Akademia Bialska Nauk Stosowanych im. Jana Pawła II

FUNKCJONOWANIE APTEK OGÓLNODOSTĘPNYCH W POLSCE

UWARUNKOWANIA EKONOMICZNO-PRAWNE

Konrad Żak
Teresa Janicka-Michalak



Biała Podlaska 2022

Akademia Bialska Nauk Stosowanych im. Jana Pawła II

FUNKCJONOWANIE APTEK OGÓLNODOSTĘPNYCH W POLSCE

UWARUNKOWANIA EKONOMICZNO-PRAWNE

Konrad Żak

Teresa Janicka-Michalak

Biała Podlaska 2022

Wydawca

Akademia Bialska Nauk Stosowanych im. Jana Pawła II

Autorstwo poszczególnych części

Konrad Żak: wprowadzenie, rozdział 1, podrozdziały 2.2, 2.3, 3.1, 3.3, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 5.1, 5.3, podsumowanie
Konrad Żak, Teresa Janicka-Michalak: podrozdziały 2.1, 3.2, 4.1, 5.2

Recenzja

prof. dr hab. Henryk Mruk
dr hab. Katarzyna Szalonka, prof. UWr

Korekta

Korekto.pl

© Copyright by Akademia Bialska Nauk Stosowanych im. Jana Pawła II

Publikacja została sfinansowana w ramach projektu badawczego pt. „Wpływ orientacji aktywności apteki ogólnodostępnej i niedoborów farmaceutów na jakość świadczenia usług farmaceutycznych w Polsce" (nr PB/10/2021) – Fundusz Rozwoju Nauki Akademii Bialskiej Nauk Stosowanych im. Jana Pawła II.

ISBN 978-83-64881-90-9

Nakład: 100 egz.
Liczba arkuszy wydawniczych: 29,7 + grafika

Wydawnictwo ABNS JPII
ul. Sidorska 95/97, p. 334R
21-500 Biała Podlaska
www.akademiabialska.pl

Projekt okładki, skład i druk

druk-24h.com.pl
DRUKARNIA CYFROWA
Grabówka, ul. Szosa Baranowicka 77
15-523 Białystok; tel. 85 653-78-04
e-mail: biuro@partnerpoligrafia.pl

Spis treści

Wprowadzenie **9**

Rozdział 1.
Rynkowe podstawy funkcjonowania aptek ogólnodostępnych w Polsce ... **15**

1.1. Geneza aptekarstwa w Europie i w Polsce 17

1.2. Struktura podmiotowa aptecznego rynku farmaceutycznego 25

1.3. Przedmiot wymiany na rynku aptecznym – struktura przedmiotowa 38

1.4. Otoczenie ogólne aptek ogólnodostępnych 55

1.4.1. Warunki polityczno-prawne 60

1.4.2. Warunki międzynarodowe 64

1.4.3. Warunki ekonomiczne (makroekonomiczne) 66

1.4.4. Warunki demograficzne 70

1.4.5. Warunki społeczne (socjokulturowe, społeczno-kulturowe) 76

1.4.6. Warunki technologiczne (techniczno-technologiczne, przyrodniczo-techniczne) 78

1.4.7. Warunki naturalne (fizyczne) 92

1.4.8. Warunki organizacyjne 94

1.4.9. Warunki informacyjne 102

1.5. Otoczenie rynkowe aptek ogólnodostępnych 105

1.5.1. Sektorowa analiza aptecznego rynku farmaceutycznego 110

1.5.1.1. Groźba nowych wejść 112

1.5.1.2. Groźba substytucyjnych wyrobów i usług 115

1.5.1.3. Siła przetargowa nabywców 117

1.5.1.4. Siła przetargowa dostawców 120

1.5.1.5. Rywalizacja między istniejącymi podmiotami 124
1.5.2. Procesy konkurencyjne na aptecznym rynku farmaceutycznym 126

Rozdział 2.
Orientacja aktywności a budowanie przewagi konkurencyjnej 135

2.1. Rodzaje orientacji aktywności aptek ogólnodostępnych 137
2.1.1. Orientacja produkcyjna 141
2.1.2. Orientacja produktowa (technologiczna, innowacyjna) 142
2.1.3. Orientacja sprzedażowa (dystrybucyjna) 145
2.1.4. Orientacja rynkowa (marketingowa) 147
2.1.5. Orientacja holistyczna 153
2.1.6. Orientacja społeczna 160
2.1.7. Orientacja na uczenie się (na wiedzę) 167
2.1.8. Orientacja przedsiębiorcza (na przedsiębiorczość) 170
2.1.9. Orientacja na pracownika (klienta wewnętrznego) 177
2.2. Orientacja aktywności apteki a charakter uwarunkowań prawnych 181
2.3. Budowanie przewagi konkurencyjnej apteki ogólnodostępnej 188
2.3.1. Przewaga kosztowa apteki ogólnodostępnej 191
2.3.2. Przewaga pozakosztowa apteki ogólnodostępnej 193
2.3.3. Etapy budowania przewagi konkurencyjnej apteki ogólnodostępnej 196
2.3.4. Opieka farmaceutyczna jako źródło przewagi konkurencyjnej apteki ogólnodostępnej 199

Rozdział 3.
Determinanty jakości usług farmaceutycznych a orientacja aktywności 209

3.1. Wyznaczniki jakości usług farmaceutycznych 211
3.2. Środowiskowe unormowania aktywności rynkowej jako aktywności społecznie odpowiedzialnej 218
3.2.1. Kodeks etyki zawodowej 222
3.2.2. Dobra Praktyka Apteczna 229
3.2.3. Standardy Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej 230
3.2.4. Kodeksowe uwarunkowania marketingu farmaceutycznego 234
3.3. Aktywność rynkowa a jakość usług apteki 238
3.3.1. Marketing i ewolucja koncepcji marketingowych 238

3.3.2. Instrumenty marketing miksu wykorzystywane w aptekach 248
3.3.2.1. Produkt vs. wartość dla klienta 255
3.3.2.2. Cena vs. koszt dla nabywcy 270
3.3.2.3. Dystrybucja vs. wygoda nabycia 279
3.3.2.4. Promocja vs. komunikacja z rynkiem 297
3.3.3. Instrumenty komunikacji marketingowej 306
3.3.3.1. Reklama vs. reklama produktu leczniczego 306
3.3.3.2. Promocja sprzedaży vs. promocja usług prozdrowotnych 331
3.3.3.3. Public relations 349
3.3.3.4. Sponsoring (sponsorowanie) 355
3.3.3.5. Komunikacja nieformalna (marketing szeptany lub wirusowy) 360
3.3.4. Reklama apteki i jej działalności 364

Rozdział 4.
Farmaceuta w aptece ogólnodostępnej a jakość usług farmaceutycznych 383

4.1. Społeczna odpowiedzialność biznesu aptecznego 385
4.2. Apteka dla aptekarza vs. apteka dla pacjenta 390
4.3. Profesjonalny personel w aptece – determinanty jakości rekrutacji i selekcji 400
4.3.1. Niedobory farmaceutów w aptekach ogólnodostępnych 400
4.3.2. Rekrutacja i selekcja kandydatów do pracy w aptece 405
4.3.3. Wyznaczniki jakości rekrutacji i selekcji 411
4.3.4. Charakterystyka wybranych technik selekcyjnych 414
4.3.4.1. Testy na inteligencję 415
4.3.4.2. Testy integralności (uczciwości) 418
4.3.4.3. Testy umiejętności 422
4.3.4.4. Ustrukturyzowana rozmowa kwalifikacyjna 423
4.4. Standaryzacja obsługi a jakość usług farmaceutycznych 429
4.4.1. Wizerunek apteki i farmaceuty 429
4.4.1.1. Wygląd zewnętrzny i wnętrze apteki 430
4.4.1.2. Wygląd i zachowanie farmaceuty 434
4.4.1.3. Podejście do potrzeb klienta (pacjenta) 437
4.4.1.4. Komunikacja werbalna i niewerbalna 438
4.4.1.5. Przełamywanie wątpliwości „trudnego" klienta (pacjenta) 442

4.4.2. Stałe elementy obsługi klienta (pacjenta) 444
4.4.2.1. Powitanie 445
4.4.2.2. Rozpoznanie potrzeb 446
4.4.2.3. Realizacja podstawowej potrzeby 448
4.4.2.4. Sprzedaż komplementarna 449
4.4.2.5. Przygotowanie produktów 450
4.4.2.6. Zapłata i fiskalizacja 451
4.4.2.7. Pożegnanie 452
4.4.3. Podstawowe rodzaje wizyt pacjenta w aptece 453
4.5. System nadzoru farmaceutycznego a jakość usług farmaceutycznych .. 456

Rozdział 5.
Aktywność rynkowa aptek w świetle badań pierwotnych 465

5.1. Metodyka badania empirycznego 467
5.1.1. Cel i procedura oraz metoda badawcza 467
5.1.2. Dobór próby badawczej 477
5.1.3. Charakterystyka próby badawczej 479
5.2. Orientacja aktywności apteki i dostępność farmaceutów a jakość świadczenia usług farmaceutycznych 481
5.2.1. Zakres analiz 481
5.2.2. Orientacja sprzedażowa (dystrybucyjna) vs. orientacja rynkowa (marketingowa) 484
5.2.3. Orientacja aktywności apteki a jakość usług farmaceutycznych ... 489
5.2.3.1. Przeprowadzanie wywiadu farmaceutycznego 492
5.2.3.2. Informowanie pacjenta o działaniu leku (stosowaniu, sposobie przechowywania) 495
5.2.3.3. Informowanie pacjenta o skutkach ubocznych i możliwych niepożądanych interakcjach z innymi lekami 497
5.2.3.4. Informowanie pacjenta o przeciwwskazaniach przy stosowaniu leku w danej jednostce chorobowej (odmowa wydania leku) 499
5.2.3.5. Informowanie o możliwości nabycia w aptece tańszego zamiennika leku 501
5.2.3.6. Wydanie pacjentowi leku wymagającego ordynacji lekarskiej bez konieczności okazania recepty 502
5.2.3.7. Orientacja aktywności apteki a jakość usług farmaceutycznych – podsumowanie 503

5.2.4. Apteka bez farmaceuty a jakość usług farmaceutycznych 504
5.3. Wnioski z badań 509
5.3.1. Orientacja sprzedażowa (dystrybucyjna) vs. orientacja rynkowa (marketingowa) 509
5.3.2. Orientacja aktywności apteki a jakość usług farmaceutycznych 511
5.3.3. Apteka bez farmaceuty a jakość usług farmaceutycznych 514
Podsumowanie 517
Bibliografia 523
Spis tabel 561
Spis rysunków 565

Wprowadzenie

Transformacje ustrojowe pod koniec lat 80. ubiegłego wieku, wynikające ze zmiany systemu ekonomicznego Polski z gospodarki centralnie planowanej na społeczną gospodarkę rynkową, opartą na wolności działalności gospodarczej, własności prywatnej oraz solidarności, dialogu i współpracy partnerów społecznych stworzyły sprzyjające warunki do rozwoju polskiej przedsiębiorczości. Zmiany w systemie polityczno-gospodarczym przyczyniły się do rozwoju przedsiębiorczości prywatnej, której przedstawiciele coraz częściej interesowali się prowadzeniem działalności gospodarczej na rynku farmaceutycznym. Kształtujący się w Polsce rynek farmaceutyczny był stopniowo regulowany również w sferze legislacyjnej. Unormowano funkcjonowanie samorządu zawodu aptekarskiego i sformułowano zasady obrotu produktami farmaceutycznymi. Określono również reguły odnoszące się do funkcjonowania aptek, hurtowni farmaceutycznych, punktów aptecznych oraz uporządkowano zasady dystrybucji produktów farmaceutycznych w placówkach obrotu pozaaptecznego. Kluczowa dla funkcjonowania rynku farmaceutycznego była redefinicja usług farmaceutycznych, która podniosła rangę zawodu farmaceuty, pozycjonując go jako samodzielny zawód medyczny.

Natężenie procesów konkurencyjnych na aptecznym rynku farmaceutycznym wymusiło na przedsiębiorcach aptecznych konieczność dostosowania dotychczasowego modelu zarządzania apteką do zmiennych reguł gry rynkowej, co bezpośrednio wiązało się z koniecznością transformacji pasywnych strategii konkurencji w aktywne strategie rozwoju. Ewolucja podejścia do zarządzania apteką zmieniła charakter aktywności placówek świadczących usługi farmaceutyczne. Realizacja społecznej misji apteki i celów komercyjnych w warunkach wzmożonej konkurencji wymuszała ze strony właścicieli aptek (organów prowadzących aptekę) stosowanie szerokiego zakresu aktywności w działalności operacyjnej. Agresywny patomarketing wypaczał ideę aktywności marketingowej, powodując, że realizacja zadań

apteki często naruszała normy prawa oraz zasady etyki i deontologii zawodu farmaceuty. Skutkowało to wprowadzaniem przez ustawodawcę w systemie prawa farmaceutycznego ograniczeń, które miały ustabilizować sytuację na rynku i wyeliminować zjawiska patologiczne w systemie dystrybucji produktów farmaceutycznych i w procesie komunikacji marketingowej. Niestety, wprowadzone ograniczenia nie zawsze spełniały oczekiwania rynku, co skutkowało chaosem i wzrostem zjawiska niepewności w praktyce aptecznej, negatywnie wpływając na jakość świadczenia usług farmaceutycznych.

Jakość świadczenia usług farmaceutycznych stanowi kluczowy aspekt rynkowego funkcjonowania apteki ogólnodostępnej. Jest ona determinowana przez wiele czynników, do których można zaliczyć: wiarygodność usługodawcy (podmiotu prowadzącego aptekę), fachowość personelu, bezpieczeństwo wynikające ze ścisłego uregulowania usług farmaceutycznych i wprowadzenia dodatkowego nadzoru nad aptekami, zróżnicowanie katalogu usług, dostępność usług oraz odpowiedni tryb postępowania farmaceuty w zakresie sposobu udzielania (świadczenia) usług farmaceutycznych. Determinanty jakości usług farmaceutycznych uświadamiają, że w wykonywaniu czynności fachowych nie można zastąpić farmaceuty, albowiem nikt z personelu uprawnionego do pracy w aptece nie posiada tak szeroko zdefiniowanych kompetencji. Z tego względu warunkiem koniecznym zapewnienia wysokiego poziomu jakości usług farmaceutycznych jest oparcie procesu ich świadczenia na kompetencjach farmaceutów, których obecność w aptece ogólnodostępnej jest gwarantem bezpieczeństwa systemu ochrony zdrowia publicznego.

Niedobory farmaceutów w aptekach mogą wskazywać na upowszechnienie się na rynku tzw. aptek bez farmaceuty, czyli aptek, w których farmaceuta ma sporadyczny kontakt z pacjentem, co w odniesieniu do zadań stawianych przed farmaceutą i apteką może generować trudności we właściwej realizacji procesu opieki farmaceutycznej oraz zaburzać świadczenie usług i wykonywanie zadań, jak również uniemożliwiać dokonywanie określonych czynności fachowych. Z tego względu zainteresowanie się problematyką jakości usług farmaceutycznych w odniesieniu do niedoborów farmaceutów w aptekach i podjęcie badań w tym zakresie umożliwiło wyodrębnienie obszarów aktywności aptek ogólnodostępnych wymagających podjęcia pilnych działań optymalizacyjnych o charakterze strategicznym dla funkcjonowania rynku farmaceutycznego. Powiązanie jakości usług farmaceutycznych z konkretną orientacją działania (aktywności) apteki pozwoliło zidentyfikować zależności pomiędzy danym rodzajem aktywności

a konkretnym wyznacznikiem jakości usług farmaceutycznych. Przedstawienie wpływu orientacji aktywności apteki ogólnodostępnej i niedoborów farmaceutów na jakość świadczenia usług farmaceutycznych w Polsce umożliwiło wskazanie optymalnego modelu aktywności apteki, który jest efektywny i w pełni zapewnia interes pacjenta oraz daje gwarancję bezpieczeństwa procesu dystrybucji produktów i usług farmaceutycznych.

Celem pracy jest przedstawienie zasad funkcjonowania i konkurowania aptek w otoczeniu rynkowym w odniesieniu do podejmowanych działań w zakresie budowania przewag konkurencyjnych. Problemem badawczym jest wpływ orientacji aktywności apteki ogólnodostępnej i niedoborów farmaceutów na jakość świadczenia usług farmaceutycznych w Polsce. Jest to istotne dla identyfikacji warunków efektywnego sprawowania opieki farmaceutycznej i świadczenia usług farmaceutycznych w aptekach ogólnodostępnych, które system prawa farmaceutycznego wiąże z osobą farmaceuty. Niedobory farmaceutów w aptekach mogą znacząco ograniczyć społeczną misję apteki – ochronę zdrowia publicznego i ochronę zdrowia pacjenta, albowiem wykluczają taką placówkę z systemu świadczenia usług farmaceutycznych, które stanowią podstawowy aspekt jej aktywności rynkowej. Cele szczegółowe to:

- przedstawienie uwarunkowań historycznych rozwoju aptekarstwa na ziemiach polskich;
- charakterystyka otoczenia rynkowego aptek, ze szczególnym uwzględnieniem wpływu wymiaru prawnego na charakter i zakres prowadzonej działalności operacyjnej;
- przedstawienie instrumentów budowy przewag konkurencyjnych;
- dokonanie klasyfikacji aptek ogólnodostępnych ze względu na rodzaj aktywności;
- wskazanie zależności pomiędzy orientacją aktywności a jakością usług farmaceutycznych świadczonych w aptece;
- wskazanie zależności pomiędzy niedoborem farmaceuty w aptece a jakością świadczonych usług.

Kompleksowe badania nad orientacją aktywności aptek w odniesieniu do jakości świadczonych usług stanowią ważny poznawczo proces, umożliwiający identyfikację kierunków zmian (reorientację) misji aptek, które mogą być nieplanowanym skutkiem nowelizacji systemu prawa farmaceutycznego. Pozwalają również określić zmiany, jakie zachodzą w procesie zarządzania apteką przez prywatnego przedsiębiorcę, oraz określić ich skutki dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia publicznego w Polsce i kosztów

społecznych związanych z systemem refundacji leków. Badania nad uwarunkowaniami aktywności aptek mogą wskazać zagrożenia związane z podatnością rynku na występowanie zjawisk patologicznych oraz umożliwić podjęcie szybkiej i skutecznej interwencji ustawodawcy i organów nadzoru farmaceutycznego w celu przeciwdziałania narastaniu niekorzystnych zjawisk, aktywności i zachowań rynkowych, sprzecznych z prawem oraz zasadami etyki i deontologii zawodu farmaceuty.

Niniejsza monografia powstała w wyniku dokonanego przeglądu literatury zagranicznej i polskiej. Wykonano obszerne badania wtórne funkcjonowania rynku aptecznego w Polsce od transformacji ustrojowej w 1990 r. do 2020 r. Ponadto wykonano badania pierwotne, ukierunkowane na identyfikację rodzajów aktywności apteki ogólnodostępnej i dostępności farmaceutów w odniesieniu do ich wpływu na jakość świadczonych usług farmaceutycznych. Realizacja celu pracy wymagała zastosowania zróżnicowanych metod badawczych i przyjęcia odpowiedniej struktury, które pozwoliły dokonać kompleksowej charakterystyki uwarunkowań aktywności apteki i świadczenia usług farmaceutycznych. Zastosowano metodę analizy i krytyki piśmiennictwa, metody badania dokumentów (ze szczególnym uwzględnieniem analizy aktów prawnych) oraz metodę indywidualnych przypadków. Jakość usług farmaceutycznych została określona przy wykorzystaniu metodyki tajemniczego klienta (ang. *mystery shopper*, *mystery shopping*), natomiast rodzaj orientacji aktywności apteki został określony na podstawie zmodyfikowanego indeksu rozumienia i stosowania marketingu (w wersji 2.0). Dane zebrano z wykorzystaniem kwestionariuszy obserwacji i kwestionariuszy ankiety oraz poddano je analizie statystycznej.

Całość pracy została podzielona na pięć rozdziałów, z których pierwsze cztery stanowią analizę warunków prowadzenia działalności operacyjnej apteki ogólnodostępnej w Polsce, natomiast ostatni rozdział przedstawia empiryczną analizę wpływu orientacji aktywności apteki i niedoborów farmaceutów na jakość świadczenia usług farmaceutycznych w Polsce. W rozdziale pierwszym omówiono zagadnienia dotyczące istoty rynku, w tym rynku aptecznego, oraz dokonano charakterystyki otoczenia (makrootoczenia i otoczenia rynkowego). Rozdział drugi charakteryzuje zagadnienia związane z orientacją aktywności apteki oraz przedstawia sposoby budowania przewagi konkurencyjnej. W rozdziale trzecim skoncentrowano uwagę badawczą na tematyce jakości usług farmaceutycznych w odniesieniu do rodzaju orientacji aktywności. Scharakteryzowano szczegółowo determinanty jakości usług farmaceutycznych, przedstawiono środowiskowe uregulowania

aktywności rynkowej (kodeks etyki zawodowej, zasady Dobrej Praktyki Aptecznej i standardy Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej, kodeksowe uwarunkowania marketingu farmaceutycznego) oraz dokonano analizy warunków stosowania marketingu w praktyce aptecznej ze szczególnym uwzględnieniem instrumentów komunikacji marketingowej. Rozdział czwarty poświęcono omówieniu roli, znaczenia, kwalifikacji personelu fachowego pracującego w aptekach pod kątem jakości usług farmaceutycznych. Przedstawiono w nim szczegółowo czynniki wpływające na jakość rekrutacji i selekcji oraz dokonano charakterystyki podstawowych technik selekcyjnych. Omówiono również system nadzoru farmaceutycznego w kontekście wpływu procesów kontrolnych na sprawność systemu świadczenia usług farmaceutycznych. Ostatni rozdział – piąty – stanowi empiryczną charakterystykę aktywności apteki ogólnodostępnej, odnoszącą się do:

- rodzaju przyjętej orientacji aktywności apteki – orientacja sprzedażowa (dystrybucyjna) vs. orientacja rynkowa (marketingowa);
- wpływu podejmowanych działań w ramach przyjętej orientacji aktywności na jakość usług farmaceutycznych;
- wpływu niedoborów farmaceutów na jakość usług farmaceutycznych.

