oczekiwaniu na zwiększenie konkurencyjności.

W trzecim etapie badań, dla potwierdzenia wyników i większego ich zróżnicowania, poproszono respondentów o wybór jedynie pięciu najważniejszych wartości oraz ustalenie ich kolejności (ważności) w ten sposób, że najważniejszemu czynnikowi przypisuje się wagę pięć, a najmniej ważnemu jeden. W tym etapie badań liczba respondentów zmniejszyła się do 70, ze względu na niższy poziom zwrotu ankiet.

Tabela 2. Ocena istotności składowych czynników wartości konsumenckiej

1	2a	2b	2c	2d	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
113	92	29	13	18	163	27	120	66	40	56	94	73	7	2
13	14	15	16	17	18	19								
5	13	31	49	21	16	14								

Źródło: opracowanie własne.

Analiza wyników (zob. tab. 2) potwierdziła jednak wnioski postawione po wcześniejszym etapie badań.

Wartości związane z lokalizacją, oceniane indywidualnie, wprawdzie uzyskały mniej wskazań niż inne wartości (1, 5, 3, 9), jednak we wszystkich wyodrębnionych

wymiarach (2a, 2b, 2c, 2d) liczba 152 punktów pozwala uznać lokalizację za drugi (po korzyściach cenowych) z najistotniejszych czynników tworzących wartość konsumencką w farmaceutycznym łańcuchu dostaw.

6. Podsumowanie

Obserwacje praktyki kształtowania relacji pomiędzy ogniwami tego łańcucha nie potwierdzają w większości przypadków zainteresowania współpracą ukierunkowaną na realizację sformułowanego powyżej celu, tj. podnoszenia konkurencyjności całego łańcucha przez zwiększanie wartości konsumenckiej. Wynika to w dużej mierze ze specyfiki konkurowania na tym rynku. W przypadku producentów intensyfikacja sprzedaży leków, szczególnie z grupy Rx, wymaga wykorzystania innych mechanizmów od stosowanych przy produktach w typowych łańcuchach dostaw. Jest to związane ze specyfiką systemu ochrony zdrowia, w którym sfera regulacji bardzo silnie oddziałuje na sferę realnego przepływu produktów leczniczych. Decyzje podejmowane przez główne pomioty tej sfery, tj. Ministerstwo Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia, Inspekcję Farmaceutyczną, placówki medyczne i lekarzy ordynujących leki, istotnie warunkują wartość konsumencką. Poza ścisłymi regulacjami mającymi na celu zapewnienie jakości produktów gestorzy systemu regulują dostępność przez ordynację indywidualną (lekarz – pacjent) oraz wpływając na korzyści cenowe (lista leków refundowanych).

Procesy globalizacji i towarzyszące im zjawisko pogłębiającej się konkurencji sprawiają, iż cykl życia łańcuchów wartości jest coraz krótszy, łańcuchy rozpadają się, a poszczególne ich sekwencje łączą się w nowe. Procesy te dokonują się w *globalnej przestrzeni wartości*, w której poszczególne wartości przyciągane są z siłą zależną od zapotrzebowania na nie. Zapotrzebowanie to definiowane jest przez nabywcę i ewentualnie, z opisywanych powyżej względów, podmioty zdolne do wchodzenia z nim w komunikację. Wykorzystując wiedzę o nabywcy, kolejne ogniwa w łańcuchu, przez aktywną politykę zaopatrzenia, stają się inicjatorami powstawania nowych łańcuchów.

Jednak w farmaceutycznym łańcuchu dostaw, ze względu na opisywane powyżej ryzyko, po wstępnej selekcji dostawców, zalecana jest ściślejsza współpraca ukierunkowana na poprawę jakości zarówno dostarczanych zasobów, jak i logistycznej obsługi dostaw, co w praktyce oznacza wzmacnianie konkurencyjności dotychczasowych kooperantów zamiast poszukiwania nowych.

Na etapie wyboru wiedza o potencjalnych kooperantach i ich pozycji na *rynku dostawców*, potencjale, znajomości rynku zasobów, wiarygodności itd. jest podstawą do wyboru partnerów strategicznych. W następnej kolejności na poziomie operacyjnym należy podjąć działania ukierunkowane na stworzenie sprawnego łańcucha dostaw. Procesy te muszą jednak uwzględniać wiedzę o uwarunkowaniach jego dalszego przebiegu i celu. Celem zarządzania łańcuchem dostaw nie jest bowiem sub-

optymalizacja, a maksymalizacja wartości dostarczanej nabywcy końcowemu. Dla efektywności tych działań równie ważne znaczenie ma obniżanie kosztów całego łańcucha dostaw.

Literatura

- Christopher M., *Logistyka i zarządzanie łańcuchem podaży*, Wyd. Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Kraków 1998.
- Cyrson E., *Nowy paradygmat strategii konkurencji*, [w:] *Konkurencyjność przedsiębiorstw*, E. Skawińska (red.), PWN, Warszawa 2002.
- Distribution on the pharmaceutical market in Central Europe 2010. Comparative analysis of Poland, Hungary, Romania, Czech Republic, Slovakia and Bulgaria*, PMR 03/2010.
- Drucker P.F., *Praktyka zarządzania*, AE, Kraków 1998.
- Dystrybucja na rynku farmaceutycznym w Polsce 2010. Prognozy rozwoju na lata 2010-2012*, PMR 2/2010.
- Ferrer I., Vidal O., *Collaborating for Competitive Advantage*, Logistics Europe, luty 2000.
- Kotler Ph, *Marketing – analiza, planowanie, wdrażanie i kontrola*, Gebethner & Ska, Warszawa 1994.
- Porter M.E., *Competitive Advantage*, Free Press, New York 1985.
- Skowronek C., Sariusz-Wolski Z., *Logistyka w przedsiębiorstwie*, PWE, Warszawa 1999.
- Witkowski J., *Zarządzanie łańcuchem dostaw*, PWE, Warszawa 2003.
- Wojciechowski T., *Rynek materiałów*, PWE, Warszawa 1992.

POSSIBILITIES OF USING KNOWLEDGE ABOUT A PURCHASER IN IMPROVING THE PROCESSES IN THE CHAIN OF SUPPLY ON THE BASIS OF PHARMACEUTICAL SECTOR

Summary: In recent years the pharmaceutical distribution market in Poland has seen many changes, particular importance was the process of consolidation. They were the result of a change in competitive conditions. In this paper, the author concludes, that the basis for competition, is a continuous improvement of the supply chain. The basis for these processes is to identify consumer value. The author presented his own research results, they were made in Polish pharmacies.