Niniejsza monografia stanowi studium analityczno-badawcze z zakresu szeroko pojętej aktywności apteki, zestawionej z analizą ograniczeń zawartych w systemie prawa farmaceutycznego i ich wpływu na zakres oraz jakość usług farmaceutycznych. Jest nowym spojrzeniem na rezultaty badań ujętych w niepublikowanej dysertacji doktorskiej K. Żaka pt. *Działania marketingowe aptek a uwarunkowania prawne w Polsce* i przedstawia uwarunkowania działalności aptek ogólnodostępnych według stanu prawnego na dzień 30 listopada 2022 r. Ujęto w niej ostatnie zmiany w otoczeniu wywołane wpływem wojny w Ukrainie (migracja ludności), wysoką inflacją (wzrost kosztów, spadek realnych dochodów pacjentów) i spowolnieniem gospodarczym. Stanowi ona zwieńczenie badań w ramach projektu badawczego PB/10/2021 zrealizowanego z funduszu rozwoju nauki Akademii Bialskiej Nauk Stosowanych im. Jana Pawła II.

W niniejszej pracy przyjęto określenia, które odnoszą się do zakresu czasowego i mogą powodować trudności w precyzyjnym umiejscowieniu danego zjawiska czy aktywności w określonej przestrzeni temporalnej. Dla zobrazowania bieżącej sytuacji użyto pojęć „obecny" („obecnie"), „współczesny" („współcześni", „współcześnie") itp. bez podawania konkretnego określnika liczbowego (roku, daty). Należy to rozumieć jako odniesienie do sytuacji z okresu pisania niniejszej pracy – II poł. 2022 r. Nie zawsze

bowiem takie dopełnienie cyfrowe da się logicznie dopasować i zestawić z charakterystyką rysu historycznego odnoszącego się do konkretnego bloku tematycznego. Kolejnym zabiegiem jest przeniesienie charakterystyki aktywności odnoszącej się do przedsiębiorstw na aptekę ogólnodostępną, która może występować jako placówka samodzielna prowadzona pod firmą przedsiębiorcy i nazwą przedsiębiorstwa, ale też może wchodzić w skład sieci aptecznych czy grup zakupowych. Przedsiębiorstwo i apteka w tym znaczeniu nie są podmiotami tożsamymi, jednak charakterystyka przedsiębiorstwa zawiera wiele cech odnoszących się bezpośrednio do funkcjonowania aptek jako podmiotów ochrony zdrowia publicznego. Używanie zaś zamiennie terminów „farmaceuta" i „aptekarz" wynika z prawa farmaceutycznego, które normuje wykonywanie tego zawodu. Pracownicy aptek posiadający wyższe wykształcenie farmaceutyczne w przedmiotowej ustawie określani są jako farmaceuci, zaś farmaceuta wykonujący zawód w aptece, punkcie aptecznym, dziale farmacji szpitalnej albo hurtowni farmaceutycznej jest aptekarzem[1]. Oznacza to, że każdy aptekarz jest farmaceutą, ale nie każdy farmaceuta może być aptekarzem. Zauważyć przy tym należy, że często w przestrzeni publicznej farmaceutę utożsamia się z magistrem farmacji, jednak nie jest to poprawne, ponieważ magister farmacji w systemie prawa farmaceutycznego oznacza jedynie tytuł zawodowy nadany absolwentowi jednolitych studiów magisterskich na kierunku farmacja[2].

[1] Por. Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, Dz.U. z 2021 r., poz. 97, ze zm., art. 30.

[2] Por. tamże, art. 3 pkt 1.

ROZDZIAŁ 1.

RYNKOWE PODSTAWY FUNKCJONOWANIA APTEK OGÓLNODOSTĘPNYCH W POLSCE

1.1. Geneza aptekarstwa w Europie i w Polsce

Powstanie placówek zajmujących się wytwarzaniem i sprzedażą leków nie stanowiło jednorazowego wydarzenia, lecz było procesem długim, rozłożonym w czasie, na którego efekt końcowy złożyły się całe stulecia. Brak jednoznacznych, niebudzących wątpliwości danych historycznych nie pozwala jednak na precyzyjne ustalenie sposobu i czasu powstawania podmiotów sporządzających i oferujących środki lecznicze. Niemniej jednak szczątkowe i skąpe źródła pozwoliły ustalić, że początek handlu środkami leczniczymi sięga starożytnej Grecji, kiedy to pojawili się pierwsi uliczni kramarze oferujący różnorodny towar, w tym zioła lecznicze oraz korzenie aromatyczne[3]. Owi straganiarze wyznaczali kanon jakości usług poprzez oferowanie różnorodnego towaru, którego właściwości użytkowe w ich opinii pozwalały zaspokoić każdą potrzebę i uśmierzyć prawie każdą dolegliwość. Im szerszy był oferowany asortyment i lepsze umiejętności prezentacji wyrobu, tym szybciej rósł zysk i renoma sprzedawcy, który w dużym stopniu swoją wiedzę opierał na ustnie przekazywanej „mądrości ludowej", a nie na studiowaniu ksiąg i zwojów o charakterze naukowym. Z tego okresu pochodzi nazwa „apteka", która pierwotnie oznaczała kram (gr. *apotheke* – 'kram, buda, skład'), a nie rodzaj specjalistycznej placówki, w której sprzedawano leki. Określenie *apothecarius* natomiast przez wiele stuleci pokrywało się najczęściej z pojęciem „kupiec", a nie „aptekarz"[4].

Specjalizacja ofertowa polegająca na handlu wyłącznie surowcami pochodzenia roślinnego (ziołami), minerałami i pierwszymi formami leków dokonała się w VIII w. w krajach arabskich[5]. Wtedy to doszło do specjalizacji kramarzy, który zajmowali się tylko handlem wyrobami przeznaczonymi do leczenia. W trzech głównych arabskich ośrodkach handlowych – Bagdadzie, Kordobie i Toledo – powstały pierwsze publiczne apteki prowadzone przez

[3] A. Drygas, *Narodziny leku. Dawne terapie. Lek i jego formy, sposoby wytwarzania i dystrybucji*, [w:] Brzeziński T. (red.), *Historia medycyny* (124–167), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995, s. 144–145.

[4] Tamże.

[5] W. Roeske, *Polskie apteki*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1991, s. 44.

aptekarzy, co wskazuje, że dopiero od tego okresu można mówić o rozdziale medycyny i farmacji[6]. Rozdział medycyny od farmacji stanowił kamień milowy w odniesieniu do jakości usług, albowiem pozwolił na powstanie wyspecjalizowanej grupy zawodowej, która w swojej ofercie handlowej miała jedną grupę asortymentową – produkty przeznaczone do leczenia. Zapoczątkowało to również rozwój usług doradczych, odnoszących się do sposobów stosowania wyrobów.

W Europie wytwarzaniem leków zajmowali się początkowo mnisi, co wynikało z dominującej pozycji Kościoła Katolickiego w każdym aspekcie życia polityczno-gospodarczego. Z czasów Karola Wielkiego pochodzą pierwsze wzmianki na temat istnienia w klasztorach pomieszczeń, w których przygotowywano i przechowywano leki[7]. Farmacja klasztorna od VIII do XII w. praktycznie zmonopolizowała proces leczenia i dystrybucję produktów farmaceutycznych. Specjalnie wyszkoleni i przygotowani mnisi zaopatrywali w leki wyłącznie mieszkańców klasztoru (zakonników i chorych w szpitaliku – przytułku). Z czasem jednak zaczęli je sprzedawać osobom spoza bram klasztornych, co wywoływało sprzeciw władz duchownych. Właśnie w tym sprzeciwie niektórzy upatrują przyczyny wyjścia w XII w. handlu ziołami poza mury klasztorne – w ręce ludzi świeckich[8].

Brak wiarygodnych danych historycznych nie pozwala precyzyjnie określić roku powstania pierwszej apteki, jednak źródła historyczne wskazują, że już w 1135 r. istniała apteka szpitalna w Pradze, natomiast na terenie Niemiec pierwsza apteka powstała w 1220 r. w Kolonii. Z kolei z 1180 r. pochodzi pierwsza wzmianka o istnieniu we Florencji cechu lekarzy i aptekarzy, a z 1170 r. pochodzi *Statua Sive Leges Muncipales Arelatis*, pierwszy znany dokument miejski określający zakres obowiązków lekarzy i aptekarzy, zabraniający wykonywanie obu tych zawodów przez jedną osobę oraz legalizujący samodzielny zawód aptekarski. Natomiast pierwsi świeccy „aptekarze" wykonujący zawód w stałych placówkach sanitarnych pojawili się w XII w. na terenie Włoch i południowej Francji. Z tego okresu pochodzą również pierwsze rozporządzenia zarządów miejskich legalizujących istnienie samodzielnego zawodu aptekarskiego – był to jednak zawód oparty na cechowym systemie kształcenia kadr[9]. Oznaczenie aptek jako publicznych

---

6 R. Rembieliński, B. Kuźnicka, *Historia farmacji*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1987, s. 155.

7 A. Drygas, *Narodziny leku*…, dz. cyt., s. 146.

8 Tamże.

9 R. Rembieliński, B. Kuźnicka, *Historia*…, dz. cyt., s. 155–157.

placówek sanitarnych (łac. *officina sanitatis*) oraz wykaz wykonywanych przez aptekarza (łac. *confectionarius* lub *stationarius*) czynności (zakres obowiązków) zostały określone w XIII w. na mocy Konstytucji Królestwa Sycylii (łac. *Constitutiones Regni Siciliae*), wydanych w latach 1231–1240 przez króla Sycylii i Neapolu i jednocześnie cesarza Fryderyka II. W Konstytucji Królestwa Sycylii w tzw. Księdze Praw Cesarskich (łac. *Liber Augustalis*) dokonano również innych istotnych regulacji, które miały jak na tamte czasy rewolucyjny charakter, albowiem wyznaczały nowe standardy jakości świadczenia usług farmaceutycznych[10]:

- rozdzielono zawód lekarza i aptekarza;
- określono charakter wzajemnych stosunków między lekarzem a aptekarzem, miejsce (placówkę), w której leki mają być wykonywane (*apotheka* lub *stationes*);
- uzależniono proces otwarcia apteki od uzyskania zgody władz państwowych „w określonych miastach Królestwa";
- ustanowiono obowiązek składania przysięgi przez aptekarzy;
- ustanowiono wykaz opłat za leki (tzw. taksę);
- ustanowiono karę konfiskaty całego majątku ruchomego za sprzeniewierzenie się zasadom określonym w przysiędze;
- ustanowiono stanowiska dwóch zaufanych lustratorów (łac. *viri circumspecti*), zaprzysiężonych i aprobowanych przez profesorów w Salerno, do których obowiązków należało sprawdzanie, czy leki są sporządzane według przepisów (dopiero po przeprowadzeniu czynności kontrolnych przez lustratorów, których nazwiska musiały zostać podane na dwór cesarski, leki mogły być sprzedawane).

Konstytucję Królestwa Sycylii i Księgę Praw Cesarskich określa się jako pierwszą „ustawę aptekarską" w Europie, na mocy której apteka jako publiczna placówka sanitarna znalazła się pod ochroną prawną. Od momentu ustanowienia przedmiotowych regulacji można już mówić o powstaniu farmacji zawodowej.

[10] K. Żak, *Farmaceuta w aptece a jakość usług farmaceutycznych*, [w:] Nowak W., Szalonka K. (red.), *Zdrowie i style życia. Ekonomiczne, społeczne i zdrowotne skutki pandemii* (277–302), „Prace Naukowe Wydziału Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego", seria e-Monografie nr 188, E-Wydawnictwo, Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa, Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2021, s. 278–279, DOI: 10.34616/142099; A. Drygas, *Narodziny leku…*, dz. cyt., s. 147; W. Roeske, *Polskie*…, dz. cyt., s. 50–51; R. Rembieliński, B. Kuźnicka, *Historia*…, dz. cyt., s. 156–157.

Rozwój aptek w Polsce to wielowiekowy proces sięgający aż XIII w. Brak wiarygodnych źródeł historycznych z tego okresu nie pozwala dokładnie określić początku powstania pierwszych aptek na ziemiach polskich. Pojawiają się natomiast wzmianki opisujące fakt istnienia takich placówek, jak choćby informacja o istnieniu apteki w Świdnicy, która miała funkcjonować już w 1248 r.[11] Na pozostałych ziemiach (dzielnicach) Polski apteki pojawiły się w XIV i XV w. (z tego okresu pochodzą pierwsze wzmianki o istnieniu aptek we Wrocławiu w 1320 r., w Szczecinie w 1329 r., Głogowie w 1331 r., Krakowie w 1333 r., Toruniu w 1389 r., Gdańsku w 1399 r., Poznaniu w 1446 r.)[12].

Pierwsze kramnice apteczne miały w swojej ofercie leki pochodzenia roślinnego, które wykonywane były samodzielnie przez aptekarza na bazie wiedzy pozyskanej w trakcie nauki bądź praktyki zawodowej oraz treści przepisów i recept. Utrwalanie wiedzy w formie przepisów i recept pozwalało utrzymywać pożądaną jakość wyrobów farmaceutycznych i stanowiło pierwszy przejaw standaryzacji produktowej. Wraz z rozwojem nauki, który stymulował powstawanie (odkrywanie) nowych substancji stosowanych do leczenia, zmianie ulegały sposoby leczenia i stosowania leków, co pociągało za sobą przeobrażenia procesów dystrybucji oraz konwertowało funkcje aptek. Niemniej zauważyć należy, że średniowieczne aptekarstwo początkowo traktowane było jako zwykłe rzemiosło, jednak nie posiadało własnego cechu (aptekarze przyłączali się do różnych cechów), co wskazywało, że jakość świadczonych usług oparta została na cechowym systemie kształcenia nowych kadr[13]. Przynależność do cechu pokazuje, że początkowo aptekarz utożsamiany był z rzemieślnikiem, a jakość świadczonych usług uzależniona była od standardów wypracowanych przez mistrzów cechowych. Rozwój nauki i technologii w XVI i XVII w. uzmysłowił władzom, że farmacja jest nauką

[11] Fakt istnienia pierwszej apteki w Świdnicy w 1248 r. oraz drugiej w 1267 r. kwestionuje W. Roeske, uznając, że powstanie apteki w Świdnicy „w kontekście z edyktem cesarza Fryderyka II z 1240 r. oraz ogólnym stanem rozwoju ówczesnego aptekarstwa w Europie Zachodniej byłoby niczym nieuzasadnionym fenomenem". Pierwsza apteka w Świdnicy według W. Roeskego powstała w 1332 r. (W. Roeske, *Polskie*…, dz. cyt., s. 53, 56). Wątpliwości te dotyczą również powstania aptek na ziemi śląskiej w Świebodzinie w 1279 r., Głogowie w 1281 r. i we Wrocławiu w 1287 r. (A. Drygas, *Narodziny leku…*, dz. cyt., s. 162).

[12] W. Roeske, *Polskie*…, dz. cyt., s. 56–57; R. Rembieliński, B. Kuźnicka, *Historia*…, dz. cyt., s. 162; A. Drygas, *Aptekarstwo gdańskie 1399–1939*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1983, s. 9. Por. K. Żak, *Perspektywy rozwoju rynku aptecznego w Polsce*, „Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów", Zeszyt Naukowy nr 112, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2011, s. 146–147.

[13] A. Drygas, *Narodziny leku…*, dz. cyt., s. 148.

wymagającą „wykładów nauczyciela", jednak dopiero w 1783 r. na Uniwersytecie Jagiellońskim (zwanym wówczas Szkołą Główną Koronną) została utworzona Katedra Farmacji i Materii Medycznej, która podniosła aptekarstwo z rangi rzemiosła do rangi wolnego zawodu[14]. W 1820 r. wprowadzono wymóg posiadania dyplomu aptekarza lub magistra farmacji, co stanowiło warunek konieczny przy ubieganiu się o koncesję na prowadzenie apteki, a każda zmiana miejsca prowadzenia działalności wymagała zezwolenia władz[15].

O aptekarstwie współczesnym można mówić dopiero od 1918 r., czyli od momentu odzyskania przez Polskę niepodległości. Zauważyć przy tym należy, że pomimo odzyskania przez Polskę niepodległości nadal na ziemiach polskich obowiązywały akty prawne uchwalone przez zaborców[16]. Ujednolicenie systemów prawnych zostało dokonane przez ustawodawcę dopiero pod koniec lat 30. XX w. na mocy ustawy o wykonywaniu zawodu aptekarskiego[17] oraz ustawy o Izbach Aptekarskich[18]. Reorganizację polskiego aptekarstwa przerwała II wojna światowa, a po wojnie nacjonalizacja dokonana przez władze komunistyczne.

Obecny (współczesny) kształt polskiego aptekarstwa zawdzięczać można przemianom gospodarczym, które zaszły w Polsce pod koniec lat 80. ubiegłego wieku. Przedmiotowe transformacje ustrojowe diametralnie zmieniły uwarunkowania makroekonomiczne w odniesieniu do rynku aptek w Polsce, tworząc prorozwojowe warunki dla polskiej przedsiębiorczości. Przyczyniło się to do rozwoju przedsiębiorczości prywatnej, której przedstawiciele coraz częściej interesowali się prowadzeniem działalności gospodarczej na rynku farmaceutycznym. Z tego powodu ustawodawca stopniowo dokonywał regulacji w sferze normatywnej, aby określić ramy funkcjonowania przedsiębiorczości aptekarskiej oraz nadać właściwą rangę aptece ogólnodostępnej jako placówce ochrony zdrowia publicznego oraz farmaceucie, którego wykonywanie zawodu polega na sprawowaniu opieki farmaceutycznej, udzielaniu usług farmaceutycznych oraz wykonywaniu zadań i czynności specjalistycznych. W kwietniu 1991 r. została uchwalona nowa ustawa

---

[14] Tamże.

[15] R. Rembieliński, B. Kuźnicka, *Historia*…, dz. cyt., s. 166–171.

[16] K. Żak, *Działania marketingowe aptek a uwarunkowania prawne w Polsce*, niepublikowana dysertacja doktorska, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2014, s. 20.

[17] Ustawa z dnia 25 marca 1938 r. o wykonywaniu zawodu aptekarskiego, Dz.U. z 1938 r. Nr 23, poz. 202 (nieobowiązująca).

[18] Ustawa z dnia 15 czerwca 1939 r. o Izbach Aptekarskich, Dz.U. z 1939 r. Nr 55, poz. 346 (nieobowiązująca).

o izbach aptekarskich[19], natomiast w październiku 1991 r. uchwalono ustawę o środkach farmaceutycznych, materiałach medycznych, aptekach, hurtowniach i nadzorze farmaceutycznym[20], normującą obrót produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi na rynku farmaceutycznym. Kompleksowo zasady funkcjonowania aptek oraz hurtowni farmaceutycznych zostały ujęte w uchwalonej w 2001 r. ustawie Prawo farmaceutyczne[21], która zawiera również regulacje normujące obrót produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi. Zaś wykonywanie zawodu farmaceuty zostało uporządkowane i na nowo zdefiniowane w ustawie o zawodzie farmaceuty[22]. Mnogość regulacji prawnych dotyczących rynku farmaceutycznego zwiększa poziom standaryzacji usług farmaceutycznych, co również wpływa na maksymalizację poziomu jakości usług farmaceutycznych. Unormowania prawne odnoszące się do rynkowego funkcjonowania aptek oraz roli i zadań farmaceuty w systemie ochrony zdrowia pacjenta i ochrony zdrowia publicznego mają na celu, oprócz zapewnienia odpowiedniego standardu jakości usług farmaceutycznych, zagwarantować wysoki poziom bezpieczeństwa przy wytwarzaniu, dystrybuowaniu i stosowaniu produktów farmaceutycznych.

W XXI w. apteki ogólnodostępne świadczą usługi farmaceutyczne oraz zaopatrują ludność głównie w leki, które w przeważającej części są produkowane przez przedsiębiorstwa farmaceutyczne. Mimo że zdecydowana większość produktów leczniczych jest dostarczana do apteki w formie leków gotowych, to nadal farmaceuci wykonują leki recepturowe i apteczne. Z roku

---

[19] Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich, Dz.U. z 1991 r. Nr 41, poz. 179, ze zm., której wcześniejszy odpowiednik – Ustawa z dnia 15 czerwca 1939 r. o Izbach Aptekarskich (Dz.U. z 1939 r. Nr 55, poz. 346) został zniesiony przez ówczesne władze PRL na mocy Ustawy z dnia 8 stycznia 1951 r. o zniesieniu Izb Aptekarskich (Dz.U. z 1951 r. Nr 1, poz. 3).

[20] Ustawa z dnia 10 października 1991 r. o środkach farmaceutycznych, materiałach medycznych, aptekach, hurtowniach i nadzorze farmaceutycznym (Dz.U. z 1991 r. Nr 105, poz. 452), której nazwa w wyniku nowelizacji, przeprowadzonej na mocy art. 79 ust. 1 Ustawy z dnia 24 lipca 1998 r. o zmianie niektórych ustaw określających kompetencje organów administracji publicznej – w związku z reformą ustrojową państwa (Dz.U. z 1998 r. Nr 106, poz. 668), obowiązującej z dniem 1 stycznia 1999 r., została zmieniona na ustawę o środkach farmaceutycznych, materiałach medycznych, aptekach, hurtowniach i Inspekcji Farmaceutycznej. Wcześniejsze zapisy normujące obrót produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi pochodziły z 1951 r. i były zawarte w Ustawie z dnia 8 stycznia 1951 r. o środkach farmaceutycznych i odurzających oraz artykułach sanitarnych (Dz.U. z 1951 r. Nr 1, poz. 4) oraz w Ustawie z dnia 8 stycznia 1951 r. o aptekach (Dz.U. z 1951 r. Nr 1, poz. 2).

[21] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm.

[22] Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, Dz.U. z 2021 r., poz. 97, ze zm.

na rok jednak obserwuje się spadek liczby leków wykonywanych w aptece, co należy wiązać z rosnącym asortymentem leków wytwarzanych przez wyspecjalizowane przedsiębiorstwa. Ewolucja apteki od straganu, poprzez kramy apteczne, aż do placówki ochrony zdrowia publicznego wskazuje, że stanowi ona unikalne połączenie elementów zawodowego i komercyjnego[23]. W 2022 r. farmaceuci już nie sporządzają leków recepturowych i aptecznych w takiej ilości, jak kilka wieków temu, jednak ich rola nie ogranicza się wyłącznie do procesu sprzedaży. Szczegółowa egzemplifikacja obszarów aktywności zawodowej farmaceuty w systemie prawa farmaceutycznego wskazuje na wysoką rangę i prestiż zawodu oraz istotną wagę obowiązków dla prawidłowego funkcjonowania systemu świadczenia usług farmaceutycznych w aptece. Kompetencyjny zakres obowiązków farmaceuty pokazuje, jak bardzo na przestrzeni wieków zmieniły się rola i zadania farmaceuty, który z cechowego kramarza przeobraził się w profesjonalistę – przedstawiciela samodzielnego zawodu medycznego – zawodu zaufania publicznego[24].

Jakość usług farmaceutycznych jest *stricte* związana z produktem, którego walory użytkowe są pochodną stanu nauki i techniki. Powstanie rynku farmaceutycznego należy łączyć z przemysłową produkcją leków, która swoją historią sięga XIV w. Zapoczątkowana została w Wenecji, gdzie nastawienie prohandlowe spowodowało ekspansję, a rosnące zapotrzebowanie na produkty farmaceutyczne spowodowało, że produkowano masowo różne preparaty galenowe i chemiczne. Właściwe narodziny przemysłu farmaceutycznego przypadają jednak na I poł. XIX w., a jego rozwój należy łączyć z rozwojem przedsiębiorczości na terenie Niemiec. Z kolei początek XX w. to już prymat produkcji farmaceutycznej w USA i ten stan rzeczy utrzymuje się do czasów dzisiejszych[25].

Pierwsza wytwórnia spożywczo-farmaceutyczna na ziemiach polskich powstała w 1810 r. w Krakowie[26]. Wiek XIX to okres, w którym przemysł farmaceutyczny na ziemiach polskich (szczególnie w zaborze pruskim) zaczął się dynamicznie rozwijać. Spowodowane to było dużą dynamiką rozwoju

---

[23] I. Thorner, *Pharmacy: The Functional Significance of an Institutional Pattern*, "Social Forces" 1942, 20 (3), p. 321, DOI: 10.2307/3005617. Por. K. Żak, *Profesjonalny doradca czy wykwalifikowany sprzedawca? Rola apteki ogólnodostępnej i farmaceuty w systemie ochrony zdrowia publicznego*, [w:] Majchrowska A., Pawlikowski J., Piątkowski W. (red.), *Zawody medyczne – ciągłość i zmiana* (101–128), Wydawnictwo Universitas, Kraków 2019, s. 123.

[24] Tamże, s. 108.

[25] R. Rembieliński, B. Kuźnicka, *Historia*…, dz. cyt., s. 233.

[26] Por. K. Żak, *Perspektywy rozwoju…*, dz. cyt., s. 147.

nauki i technologii przemysłowej oraz rosnącym zapotrzebowaniem na preparaty lecznicze. Stopniowo wzrastała liczba leków produkowanych przez przedsiębiorstwa farmaceutyczne i sukcesywnie malała liczba leków recepturowych, wykonywanych samodzielnie przez aptekarzy. Produkcja przemysłowa oparta była na standaryzacji procedur i przepisów (recept), co sprzyjało wzrostowi jakości produktów farmaceutycznych, a tym samym generowało wzrost jakości usług farmaceutycznych świadczonych przez aptekarzy. Standaryzacja produkcji przemysłowej nie oznacza jednak, że leki wykonywane odręcznie przez aptekarza były niskiej jakości. W tym okresie rozwój przemysłu farmaceutycznego polegał na powstawaniu manufaktur, gdzie produkty nadal wykonywane były odręcznie przez wyspecjalizowanych pracowników, którzy niejednokrotnie posiadali wykształcenie chemiczne i farmaceutyczne. Nieznana była jeszcze linia produkcyjna, która ujednoliciłaby cały proces produkcyjny. Aptekarze, którzy na własny rachunek wykonywali leki recepturowe i apteczne, oferowali produkty o porównywalnej, a często nawet wyższej jakości, jednak nie byli w stanie sprzedawać takiej ilości produktów, jak dziewiętnastowieczne manufaktury. Oferta aptekarzy w tym okresie bazowała na wcześniej sprawdzonych recepturach, natomiast właściciele manufaktur, inwestując w rozwój swoich przedsiębiorstw, kładli większy nacisk na opracowanie nowych receptur, tworząc pierwsze działy badawczo-rozwojowe. Z tych względów zakres i skala działania przedsiębiorstw farmaceutycznych i aptekarzy była różna, choć jakość produktów porównywalna.

Po odzyskaniu niepodległości w 1918 r. w Polsce istniało już kilkadziesiąt przedsiębiorstw wytwarzających środki lecznicze, jednak z powodu braku dostępności do surowców stosowanych do produkcji nowych generacji leków polski przemysł farmaceutyczny uzależniony był od importu z zagranicy. Z tego powodu nie odgrywał wielkiej roli w Europie i na świecie. Dodatkowo duży udział kapitału obcego, sięgający nawet 30%, skutecznie hamował jego rozwój, co skutkowało tym, że w Polsce produkowane były jedynie proste specyfiki – głównie preparaty galonowe[27]. Okres nacjonalizacji przemysłu za czasów Polskiej Rzeczpospolitej Ludowej spowodował, że polski przemysł farmaceutyczny borykał się również z niedoborami i brakami surowców, przez co uzależniony był od importu z zagranicy. Powodowało to częste występowanie braków w asortymencie leków, które sprzedawano wyłącznie w aptekach państwowych. Wolnorynkowy przemysł farmaceutyczny zaczął się dynamicznie rozwijać po 1989 r. na skutek zmiany systemu gospodarczego i napływu

[27] Tamże.

kapitału obcego, jednak w związku z niewielkimi nakładami na badania i rozwój jest nadal silnie uzależniony od surowców z zagranicy[28]. Niemniej jednak w wyniku globalizacji procesów rynkowych sytuacja braku w asortymencie leków praktycznie nie występuje, choć można mieć zastrzeżenia odnośnie do dostępności leków najnowszej generacji. Pojawiające się niedobory w asortymencie leków należy utożsamiać z występowaniem zjawisk patologicznych na rynku farmaceutycznym, zwłaszcza z nielegalnym wywozem leków za granicę (tzw. nielegalnym reeksportem), powszechnie opisywanym i charakteryzowanym w przestrzeni medialnej[29]. Podkreślić przy tym należy, że braki w asortymencie niektórych leków pojawiły się w związku z przerwaniem dotychczasowych kanałów dystrybucji w wyniku wojny rosyjsko-ukraińskiej z 2022 r. i wprowadzania obostrzeń (lockdownów) covidowych w Chinach, co skutkuje przejściowymi brakami surowców potrzebnych do produkcji w europejskim i krajowym przemyśle farmaceutycznym.

1.2. Struktura podmiotowa aptecznego rynku farmaceutycznego

Rynek jest różnie definiowany, albowiem oczywiste jest, że nie występuje jedna uniwersalna, powszechnie akceptowalna definicja tej kategorii pojęciowej. Definicje leksykalne określają rynek jako „całokształt stosunków handlowych i gospodarczych, obejmujący sprzedaż i kupno towarów, wymianę kapitałów, usług itp.”[30]. Nie odzwierciedla to jednak złożonego charakteru rynku, który często ogólnikowo jest określany jako „ogół stosunków zachodzących między podmiotami uczestniczącymi w procesie wymiany”[31]. Aby w pełni uwzględnić „systemowy” charakter rynku, należy definiować rynek jako ogół stosunków wymiany między sprzedawcami reprezentującymi podaż a nabywcami reprezentującymi popyt na przedmioty wymiany oraz relacje w ramach tych grup[32].

Rynek apteczny, jako wyodrębniony subrynek na rynku farmaceutycznym, cechuje się dużą złożonością strukturalną, a jego „systemowy”

---

[28] Tamże.

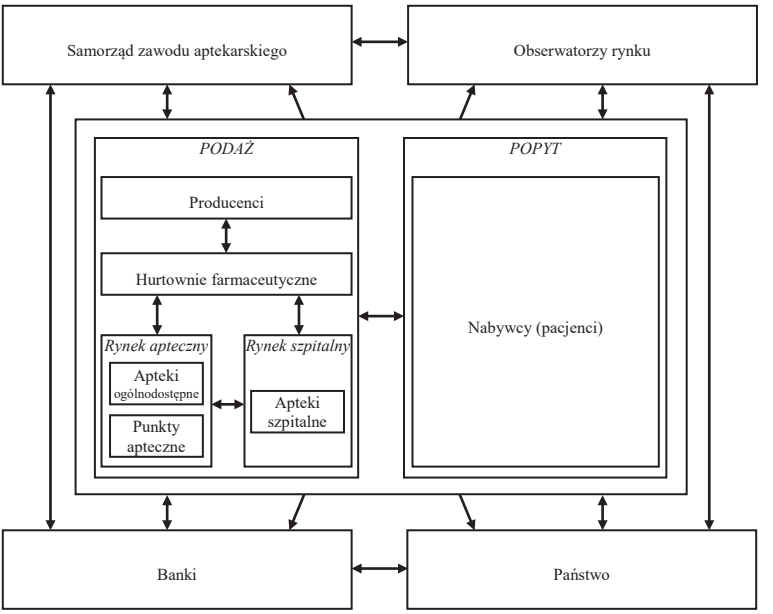
[29] Nielegalny wywóz (reeksport) leków za granicę Polski należy odróżniać od legalnego importu równoległego. Szerzej te kwestie zostaną przedstawione w podrozdziale 3.3.2.3. *Dystrybucja vs. wygoda nabycia*.

[30] S. Dubisz, *Uniwersalny słownik języka polskiego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003, t. 4, s. 243.

[31] W. Wrzosek, *Funkcjonowanie rynku*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2002, s. 13.

[32] Tamże, s. 14–16.

charakter przejawia się tym, że działanie podmiotów na tym rynku oraz stosunki między nimi są oparte na istnieniu rozbieżnych interesów (aspiracji), które mogą się ujawnić w sferze stosunków wymiany między podmiotami, jak również w sferze stosunków równoległych[33]. Po stronie podaży reprezentowany jest przez apteki i punkty apteczne, natomiast po stronie popytu przez nabywców, czyli pacjentów (rysunek 1).



Rysunek 1. Struktura podmiotowa rynku farmaceutycznego w Polsce

Źródło: K. Żak, *Innowacyjność produktów leczniczych. Wyzwania dla konkurencyjności rynku farmaceutycznego w Polsce*, [w:] Stefański M. (red.), *Prawno-ekonomiczne szanse i bariery rozwoju przedsiębiorczości w Polsce i Europie* (101–124), Innowatio Press. Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie, Lublin 2017, s. 106.

Systemowy charakter powiązań między podmiotami na rynku aptecznym odzwierciedla definicja systemu R.L. Ackoffa, który określił system jako „jednostkę składającą się z co najmniej dwóch elementów oraz relacje zachodzące między nimi; każdy element systemu jest połączony z każdym innym elementem bezpośrednio lub pośrednio”[34]. Zmiana funkcjonowania jednego elementu na rynku zatem ma bezpośredni wpływ na jego pozostałe elementy, a w konsekwencji na całość układu.

[33] Tamże, s. 20.

[34] R.L. Ackoff, *Towards a system of systems concepts*, “Management Science” 1971, 17 (11), p. 662.

Apteczny rynek farmaceutyczny jest często utożsamiany z rynkiem usług farmaceutycznych z uwagi na prawne uregulowania procesu ich świadczenia, trwale łączącego świadczenie usług farmaceutycznych z apteką i farmaceutą. Charakteryzując rynek usług farmaceutycznych, zauważyć należy, że stanowi on jednak element większego układu, jakim jest rynek usług zdrowotnych, definiowany jako „ogół stosunków wymiennych (usługowo-pieniężnych) między sprzedającymi – świadczącymi usługi w zakresie profilaktyki i ochrony zdrowia po określonej cenie – a osobami zgłaszającymi zapotrzebowanie na te usługi, znajdujące pokrycie w ich funduszach nabywczych lub funduszach instytucji ubezpieczenia zdrowotnego”[35]. Stąd definiując rynek usług farmaceutycznych, należy wziąć pod uwagę te elementy, które są charakterystyczne dla rynku aptecznego, albowiem istotna jest w tym zakresie funkcjonalna odrębność usługi zdrowotnej od usługi farmaceutycznej. Zatem rynek usług farmaceutycznych to ogół stosunków wymiennych (usługowo-pieniężnych) między sprzedającymi (aptekami i punktami aptecznymi) – świadczącymi ściśle określone usługi farmaceutyczne po określonej cenie (reprezentującymi podaż) – a nabywcami (pacjentami) zgłaszającymi zapotrzebowanie na te usługi (reprezentującymi popyt), znajdujące pokrycie w ich funduszach nabywczych lub funduszach instytucji ubezpieczenia zdrowotnego oraz wzajemne relacje w ramach tych grup[36]. Szczególne znaczenie na rynku aptecznym ma cena, która obok popytu i podaży determinuje charakter rynku. W odniesieniu do rynku aptek „cena” jest bardzo szeroko ujmowana i odnosi się do takich kategorii pojęciowych, jak np. marża, kategorie dostępności refundacyjnej, listy leków refundowanych. Z tego względu w niniejszym opracowaniu poświęcono jej osobny podrozdział (3.3.2.2. *Cena vs. koszt dla nabywcy*).

Charakteryzując rynek apteczny, zauważyć należy, że choć podmioty funkcjonujące na tym rynku z formalnego punktu widzenia są równorzędne, to jednak w praktyce można zaobserwować występującą po stronie aptek ogólnodostępnych dominację wynikającą z relacji pomiędzy podażą usług a popytem na usługi. Przedmiotowa dominacja wynika ze specyficznego ułożenia zasad dystrybucji produktów farmaceutycznych przez polskiego ustawodawcę, która opiera się na gruntownej regulacji niemal każdego aspektu świadczenia usług farmaceutycznych, począwszy od wykazów produktów dostępnych w sprzedaży w aptekach ogólnodostępnych i punktach

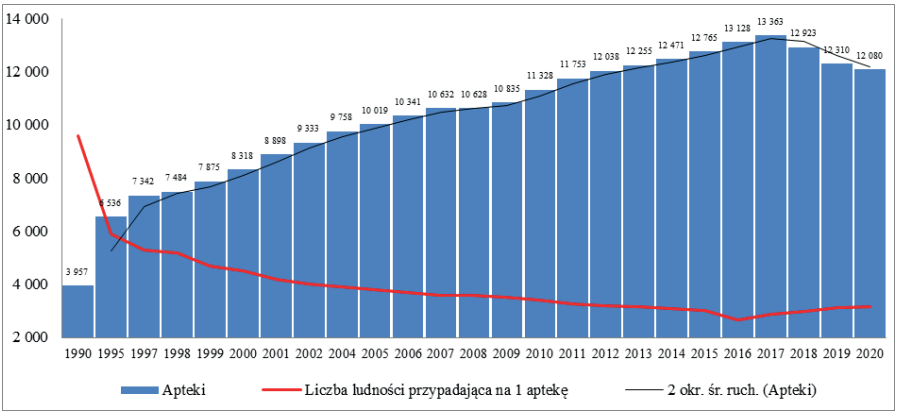
[35] B. Nowotarska-Romaniak, *Marketing usług zdrowotnych. Koncepcja i stosowanie*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2008, s. 18.

[36] K. Żak, *Działania marketingowe…*, dz. cyt., s. 30.

aptecznych, poprzez sztywne unormowanie cen na produkty refundowane i wymuszenie pośrednictwa w zakupie produktów leczniczych, na uregulowaniu komunikacji marketingowej kończąc. Stosunki wymiany pomiędzy aptekami reprezentującymi podaż a nabywcami reprezentującymi popyt niczym nie różnią się pod względem techniki wymiany od relacji na innych rynkach. Różni je wyłącznie przedmiot wymiany. Pacjenci zgłaszają popyt na produkty i usługi farmaceutyczne oferowane przez apteki i punkty apteczne, a w zamian oferują środki finansowe (pieniądz). Z kolei apteki i punkty apteczne, oferując pacjentom produkty i usługi, jednocześnie zgłaszają na nie zapotrzebowanie do producentów poprzez pośredników handlowych – hurtownie farmaceutyczne. System bankowy (banki) oferuje pieniądze konsumentom, producentom leków, hurtowniom farmaceutycznym, aptekom ogólnodostępnym i punktom aptecznym oraz państwowym jednostkom organizacyjnym (państwu) poprzez udzielanie kredytów, natomiast państwo, działając poprzez swoje jednostki organizacyjne połączone w ramach systemu refundacji, zwraca aptekom (i punktom aptecznym) koszty związane ze sprzedażą produktów refundowanych. Zatem państwo występuje na rynku w podwójnej roli. Z jednej strony jest podmiotem podaży pieniądza, a z drugiej strony może również zgłaszać popyt na usługi i produkty oraz pieniądz, w przypadku gdy pojawia się deficyt budżetowy.

Według W. Wrzoska podstawą analizy struktury podmiotowej rynku jest liczba podmiotów występujących po stronie nabywców i sprzedawców, o mniejszym lub większym udziale w ogólnej wielkości podaży i popytu[37]. W Polsce systematycznie od 1990 r. do 2017 r. wzrastała liczba aptek ogólnodostępnych, co związane było z atrakcyjnością rynku farmaceutycznego (w tym aptecznego rynku farmaceutycznego) dla przedsiębiorców (rysunek 2).

[37] W. Wrzosek, *Funkcjonowanie…*, dz. cyt., s. 47.



Rysunek 2. Liczba aptek w Polsce w latach 1990–2020

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego. Pobrano z: https://stat.gov.pl/ (dostęp 8.07.2022).

Początkowa liberalizacja prawa farmaceutycznego umożliwiająca prywatnym przedsiębiorcom zakładanie aptek ogólnodostępnych oraz względnie niskie koszty prowadzenia działalności na aptecznym rynku farmaceutycznym przyczyniły się do wzrostu liczby placówek świadczących usługi farmaceutyczne. Dodatkowo na zwiększenie liczby aptek wpłynęły ułatwienia w możliwości uzyskania przez farmaceutów kwalifikacji do kierowania apteką.

Wysokie nasycenie rynku aptecznego plasuje Polskę w czołówce państw Unii Europejskiej o największym nasyceniu aptekami[38]. Według szacunków ekspertów optymalna liczba aptek w Polsce powinna plasować się na poziomie 7–8 tys., co umożliwia utrzymanie liczby osób przypadających na 1 aptekę na poziomie 5 tys. i daje gwarancję realizacji podstawowych zadań wynikających z prawa farmaceutycznego oraz zapewnia rentowność prowadzonej działalności[39]. Choć zalecany przez ekspertów poziom liczby

[38] J. Klich, *Organizacje opieki zdrowotnej*, [w:] Kautsch M. (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania* (67–77), Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2010, s. 75.

[39] B. Pilarczyk, *Uwarunkowania działań marketingowych na rynku farmaceutycznym*, [w:] Michalik M., Pilarczyk B., Mruk H., *Marketing strategiczny na rynku farmaceutycznym* (31–55), Oficyna a Wolters Kluwer business, Kraków 2008, s. 52. Według Naczelnej Rady Aptekarskiej „liczba ubezpieczonych zarejestrowanych we właściwym terytorialnie oddziale wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia, posiadających adres zamieszkania na terenie danej gminy, w przeliczeniu na jedną aptekę ogólnodostępną już funkcjonującą" powinna wynosić co najmniej 3 tys. (Pismo Prezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej G. Kucharewicza do Minister Zdrowia E. Kopacz z dnia 7 października 2010, P-286/2010, s. 17).

aptek został przekroczony już w 1997 r., to do 2018 r. nie zaobserwowano spadku zainteresowania wśród przedsiębiorców prowadzeniem działalności na aptecznym rynku farmaceutycznym (z wyjątkiem 2008 r.).

Spadek liczby aptek ogólnodostępnych w latach 2018–2020 należy łączyć ze zmianą zasad udzielania zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej, które w systemie prawa farmaceutycznego zostały wprowadzone 25 czerwca 2017 r. w związku z nowelizacją art. 99 ustawy Prawo farmaceutyczne, wprowadzającą m.in.[40]:

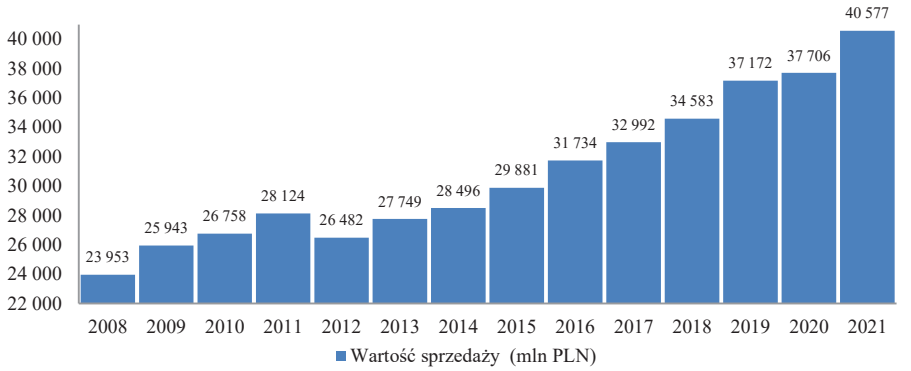
- ograniczenie struktury własnościowej aptek wyłącznie do farmaceuty lub spółki farmaceutów (tylko w formie spółki jawnej lub partnerskiej) posiadających prawo wykonywania zawodu – zasada „apteka dla aptekarza lub spółki aptekarzy";
- ograniczenie wydawania zezwoleń na prowadzenie apteki, jeżeli na dzień wydania zezwolenia liczba mieszkańców w danej gminie w przeliczeniu na jedną aptekę ogólnodostępną jest mniejsza niż 3000 osób – kryterium demograficzne (demografia aptek);
- ograniczenie wydawania zezwoleń na prowadzenie apteki, jeżeli na dzień złożenia wniosku odległość od miejsca planowanej lokalizacji apteki do miejsca najbliżej funkcjonującej apteki ogólnodostępnej, liczona pomiędzy wejściami do izb ekspedycyjnych aptek w linii prostej, wynosi co najmniej 500 metrów – kryterium geograficzne (geografia aptek);
- ograniczenie wydawania zezwoleń na prowadzenie apteki, jeżeli wnioskodawca lub podmioty przez niego kontrolowane prowadzą co najmniej cztery apteki ogólnodostępne – kryterium ilościowe.

Przed wskazaną datą przedsiębiorcy inwestujący na rynku aptecznym oraz dotychczasowi właściciele aptek, w obawie przed wprowadzeniem przedmiotowych ograniczeń, zaczęli zwiększać liczbę inwestycji i otwierali nowe placówki, co nasiliło się w latach 2015–2017 i pozwoliło osiągnąć wartość szczytową 13 363 aptek ogólnodostępnych. Skutkiem tego była nadmierna liczba nowych placówek, które często otwierane były w mało atrakcyjnych lokacjach. Spadek liczby aptek ogólnodostępnych w latach 2018–2020 należy utożsamiać z korektą rynkową, spowodowaną optymalizacją portfela posiadanych aptek, przejawiającą się m.in. zamykaniem nierentownych

[40] K. Żak, T. Barałkiewicz, *„Apteka dla aptekarza" nie uzdrowi sytuacji na aptecznym rynku farmaceutycznym*, Krajowy Zespół ds. Ochrony Zdrowia Sieci Eksperckiej „Lepsza Polska", Lublin, 18 czerwca 2018, s. 1.

placówek oraz aptek w lokacjach utrudniających pozyskanie wystarczającej liczby personelu fachowego.

Atrakcyjność aptecznego rynku farmaceutycznego wyznacza również rosnąca wartość sprzedaży, która w grudniu 2021 r. przekroczyła próg 40 mld PLN (rysunek 3).



Rysunek 3. Wartość sprzedaży na aptecznym rynku farmaceutycznym w latach 2008–2021

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Pharma Expert i PEX Pharma Sequence. Pobrano z: https://www.pexps.pl/dla-mediow.html (dostęp 8.07.2022).

Wzrost zainteresowania rynkiem aptecznym doprowadził w ciągu trzydziestu lat (1990–2020) do niemal całkowitej prywatyzacji aptek, w wyniku której obecnie (w 2022 r.) nie funkcjonują otwarte apteki publiczne[41]. Sytuacja rynkowa początkowo sprzyjała tworzeniu się sieci aptecznych, czyli podmiotów prowadzących co najmniej pięć aptek ogólnodostępnych. Na koniec września 2021 r. 55% aptek należało do segmentu aptek niezależnych i generowało 39% wartości sprzedaży aptecznej – *a contrario* 45% to apteki sieciowe, generujące 61% wartości sprzedaży. Proporcje pomiędzy aptekami segmentu niezależnego i sieciowego nie rozkładają się równomiernie. Przykładowo w województwach: pomorskim, kujawsko-pomorskim, łódzkim, śląskim i małopolskim można mówić o równowadze ilościowej

[41] W 1990 r. liczba aptek w sektorze publicznym wynosiła 2220, a w 2020 r. pozostała już tylko 1 placówka. Główny Urząd Statystyczny, *Rocznik statystyczny Rzeczpospolitej Polskiej 1999*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 1999, s. 284; Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2020 r.*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa–Kraków 2021, s. 131–135; M. Kautsch, *Zmiany na rynku świadczeniodawców i świadczeń zdrowotnych w Polsce*, [w:] Kautsch M. (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania* (413–426), Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2010, s. 420.

tych sektorów, natomiast największą przewagę aptek niezależnych notuje się w województwach dolnośląskim i świętokrzyskim[42]. Dokonując analizy strukturalnej aptek sieciowych, zauważyć należy[43]:

- 214 sieci aptecznych posiada od 5 do 9 aptek;
- 93 sieci apteczne posiadają od 10 do 19 aptek;
- 32 sieci apteczne posiadają od 20 do 49 aptek;
- 11 sieci aptecznych posiada od 50 do 99 aptek;
- 9 sieci aptecznych posiada ponad 100 aptek na terenie całego kraju.

Sieci apteczne w Polsce są również niezwykle rozproszone – nawet największe z nich mają zaledwie kilkuprocentowy udział w rynku aptecznym[44]. Tworzenie się sieci to proces oddolny, wymuszony przez rynek. Specyfika obrotu produktami leczniczymi i pokrewnymi, oparta na wymuszonym systemie dystrybucji, w którym apteka musi zaopatrywać się w leki poprzez hurtownię farmaceutyczną, wskazuje na dużą różnorodność warunków handlowych pomiędzy wymienionymi podmiotami. Wspólny mianownik stanowi polityka zakupowa oparta na kryterium ilościowym (większa ilość zamówionego asortymentu to korzystniejsze warunki cenowe). To powoduje, że apteka, aby uzyskać tzw. korzyści pakietowe, musi zamówić odpowiednio dużą partię produktów. Organ prowadzący ma zatem do wyboru: zwiększyć asortyment w magazynie albo stworzyć z innym przedsiębiorcą tzw. grupę zakupową. Dodatkowo duża zmienność otoczenia ogólnego i rynkowego na rynku aptecznym sprawia, że prowadzenie działalności operacyjnej jest coraz trudniejsze, stąd właściciele aptek, aby mu sprostać, zwiększają możliwości działania, łącząc się poprzez budowę sieci – realnych, wirtualnych, franczyzowych. Ta strategia pozwala skorzystać z efektu skali oraz zyskać instrument nacisku na hurtownie farmaceutyczne, które również podlegają podobnym tendencjom konsolidacyjnym. Dzięki temu podmioty mogą świadczyć swoje usługi po konkurencyjnej cenie, na czym zyskują nabywcy, którzy mogą taniej kupić leki. Zmiany w systemie prawa farmaceutycznego z 2017 r. wyhamowały tworzenie się formalnych sieci aptecznych, albowiem wprowadzono kryterium ilościowe przy wydawaniu zezwoleń na prowadzenie apteki. Jeżeli wnioskodawca lub podmioty przez niego kontrolowane

[42] T. Osadowski, *Rynek apteczny w Polsce – wczesne podsumowanie 2021 roku*, Recepta.pl, 2021. Pobrano z: https://magazyn-recepta.pl/rynek-apteczny-w-polsce-wczesne-podsumowanie-2021-roku/ (dostęp: 9.07.2022).

[43] Związek Przedsiębiorców i Pracodawców, *Rynek apteczny w Polsce 2020*, 2020. Pobrano z: https://zpp.net.pl/rynek-apteczny-w-polsce-2020/ (dostęp: 9.07.2022).

[44] Tamże.

prowadzą lub kontrolują co najmniej cztery apteki ogólnodostępne, to nie uzyskają zezwolenia na otwarcie kolejnej. Właścicielom aptek w tej sytuacji pozostaje tylko konsolidacja nieformalna poprzez udział w tzw. grupie zakupowej, tworzonej w ramach różnego rodzaju programów partnerskich.

Uwzględniając kryterium liczby sprzedawców i nabywców działających na rynku oraz ich liczbę (wielkość) wyrażoną za pomocą udziału w ogólnej wielkości podaży i popytu, apteczny rynek farmaceutyczny można zaliczyć do formy polipolu. Mianem „polipolu" określa się formę rynku, w której zarówno po stronie podaży, jak i popytu występuje wiele podmiotów o stosunkowo małej sile ekonomicznej oraz o małym udziale w rynku. Mała wielkość zasobów i ograniczona siła ekonomiczna polipolistów oraz ich mały udział w rynku mogą powodować trudności w samodzielnym kształtowaniu instrumentów marketingowych[45].

Według B. Nowotarskiej-Romaniak rynek usług farmaceutycznych, podobnie jak rynek usług zdrowotnych, jest dość specyficzny, a jego odmienność polega głównie na ściśle określonych regulacjach prawnych dotyczących zarówno strony podażowej (zezwolenia na prowadzenie działalności, ścisła kontrola jakości i ilości wykonywanych usług, szczegółowe zasady refundacji produktów leczniczych oraz prowadzenia działalności), jak i strony popytowej (wprowadzenie powszechnego obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego, powołanie instytucji ubezpieczenia zdrowotnego)[46]. W powszechnej opinii synonimem jakości usługi medycznej jest troska o dobro pacjenta, co również stanowi cel nadrzędny świadczenia usług farmaceutycznych[47].

Kluczowym podmiotem aptecznego rynku farmaceutycznego jest apteka – placówka ochrony zdrowia publicznego, w której osoby uprawnione (farmaceuci i technicy farmaceutyczni) świadczą w szczególności usługi farmaceutyczne w granicach przydzielonych im uprawnień zawodowych. Ustawa Prawo farmaceutyczne wskazuje, że nazwa „apteka" zastrzeżona jest wyłącznie dla miejsca sprawowania opieki farmaceutycznej, świadczenia usług farmaceutycznych oraz wykonywania zadań zawodowych[48].

---

[45] L. Garbarski, I. Rutkowski, W. Wrzosek, *Marketing. Punkt zwrotny nowoczesnej firmy*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2008, s. 121.

[46] B. Nowotarska-Romaniak, *Marketing usług…*, dz. cyt., s. 19.

[47] K. Krot, *Jakość i marketing usług medycznych*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2008, s. 14.

[48] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 86 ust. 1–2.

Struktura i przeznaczenie aptek są ściśle uregulowane w przedmiotowej ustawie. Apteki dzielą się na: ogólnodostępne, szpitalne i zakładowe[49]. Apteka ogólnodostępna jest przeznaczona do[50]:

1) zaopatrywania ludności w produkty lecznicze, leki apteczne, leki recepturowe, wyroby medyczne i inne wymienione w ustawie artykuły posiadające wymagane prawem atesty lub zezwolenia, pod warunkiem że ich przechowywanie i sprzedaż nie będą przeszkadzać podstawowej działalności apteki:
   – produkty lecznicze przeznaczone wyłącznie na eksport, posiadające pozwolenie na dopuszczenie do obrotu,
   – środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego,
   – suplementy diety,
   – produkty kosmetyczne, z wyłączeniem produktów kosmetycznych przeznaczonych do perfumowania lub upiększania,
   – środki higieniczne,
   – przedmioty do pielęgnacji niemowląt i chorych,
   – środki spożywcze zawierające w swoim składzie farmakopealne naturalne składniki pochodzenia roślinnego,
   – środki dezynfekcyjne stosowane w medycynie,
   – produkty biobójcze służące do utrzymywania higieny człowieka oraz repelenty lub atraktanty służące w sposób bezpośredni lub pośredni do utrzymywania higieny człowieka;
2) zapewnienia świadczenia ludności usług farmaceutycznych oraz sprawowania opieki farmaceutycznej.

Aptekę szpitalną tworzy się w zakładzie leczniczym, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju: stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne i inne niż szpitalne oraz w jednostce organizacyjnej publicznej służby krwi[51]. Jest ona przeznaczona do[52]:

1) zaopatrywania zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi, w których została utworzona, oraz pacjentów włączonych do terapii w ramach programów lekowych, pacjentów korzystających z chemioterapii w trybie ambulatoryjnym oraz pacjentów, którym wydano zgodę na pokrycie kosztów tego leku w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej;

[49] Tamże, art. 87 ust. 1.
[50] Tamże, art. 87 ust. 2.
[51] Tamże, art. 87 ust. 2a.
[52] Tamże, art. 87 ust. 4.

2) zapewnienia świadczenia usług farmaceutycznych na potrzeby zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi.

Apteka szpitalna może zaopatrywać w leki[53]:

1) podmioty lecznicze wykonujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej działalność leczniczą w rodzaju: stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne lub w rodzaju: ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, na podstawie umowy zawartej przez uprawnione do tego podmioty, pod warunkiem że nie wpłynie to negatywnie na prowadzenie podstawowej działalności apteki;
2) pacjentów włączonych do programów zdrowotnych lub programów polityki zdrowotnej, lub objętych obowiązkowym leczeniem w związku z zapobieganiem oraz zwalczaniem zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Aptekę zakładową tworzy się w podmiocie wykonującym działalność leczniczą utworzonym przez ministra obrony narodowej lub ministra sprawiedliwości w celu zaopatrywania gabinetów, pracowni, izb chorych lub oddziałów terapeutycznych, a także innych zakładów leczniczych, w których wykonuje się stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, utworzonych w tych podmiotach[54].

Biorąc pod uwagę sytuację rynkową, zauważyć należy, że w Polsce zdecydowanie dominują apteki ogólnodostępne, które są podstawowym ogniwem świadczącym usługi farmaceutyczne dla ogółu ludności. Apteki szpitalne i zakładowe, z uwagi na swoją specyfikę, nie odgrywają w tym zakresie znaczącej roli.

Prowadzenie przez przedsiębiorcę działalności na rynku aptecznym wymaga uzyskania zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej, albowiem jest to rodzaj działalności ograniczony ze względu na reglamentację działalności gospodarczej. Udzielenie, odmowa udzielenia, zmiana, cofnięcie lub stwierdzenie wygaśnięcia zezwolenia na prowadzenie apteki należy do wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego[55]. Choć zasadą jest, że zezwolenia wydaje się na czas nieoznaczony, to może być wydane na czas oznaczony jedynie na wniosek przedsiębiorcy[56]. Procedura udzielania zezwoleń jest mocno sformalizowana i zawiera wiele ograniczeń dla

[53] Tamże, art. 106 ust. 3 pkt 1, 4.
[54] Tamże, art. 87 ust. 4b.
[55] Tamże, art. 99 ust. 2.
[56] Tamże, art. 37ao ust. 1–2.

wnioskodawcy, uzależniających prawo do uzyskania zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej od:

- posiadania wykształcenia farmaceutycznego, czyli ukończenia co najmniej pięcioletnich studiów na kierunku farmacja, obejmujących co najmniej sześciomiesięczną praktykę zawodową w aptece, i uzyskanie tytułu magistra farmacji, oraz posiadania prawa wykonywania zawodu[57];
- formy prawnej działalności gospodarczej, czyli prowadzenia działalności w formie jednoosobowej działalności gospodarczej albo spółki jawnej, lub spółki partnerskiej, w której wspólnikami (partnerami) są wyłącznie farmaceuci posiadający prawo wykonywania zawodu[58];
- przedmiotu prowadzenia działalności – wyłącznego prowadzenia aptek w przypadku spółki jawnej lub partnerskiej (zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej nie wydaje się, jeżeli podmiot ubiegający się o zezwolenie prowadzi lub wystąpił z wnioskiem o wydanie zezwolenia na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej lub zajmuje się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi, lub wchodzi w skład organów spółki posiadającej zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej lub zajmującej się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi)[59];
- koncentracji aptek – prowadzenia (również przez podmioty kontrolowane w sposób bezpośredni i pośredni, w tym podmioty zależne) na terenie województwa nie więcej niż 1% aptek ogólnodostępnych (zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej nie wydaje się, jeżeli podmiot ubiegający się o zezwolenie prowadzi na terenie województwa więcej niż 1% aptek ogólnodostępnych albo podmioty przez niego kontrolowane w sposób bezpośredni lub pośredni, w szczególności podmioty zależne w rozumieniu przepisów o ochronie konkurencji i konsumentów, prowadzą łącznie więcej niż 1% aptek na terenie województwa, lub jeżeli podmiot ubiegający się o zezwolenie jest członkiem grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy o ochronie

[57] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 99 ust. 4 pkt 1 w zw. z art. 5 ust. 1 Ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, Dz.U. z 2021 r., poz. 97, ze zm.

[58] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 99 ust. 4 pkt 1–2.

[59] Tamże, art. 99 ust. 4 pkt 2 w zw. z art. 99 ust. 3 pkt 1 i art. 99 ust. 3a pkt 4.

konkurencji i konsumentów, której członkowie prowadzą na terenie województwa więcej niż 1% aptek ogólnodostępnych)[60];

– liczby prowadzonych podmiotów – prowadzenia co najwyżej trzech aptek ogólnodostępnych (zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej nie wydaje się, jeżeli wnioskodawca, wspólnik lub partner spółki będącej wnioskodawcą jest wspólnikiem, w tym partnerem, w spółce lub spółkach, które prowadzą łącznie co najmniej 4 apteki ogólnodostępne, lub prowadzi co najmniej 4 apteki ogólnodostępne, albo podmiot lub podmioty przez niego kontrolowane w sposób bezpośredni lub pośredni, w szczególności podmiot lub podmioty zależne w rozumieniu przepisów o ochronie konkurencji i konsumentów, prowadzą co najmniej 4 apteki ogólnodostępne, lub jest członkiem grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, której członkowie prowadzą łącznie co najmniej 4 apteki ogólnodostępne)[61];
– kryterium demograficznego – liczby mieszkańców w danej gminie w przeliczeniu na jedną aptekę ogólnodostępną, która musi być mniejsza niż 3000 osób (zezwolenie na prowadzenie apteki ogólnodostępnej wydaje się, jeżeli na dzień złożenia wniosku o wydanie zezwolenia liczba mieszkańców w danej gminie w przeliczeniu na jedną aptekę ogólnodostępną wynosi co najmniej 3000 osób; liczbę mieszkańców na dzień złożenia wniosku określa się na podstawie aktualnych danych Głównego Urzędu Statystycznego)[62];
– kryterium geograficznego – odległości od miejsca planowanej lokalizacji apteki do miejsca najbliżej funkcjonującej apteki ogólnodostępnej (liczonej pomiędzy wejściami do izb ekspedycyjnych aptek w linii prostej), która musi wynosić co najmniej 500 metrów (zezwolenie na prowadzenie apteki ogólnodostępnej wydaje się, jeżeli na dzień złożenia wniosku o wydanie zezwolenia (…) odległość od miejsca planowanej lokalizacji apteki do najbliższej funkcjonującej apteki ogólnodostępnej, liczona pomiędzy wejściami do izb ekspedycyjnych aptek w linii prostej, wynosi co najmniej 500 metrów)[63];
– kryterium personalnego – obowiązku odpowiedniego obsadzenia apteki – zatrudnienia kierownika apteki (podmiot prowadzący aptekę

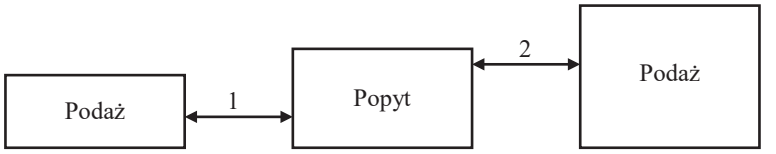
[60] Tamże, art. 99 ust. 3 pkt 2–3.
[61] Tamże, art. 99 ust. 3a pkt 1–3.
[62] Tamże, art. 99 ust. 3b.
[63] Tamże.

jest obowiązany zatrudnić osobę odpowiedzialną za prowadzenie apteki (kierownika apteki), dającą rękojmię należytego prowadzenia apteki)[64] oraz zapewnienia wykonywania czynności w aptece przez farmaceutów i techników farmaceutycznych (podmiot prowadzący aptekę jest obowiązany zapewnić wykonywanie czynności w aptece przez farmaceutów i techników farmaceutycznych w liczbie odpowiadającej zakresowi działalności oraz dniom i godzinom pracy apteki oraz udokumentować realizację tego obowiązku)[65].

Przedmiotowe ograniczenia w udzielaniu zezwoleń mają na celu zapewnienie, że apteka ogólnodostępna będzie prowadzona przez odpowiednio przygotowanego merytorycznie profesjonalistę, który daje rękojmię należytego prowadzenia apteki, oraz mają przeciwdziałać nadmiernej koncentracji rynku poprzez stworzenie korzystnych warunków funkcjonowania dla tzw. aptek niezależnych.

1.3. Przedmiot wymiany na rynku aptecznym – struktura przedmiotowa

Struktura przedmiotowa rynku jest związana z jego funkcjonalnym aspektem, obejmującym elementy rynku oraz przedmioty wymiany[66]. Może ona występować w dwóch odmianach: sytuacji rynku sprzedawcy i sytuacji rynku nabywcy, wyrażających brak równowagi między podażą a popytem przy danych cenach, co w ujęciu modelowym przedstawia rysunek 4[67].



1 – podaż mniejsza od popytu

2 – podaż większa od popytu

Rysunek 4. Relacje między podażą a popytem

Źródło: W. Wrzosek, *Funkcjonowanie…*, dz. cyt., s. 52.

[64] Tamże, art. 99 ust. 4a.

[65] Tamże, art. 99b.

[66] W. Wrzosek, *Funkcjonowanie…*, dz. cyt., s. 52.

[67] Tamże.

Brak równowagi między popytem a podażą wywołuje powstawanie ograniczeń po stronie podaży lub po stronie popytu, będących odzwierciedleniem w sferze stosunków wymiany. Poszczególne odmiany struktury przedmiotowej rynku pokazują wariacje w relacjach siły przetargowej sprzedawców i nabywców, od których uzależniony jest rozwój procesów konkurencyjnych między sprzedawcami lub między nabywcami[68].

Przewaga popytu nad podażą obrazuje sytuację, w której sprzedawcy nie napotykają ograniczeń ze strony popytu (popyt jest większy od podaży). Powstaje ona wtedy, gdy poziom cen nie jest uzależniony od zmian wielkości popytu i podaży, czyli kiedy nie funkcjonuje klasyczny mechanizm rynkowy. Przewaga popytu nad podażą wywołuje ograniczenia po stronie podaży i w różnym stopniu wpływa na przedmioty wymiany[69]. Przewaga podaży nad popytem, charakterystyczna dla rynku usług farmaceutycznych, odnosi się do sytuacji, w której nabywcy nie napotykają ograniczeń ze strony podaży (podaż jest większa od popytu), natomiast występują ograniczenia ze strony popytu. Sytuacja taka występuje wtedy, kiedy funkcjonuje klasyczny mechanizm rynkowy, a poziom cen jest uzależniony od zmian wielkości popytu i podaży.

Przedmiotem wymiany na aptecznym rynku farmaceutycznym są produkty farmaceutyczne (przedmiot wymiany *sensu stricto*), których obrót odbywa się w ramach procesu świadczenia usług farmaceutycznych (przedmiot wymiany *sensu largo*). Proces świadczenia usług farmaceutycznych jest ściśle związany z osobą farmaceuty, którego rola znacznie została upodmiotowiona do rangi samodzielnego zawodu medycznego, a tytuł zawodowy „farmaceuta" doczekał się ochrony prawnej[70]. Historia farmacji pokazuje, jak na przestrzeni wieków zmieniała się rola aptekarza: od wyspecjalizowanych handlarzy ziołami i minerałami poprzez rzemieślników wykonujących różne formy leków (najczęściej pochodzenia roślinnego) oraz alchemików do profesjonalistów odgrywających niezmiernie ważną rolę w systemie zdrowia publicznego. Istota tej roli została szczegółowo określona w systemie prawa farmaceutycznego – w ustawie o zawodzie farmaceuty, której najważniejsze postanowienia weszły do porządku prawnego w dniu 16 kwietnia 2021 r.[71] Wykonywanie zawodu farmaceuty w myśl przedmiotowego aktu

[68] Tamże.

[69] Tamże, s. 53–54.

[70] Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, Dz.U. z 2021 r., poz. 97, ze zm., art. 2 ust. 1, art. 20 ust. 2.

[71] K. Żak, *Farmaceuta w aptece*…, dz. cyt., s. 280–281.

normatywnego ma na celu ochronę zdrowia pacjenta oraz ochronę zdrowia publicznego i polega na[72]:

- sprawowaniu opieki farmaceutycznej;
- udzielaniu usług farmaceutycznych;
- wykonywaniu zadań zawodowych;
- wykonywaniu określonych czynności.

Dokonując charakterystyki zakresu obowiązków farmaceuty, ustawodawca wykazał się dużą pryncypialnością w zapewnieniu precyzji sformułowań, co wskazuje na wysoką troskę w zapewnieniu odpowiedniej jakości pracy farmaceuty i wysokiego poziomu bezpieczeństwa w procesie dystrybucji produktów farmaceutycznych. Szczegółowość regulacji jest głównie ukierunkowana na zapewnienie wysokiej jakości sprawowania opieki farmaceutycznej oraz udzielania usług farmaceutycznych. Gwarantem tej jakości jest farmaceuta, który musi posiadać odpowiednie kwalifikacje do wykonywania zawodu (rozpoczęcie i ukończenie co najmniej pięcioletnich studiów na kierunku farmacja, obejmujących co najmniej sześciomiesięczną praktykę zawodową w aptece, i uzyskanie tytułu magistra farmacji[73]).

Podstawowym obowiązkiem farmaceuty związanym z wykonywaniem zawodu jest niewątpliwie opieka farmaceutyczna, która w ustawie o zawodzie farmaceuty została niejako wyodrębniona z katalogu usług farmaceutycznych. Przedmiotowe „wyciągnięcie przed nawias" opieki farmaceutycznej ma na celu podkreślenie jej strategicznego znaczenia dla efektywności systemu ochrony zdrowia pacjenta oraz systemu ochrony zdrowia publicznego. Umiejscowienie opieki farmaceutycznej na pierwszym miejscu wśród aktywności związanych z wykonywaniem zawodu farmaceuty to również sprytny zabieg ustawodawcy mający na celu podniesienie rangi zawodu, który dotychczas w praktyce aptecznej często był sprowadzany wyłącznie do roli wykwalifikowanego sprzedawcy czy wręcz „lekopodawcy". Zatem upodmiotowienie opieki farmaceutycznej to krok zmierzający w dobrym kierunku, przyczyniający się pośrednio do wzrostu prestiżu i poziomu satysfakcji aptekarzy z wykonywanej pracy[74].

Dokonując analizy aktów prawnych, zauważyć należy, że opieka farmaceutyczna po raz pierwszy do systemu polskiego prawa farmaceutycznego została wprowadzona w 2008 r. na mocy nowelizacji ustawy o izbach

---

[72] Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, Dz.U. z 2021 r., poz. 97, ze zm., art. 4 ust. 1.

[73] Tamże, art. 5 ust. 1.

[74] K. Żak, *Farmaceuta w aptece*…, dz. cyt., s. 281.

aptekarskich (ustawa o zmianie ustawy o izbach aptekarskich). Opieka farmaceutyczna została wtedy określona jako usługa farmaceutyczna polegająca na dokumentowanym procesie, w którym farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem, a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii w celu uzyskania określonych jej efektów poprawiających jakość życia pacjenta[75]. Wprowadzenie opieki farmaceutycznej do systemu polskiego prawa farmaceutycznego dokonało się w wyniku starań akademickich środowisk farmaceutycznych ośrodków w Warszawie, Poznaniu, Krakowie, Gdańsku i we Wrocławiu[76].

Szczegółowa charakterystyka opieki farmaceutycznej i jej nowa definicja zostały zawarte w art. 4 ust. 2 ustawy o zawodzie farmaceuty. Ustawodawca zdefiniował „opiekę farmaceutyczną" jako świadczenie zdrowotne (działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania[77]) udzielane przez farmaceutę i stanowiące dokumentowany proces, w którym farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem prowadzącym leczenie pacjenta, a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwa nad prawidłowym przebiegiem indywidualnej farmakoterapii, obejmującej[78]:

- prowadzenie konsultacji farmaceutycznych – w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta w związku ze stosowaniem produktów leczniczych, wyrobów medycznych, wyposażenia wyrobów medycznych, systemów i zestawów zabiegowych oraz wyrobów medycznych do diagnostyki *in vitro* i wyposażenia wyrobów medycznych do diagnostyki *in vitro*, zwanych dalej „wyrobami medycznymi", lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego;
- wykonywanie przeglądów lekowych wraz z oceną farmakoterapii, z uwzględnieniem problemów lekowych pacjenta – w celu

[75] Ustawa z dnia 10 stycznia 2008 r. o zmianie ustawy o izbach aptekarskich, Dz.U. z 2008 r. Nr 47, poz. 273, art. 1 ust. 2.

[76] Duże zasługi w propagowaniu idei opieki farmaceutycznej i podejmowaniu działań zmierzających do jej wdrożenia w praktyce aptecznej przypisuje się J. Łazowskiemu, A. Skowron, zespołowi J. Brandysa i T. Bąbelkowi. K. Szalonka, *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011, s. 65.

[77] Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. z 2021 r., poz. 1285, 1292, 1559, 1773, 1834 i 1981, art. 5 ust. 40.

[78] Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, Dz.U. z 2021 r., poz. 97, art. 4 ust. 2.

wykrywania i rozwiązywania problemów lekowych oraz zapewnienia bezpieczeństwa w procesie farmakoterapii;
- opracowywanie indywidualnego planu opieki farmaceutycznej, z uwzględnieniem problemów lekowych pacjenta – w celu określenia celów terapeutycznych możliwych do osiągnięcia przez pacjenta stosującego farmakoterapię oraz wskazania sposobów rozwiązywania wykrytych problemów lekowych, ze szczególnym uwzględnieniem edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i zdrowego trybu życia oraz profilaktyki zdrowotnej;
- wykonywanie badań diagnostycznych określonych w przepisach – w celu oceny skuteczności i bezpieczeństwa stosowanej przez pacjenta farmakoterapii oraz analizy problemów lekowych występujących u pacjenta, oraz proponowania metod i badań diagnostycznych;
- wystawianie recept w ramach kontynuacji zlecenia lekarskiego.

Tak precyzyjne dookreślenie opieki farmaceutycznej niewątpliwie wpływa na jakość procesu farmakoterapii, albowiem uściśla zakres odpowiedzialności zawodowej farmaceuty i nadaje właściwą rangę jego roli zawodowej. Dokonując szczegółowej charakterystyki procesu opieki farmaceutycznej, ustawodawca miał jeszcze jeden ważny cel, jakim jest redefinicja roli farmaceuty w systemie ochrony zdrowia pacjenta oraz w systemie ochrony zdrowia publicznego. Farmaceuta otrzymał ważny instrument umożliwiający transformację z wykwalifikowanego rzemieślnika i handlowca w profesjonalnego doradcę. Taki wzrost zaangażowania wysoce wykwalifikowanego profesjonalisty, jakim jest farmaceuta, w proces farmakoterapii pacjenta powinien się przełożyć na podwyższenie poziomu jakości usług farmaceutycznych.

Świadczenie usług farmaceutycznych od lat wpisane było w genotyp zawodu farmaceuty. W ustawie o zawodzie farmaceuty również ten aspekt został precyzyjnie określony w formie katalogu zamkniętego, obejmującego[79]:

1) wydawanie z apteki lub punktu aptecznego produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, połączone z udzielaniem informacji i porad dotyczących ich działania, stosowania oraz przechowywania;
2) sporządzanie produktów leczniczych połączone z oceną ich jakości, w tym trwałości;
3) przeprowadzanie wywiadu farmaceutycznego;

[79] Tamże, art. 4 ust. 3.

4) udzielanie porady farmaceutycznej w celu zapewnienia prawidłowego stosowania produktu leczniczego, wyrobu medycznego lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w szczególności w zakresie wydania właściwego produktu leczniczego wydawanego bez przepisu lekarza, przekazania informacji dotyczących właściwego stosowania, w tym dawkowania i możliwych interakcji z innymi produktami leczniczymi lub pożywieniem, wydawanego produktu, wyrobu lub środka oraz prawidłowego używania wyrobów medycznych;
5) czynności wykonywane w aptece szpitalnej lub zakładowej w zakresie:
   a) sporządzania pozajelitowych leków recepturowych i aptecznych, w tym preparatów do żywienia pozajelitowego,
   b) sporządzania preparatów do żywienia dojelitowego,
   c) przygotowywania leków w dawkach indywidualnych, w tym antybiotyków pozajelitowych, leków cytostatycznych oraz produktów leczniczych terapii zaawansowanej – wyjątków szpitalnych,
   d) sporządzania produktów leczniczych radiofarmaceutycznych,
   e) przygotowywania roztworów do hemodializy i dializy dootrzewnowej
      – oraz monitorowanie warunków sporządzania lub przygotowywania takich leków lub preparatów;
6) wykonywanie pomiaru ciśnienia krwi;
7) usługi farmacji klinicznej.

Egzemplifikacja usług farmaceutycznych w formie katalogu zamkniętego ma na celu uniemożliwienie dokonywania błędnych kwalifikacji czynności i pozwala precyzyjnie wskazać, jaki rodzaj czynności mieści się w zakresie usług farmaceutycznych, a jaki wykracza poza ten zakres. Ma to istotne znaczenie przy charakterystyce poszczególnych wymiarów funkcjonowania apteki jako placówki ochrony zdrowia publicznego, w której osoby uprawnione świadczą w szczególności usługi farmaceutyczne. W aktywności apteki można wyodrębnić[80]:

– wymiar medyczny (związany ze sprawowaniem opieki farmaceutycznej);
– wymiar farmaceutyczny (związany z udzielaniem usług farmaceutycznych i wykonywaniem zadań oraz czynności zawodowych);
– wymiar ekonomiczny (związany z realizacją celów komercyjnych dotyczących przedsiębiorczości aptekarskiej).

[80] K. Żak, *Farmaceuta w aptece*…, dz. cyt., s. 284.

Wymiary medyczny i farmaceutyczny stanowią emanację prospołecznej aktywności apteki, realizowanej w ramach systemu ochrony zdrowia publicznego i ochrony zdrowia pacjenta. Użycie w ustawie Prawo farmaceutyczne sformułowania „w szczególności" wskazywało, że w aptece mogą być świadczone inne usługi niż usługi farmaceutyczne, co w przeszłości prowadziło do nadinterpretacji przepisów i oferowania kosmetyków służących do perfumowania lub upiększania. Obniżało to znacząco prestiż apteki i sprowadzało ją do drogerii, co stanowiło istotną degradację jej roli. Aby tego uniknąć, ustawodawca w systemie prawa farmaceutycznego doprecyzował wykaz usług świadczonych w aptece, aby zapewnić wysoki poziom jakości usług oraz nie dopuścić do sytuacji świadczenia w aptece innych usług, niezwiązanych bezpośrednio z interesem publicznym i ochroną zdrowia publicznego. Przykładowo w aptekach ogólnodostępnych mogą być świadczone inne usługi związane z ochroną zdrowia, obejmujące[81]:

- monitorowanie procesu leczenia farmakologicznego stałych pacjentów apteki;
- doradztwo w samolecznictwie farmakologicznym pacjentów w oparciu o produkty wydawane bez recepty.

Mogą być również wydawane na podstawie recepty lekarza weterynarii produkty lecznicze lub leki recepturowe przeznaczone dla ludzi, które będą stosowane u zwierząt[82]. Dodatkowo w aptekach ogólnodostępnych mogą być przeprowadzane szczepienia ochronne, o ile spełniają one odpowiednie wymagania lokalowe (odpowiednio wyposażone, wolne pomieszczenie z osobnym wejściem dla osób chcących się zaszczepić)[83].

W ustawie o zawodzie farmaceuty szczegółowo określono również zadania zawodowe farmaceuty, które zostały uporządkowane i zakresowo rozszerzone. Część z nich po raz pierwszy wyodrębniono z katalogu usług farmaceutycznych bądź na nowo zdefiniowano. Zadania zawodowe farmaceuty obejmują[84]:

1) udział w racjonalizacji farmakoterapii, w tym udział w pracach komitetu terapeutycznego oraz innych zespołów powołanych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą;

---

[81] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 86 ust. 2b.

[82] Tamże, art. 86 ust. 5.

[83] Tamże, art. 86 ust. 8a.

[84] Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, Dz.U. z 2021 r., poz. 97, art. 4 ust. 4.

2) uczestniczenie w badaniach klinicznych, w tym w badaniach prowadzonych w szpitalu jako członek zespołu badawczego;
3) przyjmowanie do hurtowni farmaceutycznej produktów, wyrobów lub środków (produktów leczniczych, wyrobów medycznych i ich wyposażenia, wyrobów medycznych do diagnostyki *in vitro* i ich wyposażenia, aktywnych wyrobów medycznych do implantacji, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego) od uprawnionych podmiotów, wydawanie ich uprawnionym podmiotom z hurtowni farmaceutycznej, sprawowanie nadzoru nad przestrzeganiem w hurtowni farmaceutycznej wymagań Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej;
4) kierowanie apteką, punktem aptecznym, działem farmacji szpitalnej, zespołem farmacji klinicznej lub hurtownią farmaceutyczną;
5) sprawowanie nadzoru nad gospodarką produktami leczniczymi oraz wyrobami medycznymi w podmiocie wykonującym działalność leczniczą;
6) zarządzanie produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w oddziale szpitalnym;
7) organizowanie w podmiotach leczniczych zaopatrzenia w produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne obejmujące:
   a) materiały opatrunkowe,
   b) jednorazowe jałowe i niejałowe wyroby medyczne do implantacji wraz z jednorazowym jałowym i niejałowym oprzyrządowaniem do ich implantacji,
   c) jednorazowe jałowe wyroby medyczne do przygotowania i podawania produktów leczniczych, preparatów krwiopochodnych oraz płynów dializacyjnych
      – połączone z uczestniczeniem w prowadzonej w tych podmiotach gospodarce tymi materiałami i wyrobami;
8) nadzór nad czynnościami wykonywanymi w aptece przez studenta kierunku farmacja albo przez technika farmaceutycznego w zakresie czynności, których technik nie może wykonywać samodzielnie;
9) nadzór nad przyjmowaniem, przechowywaniem i wydawaniem produktów leczniczych i wyrobów medycznych;
10) monitorowanie warunków zapewniających jakość i bezpieczeństwo stosowania znajdujących się w obrocie produktów lub wyrobów oraz

ich zabezpieczanie w procedurach wycofywania i wstrzymywania określonych w przepisach;
11) sprawowanie nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem stosowania produktów leczniczych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub użytkowania wyrobów medycznych, w tym nadzoru nad rezerwami strategicznymi oraz zapasami medycznymi gromadzonymi w celu zabezpieczenia potrzeb mobilizacyjnych i wojennych Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej;
12) uczestnictwo w wytwarzaniu i badaniu produktów leczniczych, w tym pełnienie funkcji Osoby Wykwalifikowanej lub Osoby Kompetentnej;
13) zgłaszanie właściwym organom działań niepożądanych produktów leczniczych, incydentów medycznych, niepożądanych odczynów poszczepiennych, ciężkich działań niepożądanych produktów kosmetycznych oraz podejrzenia lub stwierdzenia zatrucia produktem biobójczym;
14) prowadzenie działalności profilaktycznej, edukacyjnej oraz działalności na rzecz promocji zdrowia;
15) przeprowadzanie analiz farmakoekonomicznych;
16) prowadzenie terapii monitorowanej stężeniami leków;
17) prowadzenie przez farmaceutę apteki ogólnodostępnej lub punktu aptecznego w ramach jednoosobowej działalności gospodarczej lub jako wspólnik spółki jawnej, lub wspólnik (partner) spółki partnerskiej, której przedmiotem działalności jest prowadzenie aptek.

Obok zadań ustawodawca zdecydował się na wyodrębnienie innych czynności związanych z wykonywaniem zadań farmaceuty, do których zaliczył[85]:

- prowadzenie działalności dydaktycznej w uczelniach prowadzących studia na kierunku farmacja oraz badań naukowych i prac rozwojowych w dyscyplinie naukowej – nauki farmaceutyczne;
- zatrudnienie w Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej, w ramach którego wykonuje się czynności nadzoru określone w art. 108 ust. 1 ustawy Prawo farmaceutyczne;
- zatrudnienie w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, w ramach którego wykonuje się czynności związane z obrotem i wydawaniem produktów, środków lub wyrobów;

[85] Tamże, art. 4 ust. 5.

– zatrudnienie w jednostkach podległych ministrowi właściwemu do spraw zdrowia lub przez niego nadzorowanych – na stanowisku związanym z wykonywaniem zawodu farmaceuty;
– zatrudnienie, w ramach którego są wykonywane czynności związane z dopuszczaniem lub wprowadzaniem do obrotu lub użytkowania produktów lub wyrobów, ich refundacją, taryfikacją lub kontrolą obrotu nimi oraz związane z realizacją polityki lekowej;
– zatrudnienie lub pełnienie służby wojskowej w urzędzie obsługującym ministra obrony narodowej, w jednostkach organizacyjnych jemu podległych lub przez niego nadzorowanych, w ramach których wykonuje się czynności nadzoru na stanowiskach wymagających posiadania tytułu zawodowego farmaceuty;
– pełnienie funkcji z wyboru w samorządzie zawodu farmaceuty;
– zatrudnienie lub pełnienie służby w urzędzie obsługującym ministra sprawiedliwości lub w jednostkach organizacyjnych jemu podległych lub przez niego nadzorowanych, na stanowiskach wymagających posiadania tytułu zawodowego farmaceuty, w ramach których wykonuje się czynności nadzoru nad wytwarzaniem i obrotem produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi.

Zarówno zadania zawodowe farmaceuty, jak i wyodrębnione dodatkowe czynności nie wchodzą w zakres usług farmaceutycznych, dlatego nie mogą być one uznawane *stricte* za przedmiot wymiany na rynku aptecznym. Są one jednak niewątpliwie powiązane z procesem świadczenia usług farmaceutycznych, choć pełnią funkcję subsydiarną.

Wyodrębnienie i szczegółowa egzemplifikacja opieki farmaceutycznej, usług farmaceutycznych oraz zadań zawodowych farmaceuty i dodatkowych czynności w formie katalogu zamkniętego wskazuje, że wszelkie inne, niewymienione wprost w ustawie rodzaje aktywności, bez względu na ich formę i treść, stanowią czynności niezwiązane z wykonywaniem zawodu farmaceuty, stąd nie mogą być świadczone w aptece. Rodzaje aktywności, które nie spełniają powyższych przesłanek, mogą zostać zakwalifikowane przez organy nadzoru farmaceutycznego jako zabroniona forma reklamy apteki i jej działalności. Konsekwencją takiej kwalifikacji mogą być nakładane na aptekę wysokie kary finansowe, a w skrajnych przypadkach nawet cofnięcie zezwolenia na prowadzenie apteki.

W odniesieniu do relacji apteka – nabywca (klient, pacjent) za przedmiot wymiany *sensu stricto* uznaje się produkty farmaceutyczne. Nie stanowią one jednak kategorii prawnej, albowiem system prawa farmaceutycznego

nie operuje terminem „produkt farmaceutyczny". W literaturze przedmiotu istnieje wiele określeń terminu „produkt".

Według definicji leksykalnych „produkt" jest tym, „co powstało w wyniku procesu produkcji, co zostało wytworzone w procesie produkcji"[86] oraz są to „dobra lub usługi będące efektem procesu wytwórczego, przeznaczone do sprzedaży lub innego wykorzystania"[87]. Literatura przedmiotu definiuje „produkt" jako „wszystko, co może zostać zaoferowane na rynku w celu zaspokojenia jakiejś potrzeby"[88]. W wyniku ewolucji terminologicznej powyższe określenie nabrało nowego charakteru, który precyzuje istotę produktu, określając go jako „wszystko to, co można zaoferować na rynku w celu zwrócenia uwagi, nabycia, użytkowania lub konsumpcji, i co jest w stanie zaspokoić potrzebę lub pragnienie (może to być przedmiot, usługa, osoba, miejsce, organizacja lub idea)"[89]. Definicji „produktu" nie można jednak rozpatrywać w oderwaniu od przepisów prawnych, wprowadzających ograniczenia w podejmowaniu działalności gospodarczej oraz pełniących tym samym funkcję legitymizującą i limitującą[90].

Na gruncie prawa występuje szereg definicji legalnych terminu „produkt", z których najważniejsze zostały ujęte w tabeli 1. Przytoczone określenia w odniesieniu do rynku farmaceutycznego nie oddają w pełni istoty problemu i są niewystarczające w kontekście jasnej i precyzyjnej analizy istoty zagadnienia. Z tego względu stworzono nową kategorię produktu – „produkt leczniczy", który wymaga specjalnej uwagi w kontekście uwzględnienia specyfiki rynku farmaceutycznego. Ustawodawstwo europejskie definiuje „produkt leczniczy" jako[91]:

- jakąkolwiek substancję lub połączenie substancji prezentowaną jako posiadającą właściwości lecznicze lub zapobiegające chorobom u ludzi lub
- jakąkolwiek substancję lub połączenie substancji, które mogą być stosowane lub podawane ludziom w celu odzyskania, poprawy lub

[86] S. Dubisz, *Uniwersalny słownik…*, dz. cyt., t. 3, s. 880.

[87] J. Black, *Słownik ekonomii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 364.

[88] Ph. Kotler, *Marketing*, Rebis, Warszawa 2005, s. 409.

[89] Ph. Kotler, G. Armstrong, J. Saunders, V. Wong, *Marketing. Podręcznik europejski*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2002, s. 41.

[90] K. Żak, Ł. Żak, *Reklama produktu leczniczego w świetle przepisów prawnych*, „Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów", Zeszyt Naukowy nr 114, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2011, s. 132.

[91] Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady Nr 2001/83/WE z dnia 6 listopada 2001 r. w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi, Dz. Urz. UE z dnia 28 listopada 2001 r., L 311/67, ze zm., art. 1 pkt 2.

zmiany funkcji fizjologicznych poprzez powodowanie działania farmakologicznego, immunologicznego lub metabolicznego albo w celu stawiania diagnozy leczniczej.

Tabela 1. Podstawowe definicje terminu „produkt" na gruncie prawa

ŹRÓDŁO PRAWA	DEFINICJA TERMINU „PRODUKT"
Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady Nr 2001/95/WE z dnia 3 grudnia 2001 r. w sprawie ogólnego bezpieczeństwa produktów, Dz. Urz. UE z dnia 3 grudnia 2002 r., L 11/4, ze zm.	„każdy produkt, łącznie z produktem w kontekście świadczenia usług, przeznaczony dla konsumentów lub taki, który nawet jeżeli nie jest przeznaczony dla konsumentów, to w możliwych do przewidzenia warunkach może być przez nich używany, dostarczany im bądź udostępniany za opłatą lub bezpłatnie w ramach działalności handlowej, nowy, używany lub odnowiony"
Ustawa z dnia 12 grudnia 2003 r. o ogólnym bezpieczeństwie produktów, Dz.U. z 2003 r. Nr 229, poz. 2275, ze zm.	„rzecz ruchoma nowa lub używana, jak i naprawiana lub regenerowana, przeznaczona do użytku konsumentów, nawet jeżeli nie była dla nich przeznaczona, dostarczana lub udostępniana przez producenta lub dystrybutora, zarówno odpłatnie, jak i nieodpłatnie, w tym również w ramach świadczenia usługi. Nie jest natomiast produktem rzecz używana dostarczana jako antyk albo jako rzecz wymagająca naprawy, albo jako rzecz wymagająca naprawy lub regeneracji przed użyciem, o ile dostarczający zawiadomił konsumenta o tych właściwościach rzeczy"
Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, Dz.U. z 1964 r. Nr 16, poz. 93, ze zm.	„rzecz ruchoma, choćby została ona połączona z inną rzeczą. Za produkt uważa się także zwierzęta i energię elektryczną"

Źródło: Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady Nr 2001/95/WE z dnia 3 grudnia 2001 r. w sprawie ogólnego bezpieczeństwa produktów, Dz. Urz. UE z dnia 3 grudnia 2002 r., L 11/4, ze zm., art. 2 lit. a; Ustawa z dnia 12 grudnia 2003 r. o ogólnym bezpieczeństwie produktów, Dz.U. z 2003 r. Nr 229, poz. 2275, ze zm., art. 3 pkt 1; Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, Dz.U. z 1964 r. Nr 16, poz. 93, ze zm., art. 449^1 § 2.

Według R. Szczęsnego tak szeroka definicja produktu leczniczego dokonana przez ustawodawcę unijnego wskazuje na jej dwutorowość, informując, że substancja lub połączenie substancji będzie uznawane za lek w dwóch przypadkach[92]:

– po pierwsze: jeżeli sposób prezentacji wskazuje na ich właściwości lecznicze lub zapobiegające chorobom u ludzi;

[92] R. Szczęsny, *Reklama farmaceutyczna i pokrewna*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2010, s. 132.

– po drugie: jeżeli mogą być stosowane lub podawane ludziom w celu odzyskania, poprawy lub zmiany funkcji fizjologicznych (poprzez powodowanie działania farmakologicznego, immunologicznego lub metabolicznego) albo w celu stawiania diagnozy leczniczej.

Wynika z tego, że nie tylko same rzeczywiste (faktyczne) cechy produktu będą decydować o zakwalifikowaniu go jako produktu leczniczego, albowiem sam sposób prezentacji produktu może powodować, iż będzie on traktowany jako lek[93].

Pojęcie „produktu leczniczego", inspirowane dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady Nr 2001/83/WE, zostało wprowadzone przez polskiego ustawodawcę do systemu prawa na miesiąc przed uchwaleniem przedmiotowej dyrektywy, która wdrażała wspólnotowy kodeks odnoszący się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi (tzw. Kodeks Leków). Produktem leczniczym, w myśl ustawy Prawo farmaceutyczne, „jest substancja lub mieszanina substancji, przedstawiana jako posiadająca właściwości zapobiegania lub leczenia chorób występujących u ludzi lub zwierząt lub podawana w celu postawienia diagnozy, lub w celu przywrócenia, poprawienia lub modyfikacji fizjologicznych funkcji organizmu poprzez działanie farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne[94]". Polska definicja zatem zbieżna jest ze znowelizowaną definicją określoną przez ustawodawcę unijnego. Warto jednak zauważyć, że w polskich unormowaniach za produkt leczniczy uznaje się substancje lub ich mieszaniny stosowane i podawane również zwierzętom[95].

Przepisy prawa farmaceutycznego dokonują klasyfikacji i normują również poszczególne formy produktu leczniczego, rozgraniczając produkty lecznicze homeopatyczne, produkty immunologiczne, produkty krwiopochodne, produkty lecznicze roślinne, produkty lecznicze terapii zaawansowanej, produkty lecznicze weterynaryjne, produkty radiofarmaceutyczne oraz referencyjne produkty lecznicze[96]. Szczegółowy opis poszczególnych form produktu leczniczego przedstawiono w tabeli 2.

---

93 Tamże, s. 132–133.

94 Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 2 pkt 32.

95 R. Szczęsny, *Reklama farmaceutyczna…*, dz. cyt., s. 142.

96 Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 2 pkt 29–31, 33a, 34, 35, 35b.

Tabela 2. Formy produktu leczniczego

FORMY PRODUKTU LECZNICZEGO	CHARAKTERYSTYKA
KRYTERIUM: GRUPY LEKÓW I ICH ZASTOSOWANIE	
Produkt leczniczy homeopatyczny	produkt leczniczy wytworzony z homeopatycznych substancji pierwotnych lub ich mieszanin, zgodnie z homeopatyczną procedurą wytwarzania opisaną w Farmakopei Europejskiej lub, w przypadku braku takiego opisu, w farmakopeach oficjalnie uznanych przez państwa członkowskie Unii Europejskiej lub państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym
Produkt immunologiczny	produkt leczniczy stanowiący surowicę, szczepionkę, toksynę lub alergen, stosowany w celu: wywoływania czynnej odporności (szczepionki); przeniesienia odporności biernej (surowice); diagnozowania stanu odporności (w szczególności tuberkulina); identyfikacji lub wywoływania specyficznej nabytej zmiany reakcji odporności na czynnik alergizujący (alergeny)
Produkt krwiopochodny	produkt leczniczy wytwarzany przemysłowo z krwi lub jej składników, a w szczególności albuminy, czynniki krzepnięcia, immunoglobuliny
Produkt leczniczy roślinny	produkt leczniczy zawierający jako składniki czynne jedną lub więcej substancji roślinnych albo jeden lub więcej przetworów roślinnych, albo jedną lub więcej substancji roślinnych w połączeniu z jednym lub więcej przetworem roślinnym, przy czym: substancją roślinną są wszystkie, głównie całe, podzielone na części lub pocięte rośliny, części roślin, glony, grzyby, porosty nieprzetworzone, zazwyczaj ususzone lub świeże; niektóre wydzieliny, które nie zostały poddane określonemu procesowi, mogą być uznane za substancje roślinne; substancje roślinne są szczegółowo definiowane przez użytą część rośliny i nazwę botaniczną; przetworem roślinnym jest przetwór otrzymany przez poddanie substancji roślinnych procesom takim, jak: ekstrakcja, destylacja, wyciskanie, frakcjonowanie, oczyszczanie, zagęszczanie i fermentacja; przetworami są w szczególności rozdrobnione lub sproszkowane substancje roślinne, nalewki, wyciągi, olejki i wyciśnięte soki
Produkt leczniczy terapii zaawansowanej (wyjątek szpitalny)	produkt, który jest przygotowywany na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w sposób niesystematyczny zgodnie ze standardami jakości i zastosowany w ramach świadczeń szpitalnych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na wyłączną odpowiedzialność lekarza w celu wykonania indywidualnie przepisanego produktu leczniczego dla danego pacjenta
Produkt leczniczy weterynaryjny	produkt leczniczy stosowany wyłącznie u zwierząt
Produkt radiofarmaceutyczny	produkt leczniczy, z wyłączeniem produktu leczniczego weterynaryjnego, który zawiera jeden lub więcej izotopów radioaktywnych przeznaczonych dla celów medycznych

FORMY PRODUKTU LECZNICZEGO	CHARAKTERYSTYKA
Referencyjny produkt leczniczy	produkt leczniczy dopuszczony do obrotu na podstawie pełnej dokumentacji
KRYTERIUM: SPOSÓB WYTWARZANIA	
Lek apteczny	produkt leczniczy sporządzony w aptece zgodnie z recepturą farmakopealną, przeznaczony do wydania w tej aptece
Lek gotowy	produkt leczniczy wprowadzony do obrotu pod określoną nazwą i w określonym opakowaniu
Lek recepturowy	produkt leczniczy sporządzony w aptece na podstawie recepty lekarskiej, a w przypadku produktu leczniczego weterynaryjnego – na podstawie recepty wystawionej przez lekarza weterynarii

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 2 pkt 10–12, 29–31, 33a, 34, 35, 35b.

Produkty lecznicze dopuszczone do obrotu otrzymują określoną kategorię dostępności (tabela 3).

Tabela 3. Kategorie dostępności produktów leczniczych

KATEGORIA DOSTĘPNOŚCI	SPOSÓB WYDAWANIA	CHARAKTERYSTYKA
OTC	wydawane bez przepisu lekarza „w sprzedaży odręcznej”	OTC (ang. *over the counter*), produkt wydawany bez przepisu lekarza, w tzw. sprzedaży odręcznej (nie oznacza to jednak jego powszechnej dostępności w obrocie detalicznym, ponieważ tylko niektóre produkty tej kategorii można nabywać poza aptekami)
Rp	wydawane z przepisu lekarza na podstawie wystawionej przez lekarza recepty	wydawany według przepisu lekarza na podstawie przedstawionej przez pacjenta recepty (w wypadku gdy może stanowić bezpośrednie lub pośrednie zagrożenie dla życia lub zdrowia ludzkiego, nawet wtedy, gdy jest stosowany prawidłowo, bez nadzoru lekarskiego, lub gdy często może być stosowany nieprawidłowo, a w konsekwencji może stanowić zagrożenie dla życia i zdrowia ludzkiego)
Rpz	wydawane z przepisu lekarza do zastrzeżonego stosowania na podstawie wystawionej przez lekarza recepty	wydawany według przepisu lekarza, z tą różnicą, że przeznaczony jest do zastrzeżonego stosowania (w wypadku stosowania w terapii chorób lub stanów klinicznych, które muszą być zdiagnozowane w warunkach szpitalnych lub w ośrodkach o odpowiednim zapleczu diagnostycznym, nawet jeśli podawanie i dalsza opieka mogą być prowadzone gdzie indziej; dla pacjentów leczonych ambulatoryjnie, w przypadku gdy jego stosowanie może powodować ciężkie niepożądane działanie i wymagać

KATEGORIA DOSTĘPNOŚCI	SPOSÓB WYDAWANIA	CHARAKTERYSTYKA
		specjalnego nadzoru w trakcie przyjmowania oraz specjalnego nadzoru lekarza w całym okresie terapii)
Rpw	zawierające środki odurzające lub substancje psychotropowe, wydawane z przepisu lekarza na podstawie recepty	zawiera środki odurzające lub substancje psychotropowe i wydawany jest według przepisu lekarza (w przypadku gdy zawiera w określonej ilości substancję zakwalifikowaną jako środek odurzający lub substancję psychotropową, a także gdy stosowany niewłaściwie może stwarzać znaczne ryzyko wystąpienia jego nadużywania, prowadzące do uzależnienia albo niewłaściwego stosowania do nielegalnych celów)
Lz	stosowane wyłącznie w lecznictwie zamkniętym (nie są przepisywane na receptę lekarską i nie ma możliwości ich nabycia w obrocie detalicznym)	stosowany wyłącznie w lecznictwie zamkniętym (w przypadku gdy z uwagi na swoje właściwości farmakologiczne, sposób podawania, wskazania, innowacyjność lub ze względu na interes zdrowia publicznego jest zarezerwowany dla leczenia, które może być przeprowadzone tylko w lecznictwie zamkniętym)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 23a ust. 1; M. Jagielska, *Objaśnienia do art. 18a–24a*, [w:] Ogiegło L. (red.), *Prawo farmaceutyczne. Komentarz*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2010, s. 277–279.

Odrębną kategorię produktów stanowią leki na receptę (Rx), które pacjenci mogą nabyć, jeżeli osoba do tego uprawniona, posiadająca odpowiednie kwalifikacje (lekarz, farmaceuta), wystawi określoną receptę (farmaceuta może wystawić receptę farmaceutyczną jedynie w ramach kontynuacji zlecenia lekarskiego w ramach sprawowania opieki farmaceutycznej). Obejmuje ona zarówno produkty refundowane, jak i pełnopłatne, których lista znajduje się na stosownych wykazach. Podkreślić przy tym należy, że wykazy leków dostępnych na receptę nie są niezmienne, lecz mają charakter względny, co oznacza, że dany lek może zostać dodany bądź usunięty z opracowanego wykazu[97].

Ustawa Prawo farmaceutyczne szczegółowo normuje obrót produktem leczniczym na rynku farmaceutycznym, określając zasady:

– dopuszczania do obrotu produktów leczniczych (art. 3–36a);

[97] R.R. Shah, A.S. Raymond, *Regulation of human medicinal products in the European Union*, [In:] Griffin J.P. (ed.), *The textbook of pharmaceutical medicine*, 6th edition, BMJ Books, Oxford, Chichester, Hoboken 2009, p. 444–499.

– nadzoru nad bezpieczeństwem stosowania produktów leczniczych, z wyłączeniem produktów leczniczych weterynaryjnych (art. 36b–36z);
– prowadzenia badań klinicznych produktów leczniczych (art. 37a–37al);
– udzielania zezwoleń (art. 37am–37au);
– monitorowania przewozu produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych zagrożonych brakiem dostępności na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (art. 37av–37azg);
– wytwarzania i importu produktów leczniczych (art. 38–51a);
– wytwarzania, importu i dystrybucji substancji czynnej (art. 51b–51l);
– reklamy produktów leczniczych (art. 52–72a);
– pośrednictwa w obrocie produktami leczniczymi, z wyłączeniem produktów leczniczych weterynaryjnych (art. 73a–73i);
– prowadzenia obrotu w hurtowniach farmaceutycznych (art. 74–85a);
– prowadzenia obrotu w aptekach (art. 86–107);
– nadzoru Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej (art. 108–123b);
– odpowiedzialności karnej i kar pieniężnych za naruszanie przepisów prawa (art. 124–133a).

W odniesieniu do rynku aptecznego system prawa farmaceutycznego szczegółowo określa procedurę przekazywania produktów leczniczych, wskazując, że apteka ogólnodostępna może zbyć produkt leczniczy wyłącznie[98]:

1) w celu bezpośredniego zaopatrywania ludności, w tym nieodpłatnie pacjentowi – wyłącznie na potrzeby jego leczenia;
2) w celu zaopatrzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą – na podstawie stosownego zapotrzebowania;
3) nieodpłatnie:
   – domowi pomocy społecznej – wyłącznie w celu umożliwienia i organizowania pomocy społecznej,
   – organowi władzy publicznej – wyłącznie w celu zaspokojenia potrzeb wynikających ze stanu wyjątkowego, stanu wojennego lub stanu klęski żywiołowej,
   – podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą, na podstawie stosownego zapotrzebowania – wyłącznie w celu jego zaopatrzenia;

[98] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 86a ust. 1, 1a, 3.

4) w celu zaopatrzenia podmiotów innych niż pacjenci (grupy pacjentów) i podmioty wykonujące działalność leczniczą, niebędących podmiotami uprawnionymi do obrotu produktami leczniczymi, w produkty lecznicze o określonej kategorii dostępności, z wyłączeniem produktów leczniczych zawierających w składzie substancje o działaniu psychoaktywnym, określone w odrębnych przepisach (takie zbycie produktów leczniczych może podlegać ograniczeniu także ze względu na zawartość w nich substancji czynnych określonych w odrębnych przepisach, które z uwagi na dawkowanie lub możliwość wystąpienia działań niepożądanych mogą negatywnie wpłynąć na bezpieczeństwo lub skuteczność stosowania produktów leczniczych).

Szczegółowość regulacji prawnych w zakresie normowania zasad obrotu produktem leczniczym ma na celu zapewnienie wysokich standardów jakości świadczonych w aptece ogólnodostępnej usług farmaceutycznych, ze szczególnym uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa wytwarzania, dystrybuowania, informowania i kontroli odnoszących się do produktu leczniczego.

1.4. Otoczenie ogólne aptek ogólnodostępnych

Prowadzenie działalności operacyjnej na aptecznym rynku farmaceutycznym wymaga uwzględnienia w strategii rozwoju i w strategii konkurencji warunków (czynników) zewnętrznych, które wpływają na przedsiębiorstwo i wynikają z funkcjonowania w ramach określonego systemu gospodarczego. Owe czynniki zewnętrzne tworzą otoczenie przedsiębiorstwa, określane jako wszystkie elementy znajdujące się poza przedsiębiorstwem, mające związek z jego funkcjonowaniem, zawierające elementy zarówno o bezpośrednim, jak i pośrednim oddziaływaniu (interesariusze oraz technika, gospodarka, polityka)[99]. Otoczenie przedsiębiorstwa to wszystko, co znajduje się na zewnątrz, poza granicami przedsiębiorstwa i na to przedsiębiorstwo oddziałuje[100]. W analizie otoczenia przedsiębiorstwo próbuje ze źródeł wewnętrznych i zewnętrznych generować obraz sytuacji, aby podjąć decyzje ugruntowane poznawczo[101]. Strategiczna

[99] J.A.F. Stoner, R.E. Freeman, D.R. Gilbert Jr., *Kierowanie*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2001, s. 79.

[100] A.K. Koźmiński, *Organizacja*, [w:] Koźmiński A.K., Piotrowski W. (red.), *Zarządzanie. Teoria i praktyka* (13–44), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 33.

[101] H. Steinmann, G. Schreyögg, *Zarządzanie. Podstawy kierowania przedsiębiorstwem. Koncepcje, funkcje, przykłady*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 2001, s. 122.

analiza otoczenia zorientowana jest na badanie dwóch bardzo złożonych problemów wiodących: szans i zagrożeń. Jak słusznie wskazują H. Steinmann i G. Schreyögg, otoczenie z jednej strony wyznacza przestrzeń manewrów strategicznych oraz z drugiej – przestrzeń strategicznych wariantów zachowań i programów[102]. Analiza warunków funkcjonowania przedsiębiorstw wskazuje, że ich otoczenie podlega nieustającym zmianom, których kierunki i dynamika wpływają na kształtowanie się zachowań oddziałujących na zakres, strukturę i intensywność podejmowanych działań[103].

Warunki funkcjonowania przedsiębiorstw mogą być rozpatrywane na dwóch poziomach:

- poziom oddziaływań bezpośrednich, które określają domenę działania – otoczenie bliższe (mikrootoczenie, otoczenie rynkowe, branżowe, sektorowe, konkurencyjne);
- poziom oddziaływań pośrednich, które określają otoczenie dalsze (makrootoczenie, otoczenie ogólne, globalne).

Makrootoczenie (otoczenie ogólne, dalsze, globalne) to podmioty, procesy i zjawiska znajdujące się poza otoczeniem konkurencyjnym (rynkowym, bliższym, branżowym, sektorowym, mikrootoczeniem), określające warunki funkcjonowania przedsiębiorstwa w danym kraju czy regionie[104]. W literaturze przedmiotu istnieje wiele definicji i charakterystyk otoczenia ogólnego, które w różny sposób opisują makrootoczenie, kładąc nacisk przede wszystkim na zbiór warunków działania przedsiębiorstwa, sposób oddziaływania czy pomysłowość w zakresie wyszukiwania luk w ustalonych strukturach. Akcent na „zbiór warunków działania przedsiębiorstwa" został postawiony m.in. w definicjach M.J. Hatcha[105], W. Kieżuna[106], L. Krzyżanowskiego[107],

[102] Tamże.

[103] K. Żak, *Wpływ zmian prawnych na warunki otoczenia ogólnego (makrootoczenia) podmiotów świadczących usługi farmaceutyczne w Polsce*, [w:] Mojak J., Żywicka A. (red.), *Sytuacja przedsiębiorcy na tle zmian w prawie publicznym i prywatnym w perspektywie europejskiej* (389–409), Innowatio Press. Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie, Lublin 2016, s. 389.

[104] G. Gierszewska, *Makrootoczenie*, [w:] *Leksykon zarządzania*, Difin, Warszawa 2004, s. 282–283.

[105] M.J. Hatch, *Organization Theory*, Oxford University Press, Oxford–New York 1994, p. 64–100.

[106] W. Kieżun, *Sprawne zarządzanie organizacją*, Oficyna Wydawnicza SGH w Warszawie, Warszawa 1997, s. 93–135.

[107] L. Krzyżanowski, *O podstawach kierowania organizacjami inaczej: paradygmaty – modele – metafory*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999, s. 39–50.

R.W. Griffina[108] oraz M. Romanowskiej[109], natomiast J.A.F. Stoner, R.E. Freeman, D.R. Gilbert Jr. zwracają uwagę na „sposób oddziaływania"[110], zaś „akcentowanie pomysłowości w zakresie wyszukiwania luk w ustalonych strukturach" pojawiło się u R. Jacobsona[111], G. Younga, K.G. Smitha, C.M. Grimma[112]. T. Taranko mianem „otoczenia ogólnego" określa zbiór różnorodnych uwarunkowań determinujących kształtowanie się podaży i popytu na określonym rynku, tworzących szanse i zagrożenia dla przedsiębiorstwa oraz wpływających na wybór, skuteczność i efektywność podejmowanych działań[113]. Wyróżnia cztery jego aspekty, które[114]:

- determinują warunki kształtowania podaży i popytu na danym rynku, wywierając bezpośredni wpływ na zachowania podmiotów występujących w otoczeniu rynkowym;
- tworzą szanse i zagrożenia wpływające na wybór, skuteczność i efektywność podejmowanych działań na danym rynku;
- pozostają poza bezpośrednią kontrolą i możliwością kształtowania przez przedsiębiorstwo;
- podlegają nieustającym zmianom, wymagając systematycznego monitorowania, analizowania i uwzględniania w decyzjach przedsiębiorstwa.

Dokonując syntetycznej reasumpcji, zauważyć należy, że na makrootoczenie (otoczenie ogólne) składają się wszystkie działania i czynniki o większym zasięgu, które wywierają wpływ na podmioty mikrootoczenia[115]. Dzięki temu można określić ogólne warunki funkcjonowania przedsiębiorstwa, przed którym makrootoczenie tworzy bariery, zagrożenia i szanse[116].

---

[108] R.W. Griffin, *Podstawy zarządzania organizacjami*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004, s. 76.

[109] M. Romanowska, *Planowanie strategiczne w przedsiębiorstwie*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2009, s. 33.

[110] J.A.F. Stoner, R.E. Freeman, D.R. Gilbert Jr., *Kierowanie*, dz. cyt., s. 79.

[111] R. Jacobson, *The "Austrian" school of strategy*, "Academy of Management Review" 1992, No 17, p. 782–807, DOI:10.5465/AMR.1992.4279070.

[112] G. Young, K.G. Smith, C.M. Grimm, *"Austrian" and industrial organization perspectives on firm – level competitive activity and performance*, "Organization Science" 1996, 7 (3), p. 243–254.

[113] T. Taranko, *Analiza warunków działania*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Kluczowe pojęcia i praktyczne zastosowania* (51–75), Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2011, s. 52.

[114] T. Taranko, *Analiza warunków działania*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Koncepcja skutecznych działań* (69–89), Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2011, s. 70.

[115] G. Armstrong, Ph. Kotler, *Marketing. Wprowadzenie*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 125.

[116] A.K. Koźmiński, *Organizacja*, [w:] Koźmiński A.K., Piotrowski W. (red.), *Zarządzanie…*, dz. cyt., s. 35.

Ramy rynkowego funkcjonowania przedsiębiorstw w Polsce określają poszczególne wymiary otoczenia ogólnego (makrootoczenia), determinując jednocześnie charakter zachowań rynkowych przedsiębiorstw. Analiza literatury przedmiotu wskazuje na różnorodność w klasyfikacji poszczególnych warunków (wymiarów) makrootoczenia (tabela 4).

Tabela 4. Warunki (sektory) makrootoczenia

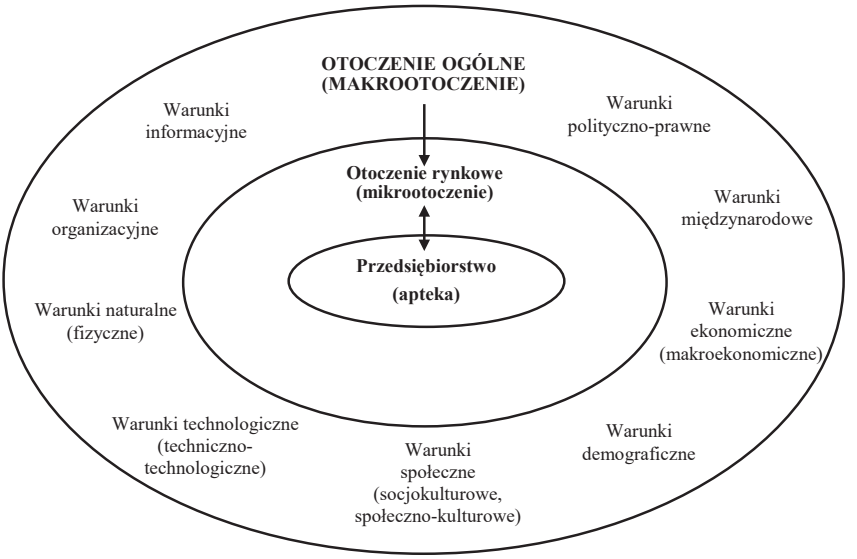
M.J. Hatch	R.M. Grant	J.A.F. Stoner, R.E. Freeman, D.R. Gilbert Jr.	R.W. Griffin	Ph. Kotler	C.W. Hill, G.R. Jones	M. Romanowska	L. Garbarski, I. Rutkowski, W. Wrzosek	T. Taranko
								informacyjne
			międzynarodowe		międzynarodowe			
							organizacyjne	
				demograficzne	demograficzne	demograficzne	demograficzne	demograficzne
polityczne	polityczno-prawne	polityczne	polityczno-prawne	polityczno-prawne	polityczno-prawne	polityczne		polityczno-prawne
prawne						prawne	prawne	
ekonomiczne	makroekonomiczne	ekonomiczne	ekonomiczne	ekonomiczne	makroekonomiczne	makroekonomiczne	ekonomiczne	ekonomiczne
technologiczne	technologiczne	technologiczne	technologiczne	technologiczne	technologiczne	technologiczne	przyrodniczo-techniczne	techniczno-technologiczne
fizyczne	naturalne			naturalne				naturalne
społeczne	socjokulturowe	społeczne	społeczno-kulturowe	społeczno-kulturowe	społeczne	społeczne	społeczno-kulturowe	społeczne
kulturowe								

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: M.J. Hatch, *Organization…*, dz. cyt., p. 67–70; R.M. Grant, *Contemporary strategic analysis. Concepts, techniques, applications*, 3rd edition, Blackwell Publishers, Malden–Oxford 1998, p. 52; J.A.F. Stoner, R.E. Freeman, D.R. Gilbert Jr., *Kierowanie*, dz. cyt., s. 80; R.W. Griffin, *Podstawy zarządzania…*, dz. cyt., s. 77–81; Ph. Kotler, *Marketing*, dz. cyt., s. 161–177; C.W. Hill, G.R. Jones, *Strategic Management Theory. An Integrated Approach*, South-Western Cengage Learning, Mason 2009, p. 63–68; M. Romanowska, *Planowanie strategiczne…*, dz. cyt., s. 33–35; L. Garbarski, I. Rutkowski, W. Wrzosek, *Marketing. Punkt…*, dz. cyt., s. 75–76; T. Taranko, *Analiza warunków…*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Koncepcja...*, dz. cyt., s. 70–73. Cyt za: K. Żak, *Działania marketingowe...*, dz. cyt., s. 65.

Uwzględniając przedstawione typologie, można wyodrębnić w ramach otoczenia ogólnego (makrootoczenia) warunki (rysunek 5):

– polityczno-prawne;
– międzynarodowe;
– ekonomiczne (makroekonomiczne);
– demograficzne;
– społeczne (socjokulturowe, społeczno-kulturowe);
– technologiczne (techniczno-technologiczne, przyrodniczo-techniczne);
– naturalne (fizyczne);
– organizacyjne;
– informacyjne.

Wyodrębnione sektory (wymiary) makrootoczenia wzajemnie oddziałują na siebie, tworząc określony zestaw warunków funkcjonowania, na które przedsiębiorstwa nie mają żadnego wpływu[117]. Przykładem przedmiotowych korelacji są uregulowania prawne odnoszące się do umieszczenia leków na wykazach refundacyjnych, które wpływają na kwestie ekonomiczne (wydatki pacjentów, przychody aptek) oraz społeczne (niezadowolenie pacjentów, protesty grup społecznych, których zmiany bezpośrednio dotyczą)[118].



Rysunek 5. Otoczenie apteki ogólnodostępnej

Źródło: K. Żak, *Działania marketingowe...*, dz. cyt., s. 63.

[117] W. Janik, *Przedsiębiorczość i przedsiębiorstwo*, Wydawnictwo WSPiA w Lublinie, Lublin 2004, s. 58.

[118] H. Mruk, M. Michalik, T. Barałkiewicz, *Jak zarządzać apteką? Marketing w praktyce*, Wydawnictwo Kwadryga, Warszawa 2006, s. 19.

Świadczenie usług farmaceutycznych w ramach prowadzonej działalności gospodarczej opiera się na umiejętności trafnego zdiagnozowania i wykorzystania trendów makrootoczenia, które determinują zarówno możliwość osiągnięcia sukcesu, jak i ryzyko niepowodzenia[119]. Do trendów zmieniających oblicze sektora farmaceutycznego można zaliczyć eksplozję trendu dobrostanu, ograniczanie wydatków na lekarstwa, pojawienie się leków generycznych oraz wpływ ICT (*Information and Communications Technology*) na sektor[120]. Aby dokonać rzetelnej charakterystyki wzajemnych oddziaływań sektorów (warunków) otoczenia ogólnego oraz zdiagnozować i w sposób optymalny wykorzystać jego trendy, organ prowadzący aptekę powinien dokonać gruntownej charakterystyki jego poszczególnych wymiarów. Poszczególne wymiary można rozpatrywać według założeń modelu VUCA, który został wymyślony przez amerykańską armię, by opisywać specyfikę rzeczywistości podczas wojny[121]. Model ten koncentruje się na obserwacji sytuacji i reakcji na zmiany zachodzące w otoczeniu, ponieważ aktywność rynkowa to świat zmienności (ang. *volatility*), niepewności (ang. *uncertainty*), złożoności (ang. *complexity*) i niejednoznaczności (ang. *ambiguity*).

1.4.1. Warunki polityczno-prawne

Warunki polityczno-prawne (typologia: R.M. Grant, C.W. Hill, G.R. Jones, R.W. Griffin, Ph. Kotler, T. Taranko), polityczne (typologia: M.J. Hatch, J.A.F. Stoner, R.E. Freeman, D.R. Gilbert Jr., M. Romanowska), prawne (typologia: M.J. Hatch, M. Romanowska, L. Garbarski, I. Rutkowski, W. Wrzosek) odnoszą się do państwowej regulacji działalności gospodarczej oraz do stosunków między sferą gospodarczą a państwem[122]. Zmienne polityczne wywierają wpływ na działanie przedsiębiorstw poprzez konkurencję między różnymi grupami interesów, usiłujących uzyskać poparcie dla realizacji własnych celów i wartości[123]. Otoczenie polityczno-prawne może być determinowane przez inicjatywy rządowe (samorządowe), które mogą w sposób pozytywny

[119] Por. K. Obłój, *Strategia sukcesu firmy*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1994, s. 19–20; M. Haffer, *Determinanty strategii nowego produktu polskich przedsiębiorstw przemysłowych*, Wydawnictwo UMK, Toruń 1998, s. 49.

[120] C.C. Pacenti, P. Mancini, *Marketing produktów farmaceutycznych. Nowe strategie dla sektora ochrony zdrowia*, CeDeWu, Warszawa 2015, s. 20.

[121] J. Kucharczyk-Capiga, *Człowiek w świecie VUCA*, 2019. Pobrano z: https://www.pwc.pl/ (dostęp: 9.11.2022).

[122] K. Żak, *Działania marketingowe...*, dz. cyt., s. 84.

[123] J.A.F. Stoner, R.E. Freeman, D.R. Gilbert Jr., *Kierowanie*, dz. cyt., s. 95.

lub negatywny odbić się na działalności przedsiębiorstw[124]. Wymiar polityczno-prawny stanowi kluczowy element otoczenia ogólnego przedsiębiorstw, ponieważ determinuje funkcjonowanie pozostałych sektorów, z wyłączeniem warunków naturalnych. W odniesieniu do procesu świadczenia usług farmaceutycznych w aptece ogólnodostępnej zauważyć należy, że zmiany w wymiarze politycznym (np. polityka zdrowotna i refundacyjna) wpływają na wymiar prawny (np. kierunek i zakres nowelizacji prawa), który z kolei normuje warunki ekonomiczne (np. zmiana listy leków refundowanych wpływa na mechanizm rynkowy i warunki prowadzenia działalności gospodarczej). Z tego względu wymiar polityczno-prawny stanowi element makrootoczenia przedsiębiorstwa o szczególnej sile wpływu, ponieważ[125]:

- system prawny określa, które działania są legalne, a które stanowią naruszenie prawa;
- na działalność gospodarczą wpływa polityka rządu, która może mieć charakter stymulujący lub destymulujący;
- stabilność polityczna poprzez wymiar prawny stymuluje rozwój przedsiębiorczości (istotna w tej materii jest pewność i przewidywalność prawa).

Warunki polityczno-prawne stanowią kategorię warunków tworzonych przez instytucje państwowe i międzynarodowe w celu budowania formalno-prawnych rozwiązań dotyczących funkcjonowania gospodarki w danym kraju, regionie lub branży oraz ustalania różnorodnych procedur administracyjnych dotyczących działalności gospodarczej, aby nakreślić polityczno-prawne ramy aktywności rynkowej przedsiębiorstw[126]. Warunki polityczno-prawne odnoszą się zatem do krajowej regulacji działalności gospodarczej oraz do stosunków między sferami gospodarczymi a państwem[127]. Mając to na uwadze, zauważyć należy, że zachowania rynkowe przedsiębiorstw są determinowane przez następujące uwarunkowania[128]:

- system polityczny i prawny państwa (regionu), w którym przedsiębiorstwo podejmuje i prowadzi działalność rynkową;
- stabilność i przewidywalność rozwiązań prawnych dotyczących inwestowania, podejmowania i rozwijania działalności gospodarczej itp.;

[124] Por. A. Tofts, *Zarządzanie zasobami*, [w:] Walshe K., Smith J. (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej* (486–507), Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011, s. 494.
[125] R.W. Griffin, *Podstawy zarządzania…*, dz. cyt., s. 80.
[126] T. Taranko, *Analiza warunków…*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Koncepcja...*, dz. cyt., s. 70.
[127] Tamże.
[128] Tamże, s. 71.

– rozwiązania prawne regulujące procesy gospodarcze w danym kraju (prawo handlowe, prawo pracy, rozwiązania w zakresie bezpieczeństwa ogólnego i bezpieczeństwa prowadzenia działalności gospodarczej itp.);
– rozwiązania w zakresie ochrony interesów konsumentów i kontroli procesów konkurencyjnych na rynku;
– zakres i formy ingerencji państwa w procesy gospodarcze (protekcjonizm, ochrona interesów krajowych podmiotów gospodarczych itp.);
– regulacje formalno-prawne dotyczące oddziaływania działalności gospodarczej na środowisko i ich konsekwencje dla przedsiębiorstw (np. obowiązek ograniczenia szkodliwych odpadów produkcyjnych, konsekwencje dla przedsiębiorstw z tytułu szkodliwości ich działań dla środowiska naturalnego);
– regulacje prawne dotyczące danej branży, w której przedsiębiorstwo prowadzi swoją działalność gospodarczą;
– regulacje prawne dotyczące aktywności marketingowej (regulacje dotyczące bezpieczeństwa produktów i ich wprowadzenia na rynek, zakazy reklamowania określonych dóbr czy usług, regulacje dotyczące kształtowania cen czy wyboru kanałów dystrybucji).

Rynek farmaceutyczny funkcjonuje w oparciu o zasady ograniczonego mechanizmu rynkowego, które są pochodną warunków polityczno-prawnych. Czynniki o charakterze politycznym są ściśle powiązane z wymiarem prawnym. Przykładowo wygrane wybory przez prawicę doprowadziły do utworzenia Regionalnych Kas Chorych, natomiast po zmianie władzy i przejęciu steru rządzenia przez partię lewicową system Regionalnych Kas Chorych został scalony w jeden organ centralny – Narodowy Fundusz Zdrowia[129]. Rozwój uwarunkowań polityczno-prawnych oddziałuje również na decyzje marketingowe przedsiębiorstw[130]. Przykładem takiego wpływu jest wprowadzenie w systemie prawa farmaceutycznego zakazu reklamy apteki i jej działalności, który oddziałuje również na pozostałe instrumenty komunikacji marketingowej, jak promocja sprzedaży, public relations czy sponsoring.

Jakość wymiaru polityczno-prawnego jest determinowana przez wiele czynników, do których należy zaliczyć:
– stabilność systemu politycznego;
– pewność prawa;

[129] H. Mruk, *Metody analizy otoczenia apteki*, [w:] Mruk H. (red.), *Marketingowe zarządzanie apteką* (35–46), ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013, s. 36.
[130] Ph. Kotler, J. Shalowitz, R.J. Stevens, *Marketing strategiczny w opiece zdrowotnej*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011, s. 125.

– spójność i komplementarność całego systemu prawnego;
– precyzyjne opracowanie definicji legalnych w odniesieniu do kluczowych pojęć;
– przejrzystość i jednoznaczność przyjętych sformułowań i określeń;
– efektywność organów nadzoru farmaceutycznego, organów ścigania i sądów powszechnych;
– nieuchronność kary za naruszenia przepisów prawa;
– skuteczną egzekucję prawa.

Precyzyjnie stworzony i sparametryzowany system prawa farmaceutycznego uniemożliwia dokonywanie nadinterpretacji prawa, minimalizując ryzyko nadużyć i występowania zjawisk patologicznych, sprzecznych z prawem, dobrymi obyczajami i zasadami współżycia społecznego. Z drugiej strony jednak niespójny, niejednoznaczny i zbyt restrykcyjny system prawny może doprowadzić do zaburzenia funkcjonowania rynku.

Członkostwo Polski w Unii Europejskiej nie wpływa zasadniczo na polski system prawa farmaceutycznego, ponieważ znacząca część uregulowań dotyczących rynku farmaceutycznego ma charakter prawa miejscowego. Nie może jednak być ono sprzeczne z zasadami prawa wspólnotowego, dlatego też analiza polityczno-prawna nie powinna ograniczać się wyłącznie do polityki narodowej[131]. Według M. Romanowskiej zmiany w polityce wyznaczają tempo globalizacji gospodarki i postęp w integracji międzynarodowej, co tworzy nowe warunki funkcjonowania przedsiębiorstw[132]. Zmiany w sposobie uprawiania polityki jednego państwa (np. dotyczące charakteru polityki gospodarczej) mogą się przełożyć na wprowadzenie zmian w polityce ekonomicznej przez inne kraje. Trendy deregulacyjne, objawiające się znoszeniem przez poszczególne państwa zakazów, restrykcji, barier prawnych i celnych, wpływają na warunki konkurencji na rynkach światowych, tworząc warunki sprzyjające do umiędzynarodowienia działalności przedsiębiorstw[133].

W odniesieniu do rynku aptek warunki polityczne mocno wpływają na charakter świadczenia usług farmaceutycznych poprzez wymiar prawny. Polska jest państwem o stabilnej i względnie przewidywalnej sytuacji politycznej. Owa przewidywalność odnosi się jednak do pojedynczego cyklu wyborczego, ponieważ trudno jest zaobserwować politykę kontynuacji w wypadku zmiany władzy. Z tego względu brakuje długofalowego

[131] H. Steinmann, G. Schreyögg, *Zarządzanie. Podstawy…*, dz. cyt., s. 126.
[132] M. Romanowska, *Planowanie strategiczne*…, dz. cyt., s. 33–34.
[133] G. Gierszewska, M. Romanowska, *Analiza strategiczna przedsiębiorstwa*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2009, s. 35.

spojrzenia na system ochrony zdrowia publicznego, co powoduje, że dominują doraźne, a nie systemowe rozwiązania krótkookresowe. Można to zaobserwować, analizując system prawa farmaceutycznego, który cechuje się brakiem stabilności i przewidywalności prawnej. Wskazuje się często, że polski system prawa farmaceutycznego jest przeregulowany, albowiem bardzo głęboko wchodzi w swobodę działalności gospodarczej, czego przejawem jest szeroki zakres regulacji (definicja apteki, zadania apteki, obowiązki personelu fachowego, zasady obrotu produktami farmaceutycznymi itp.). Mimo to nie funkcjonuje on efektywnie, ponieważ opiera się w dużej części na pojęciach niedookreślonych i brak w nim legalnych definicji odnoszących się do kluczowych aspektów aktywności aptek (np. reklama apteki, reklama działalności apteki), co powoduje niepewność stosowania prawa na rynku farmaceutycznym, która przejawia się tym, że orzecznictwo sądów administracyjnych kształtuje zakres działalności operacyjnej aptek.

1.4.2. Warunki międzynarodowe

Warunki międzynarodowe (typologia: R.W. Griffin, C.W. Hill, G.R. Jones) określają zakres, w jakim przedsiębiorstwo uczestniczy w działalności gospodarczej w innych państwach lub pozostaje pod jej wpływem[134]. Dotyczy to przedsiębiorstw wielonarodowych (międzynarodowych), tzn. podmiotów prowadzących działalność gospodarczą również poza rynkami macierzystymi, które oddziałują na rynki międzynarodowe i same są pod ich wpływem. Takimi międzynarodowymi przedsiębiorstwami farmaceutycznymi, prowadzącymi działalność w Polsce, są m.in.: GlaxoSmithKline, Servier, Novartis, Roche, Pfeizer, Sanofi Synthelabo, Avensis, Johnson & Johnson oraz Eli Lilly. Wymiar międzynarodowy charakteryzuje tendencja przedsiębiorstw prowadzących działalność operacyjną na rynkach zagranicznych do uwzględniania w swoich strategiach marketingowych warunków związanych z funkcjonowaniem gospodarki światowej na równi z warunkami charakterystycznymi dla danego rynku docelowego[135].

Warunki międzynarodowe zależą od wielu czynników, z których najistotniejsze to poziom rozwoju technologicznego (innowacyjność przedsiębiorstw) oraz postęp w technice transportu i przepływu informacji, stwarzające dogodne warunki do ekspansji geograficznej przedsiębiorstw na nowe

[134] Por. R.W. Griffin, *Podstawy zarządzania…*, dz. cyt., s. 80–81.

[135] M. Sagan, *Standaryzacja instrumentów marketingu-mix na przykładzie korporacji międzynarodowych w Polsce*, Difin, Warszawa 2010, s. 133.

rynki. Koniunkcja rynków powoduje, że przedsiębiorstwa prowadzące działalność tylko w jednym kraju spotykają się tam z konkurencją zagraniczną. Sytuacja ta pokazuje, że warunki międzynarodowe wywierają wpływ niemal na każde przedsiębiorstwo, nawet na to, które prowadzi działalność na rynku macierzystym. Bowiem nie tylko konkuruje ono z przedsiębiorstwami zagranicznymi na rynku krajowym, lecz może równolegle dokonywać ekspansji na rynki międzynarodowe i konkurować tam z podmiotami autochtonicznymi. Zatem globalizacja procesów gospodarczych odnosi się do wszystkich sfer życia społeczno-gospodarczego, w tym do komunikacji marketingowej, oraz oddziałuje na pozostałe wymiary makrootoczenia przedsiębiorstwa[136].

Wymiar międzynarodowy jest uzależniony od zakresu powiązań gospodarczych pomiędzy poszczególnymi państwami, co łączy go bezpośrednio z warunkami politycznymi (charakter międzynarodowych umów handlowych pomiędzy państwami) i prawnymi (specyfika krajowego prawa gospodarczego). Specyfika polskiego rynku farmaceutycznego oraz restrykcyjność prawa farmaceutycznego powodują, że w Polsce nie prowadzą działalności sieci apteczne o zasięgu międzynarodowym. Natomiast na terenie Polski funkcjonują przedsiębiorstwa farmaceutyczne (producenci leków) prowadzące działalność w wymiarze globalnym. W odniesieniu do aptek ogólnodostępnych globalizacja rynków oraz swoboda przesyłu informacji przekładają się na import nowych trendów, zasad i stylów zarządzania, inspirowanych zachowaniami rynkowymi podmiotów funkcjonujących na bardziej rozwiniętych rynkach zagranicznych (w państwach z tzw. Europy Zachodniej i USA). Dotyczy to szczególnie marketingowego podejścia do zarządzania, z którym personel farmaceutyczny w Polsce jeszcze kilka lat temu nie miał styczności. Wymiar międzynarodowy pokazuje również, że menedżerowie i personel aptek w Polsce coraz częściej wzorują się na zachowaniach rynkowych międzynarodowych korporacji. Ograniczenia prawne w uzyskiwaniu zezwoleń na prowadzenie apteki, rygorystyczność systemu prawa farmaceutycznego oraz skomplikowany i anachroniczny system fiskalny znacząco utrudniają ekspansję podmiotów zagranicznych w Polsce i zniechęcają przedsiębiorców zagranicznych do inwestycji na aptecznym rynku farmaceutycznym. Polscy przedsiębiorcy – właściciele aptek – z kolei nie są skłonni do inwestowania na rynkach zagranicznych z uwagi na nieznajomość miejscowych systemów prawa farmaceutycznego oraz bariery językowe.

[136] K. Bachnik, *Internacjonalizacja przedsiębiorstw a ich konkurencyjność – kontekst skuteczności marketingowej*, [w:] Nowacki R., Strużycki M. (red.), *Reklama w procesach konkurencji* (67–99), Difin, Warszawa 2011, s. 67.

1.4.3. Warunki ekonomiczne (makroekonomiczne)

Warunki ekonomiczne (typologia: M.J. Hatch, R.M. Grant, J.A.F. Stoner, R.E. Freeman, D.R. Gilbert Jr., R.W. Griffin, Ph. Kotler, C.W. Hill, G.R. Jones, M. Romanowska, L. Garbarski, I. Rutkowski, W. Wrzosek, T. Taranko) odnoszą się do rynków, na których przedsiębiorstwo prowadzi działalność gospodarczą[137]. Wymiar ekonomiczny jest istotnym elementem otoczenia ogólnego przedsiębiorstwa, ponieważ jego siła oddziaływania określa celowość i zasadność podejmowania oraz prowadzenia działalności gospodarczej. Globalizacja rynków i spowodowane tym transnarodowe interakcje kapitałowe wskazują, że analiza ekonomiczna makrootoczenia nie powinna ograniczać się wyłącznie do bezpośredniej sytuacji konkurencyjnej, lecz powinna obejmować również uwarunkowania narodowe i międzynarodowe[138]. Z tego względu w otoczeniu ogólnym warunki ekonomiczne powinno się analizować w szerszym kontekście – w wymiarze makroekonomicznym – ponieważ są wyznaczane przez kondycję gospodarki krajowej, europejskiej i światowej[139].

Dla aktywności rynkowej przedsiębiorstwa istotne znaczenie mają następujące uwarunkowania[140]:

- poziom rozwoju gospodarczego i tempo wzrostu gospodarki;
- ogólna koniunktura gospodarki i branży, w której przedsiębiorstwo podejmuje lub prowadzi działalność;
- polityka gospodarcza danego kraju, szczególnie w sferach wpływających na koszty i efekty działań rynkowych przedsiębiorstwa (polityka fiskalna, podatkowa, koszty pracy, polityka monetarna i celna itp.);
- koszty czynników produkcji i możliwości ich refinansowania przez inne podmioty (np. ulgi inwestycyjne, dotacje budżetowe, dotacje ze środków Unii Europejskiej itp.);

---

[137] Por. A.K. Koźmiński, *Organizacja*, [w:] Koźmiński A.K., Piotrowski W. (red.), *Zarządzanie…*, dz. cyt., s. 36.

[138] H. Steinmann, G. Schreyögg, *Zarządzanie. Podstawy…*, dz. cyt., s. 123–124.

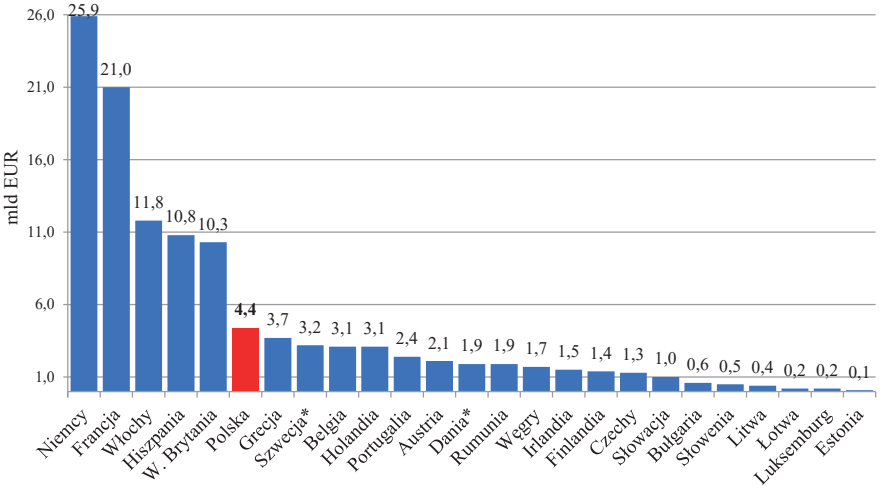
[139] W licznych opracowaniach na temat analizy makrootoczenia warunki ekonomiczne są utożsamiane z warunkami makroekonomicznymi, co jest wynikiem globalizacji procesów gospodarczych (R.M. Grant, *Contemporary strategic…*, dz. cyt., s. 52; C.W. Hill, G.R. Jones, *Strategic Management…*, dz. cyt., s. 64; M. Romanowska, *Planowanie strategiczne…*, dz. cyt., s. 34). Podobny pogląd prezentuje T. Taranko, dokonując charakterystyki warunków ekonomicznych w szerszym kontekście, jednak pozostaje przy nazewnictwie „warunki ekonomiczne" (T. Taranko, *Analiza warunków…*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Koncepcja...*, dz. cyt., s. 71). Por. G. Gierszewska, M. Romanowska, *Analiza strategiczna…*, dz. cyt., s. 27.

[140] T. Taranko, *Analiza warunków…*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Koncepcja...*, dz. cyt., s. 71.

– czynniki ekonomiczne determinujące zachowania nabywców na rynku (poziom i stabilność dochodów, skłonność do oszczędzania, dostępność kredytów i innych źródeł finansowania).

Ważną rolę w działalności rynkowej przedsiębiorstwa odgrywają również czynniki wpływające na siłę nabywczą konsumenta i strukturę jego wydatków[141]. W sytuacji gdy siła nabywcza konsumentów ulega ograniczeniu (w wyniku spowolnienia gospodarczego lub recesji), kluczowym kryterium decyzyjnym staje się wartość zakupu postrzegana przez nabywcę.

W odniesieniu do placówek świadczących usługi farmaceutyczne wymiar ekonomiczny jest ściśle powiązany z warunkami demograficznymi. Według Pricewaterhouse Coopers (PwC) rynek farmaceutyczny w Polsce pod względem wartości sprzedaży jest szóstym co do wielkości rynkiem w Europie, zaś Polska w tym zakresie jest liderem w Europie Środkowo-Wschodniej (rysunek 6)[142].



Ceny producenta netto (EUR); * Rynek farmaceutyczny (rynek leków: apteczny Rx, apteczny OTC i szpitalny).

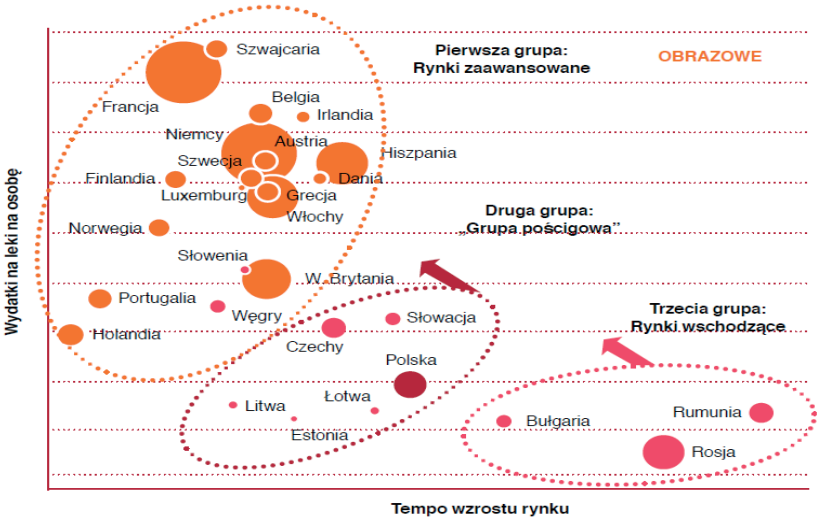
Rysunek 6. Wartość sprzedaży na aptecznym rynku farmaceutycznym w 2010 r.

Źródło: IMS MIDAS [w:] Pricewaterhouse Coopers, *Wkład innowacyjnego*…, dz. cyt., s. 12.

[141] Ph. Kotler, G. Armstrong, J. Saunders, V. Wong, *Marketing. Podręcznik*..., dz. cyt., s. 194–198.

[142] Pricewaterhouse Coopers *Wkład innowacyjnego przemysłu farmaceutycznego w rozwój polskiej gospodarki*, raport wrzesień 2011, s. 12. Pobrano z: https://www.pwc.pl/ (dostęp: 17.07.2022).

Polski rynek farmaceutyczny jest dynamicznie rozwijającym się rynkiem, co pozwala umiejscowić go w tzw. grupie pościgowej, postępującej za bardziej zaawansowanymi rynkami europejskimi (rysunek 7).



Rysunek 7. Polski rynek farmaceutyczny na tle rynków europejskich

Źródło: IMS [w:] Pricewaterhouse Coopers, *Wkład innowacyjnego*…, dz. cyt., s. 65.

Wartość aptecznego rynku farmaceutycznego, a za tym wpływ wymiaru ekonomicznego, wyznacza dynamicznie rosnąca wartość sprzedaży, która w 2021 r. wyniosła 40,58 mld PLN[143].

Warunki ekonomiczne silnie wpływają na sytuację aptek na rynku farmaceutycznym, których przychody ze sprzedaży są uzależnione od wielu czynników; wśród nich najistotniejsze to czynniki identyfikowane po stronie nabywców, takie jak: poziom dochodów miejscowej ludności, elastyczność cenowa i dochodowa popytu. Mieszkańcy Polski przejawiają wysoką skłonność do wydawania pieniędzy na zakup produktów farmaceutycznych, a wzrost dochodów generuje wyższy popyt na produkty markowe (szczególnie w miastach)[144]. Z tego względu lokalizacja apteki silnie wpływa na rentowność podmiotu, ponieważ miejsce, w którym mieści się apteka, ma znaczący wpływ na jej charakter rynkowy i stan ekonomiczny[145]. Analiza ekonomiczna aptek wskazuje, że można wyróżnić lokalizacje, które znacznie zwiększają

[143] PEX Pharma Sequence. Raport miesięczny – styczeń–grudzień 2021. Pobrano z: https://www.pexps.pl/dla-mediow.html (dostęp 17.07.2022).

[144] H. Mruk, *Metody analizy*…, dz. cyt., s. 38.

[145] Por. H. Mruk, M. Michalik, T. Barałkiewicz, *Jak zarządzać*…, dz. cyt., s. 66.

prawdopodobieństwo osiągnięcia sukcesu w prowadzonej działalności rynkowej i pozwalają na pozyskanie większej liczby klientów, umożliwiając przy tym osiągnięcie wyższych przychodów ze sprzedaży[146]:

- budynek szpitala z przychodnią oraz okolice szpitali, przychodni i gabinetów lekarskich;
- centra i lokalne punkty handlowe;
- węzły komunikacyjne w miastach, skrzyżowania ważnych ulic z dużą liczbą przystanków autobusowych;
- duże osiedla;
- okolice dworców kolejowych i autobusowych;
- centrum miasta.

Atrakcyjna lokalizacja, uwzględniająca dodatkowo poziom dochodów miejscowej ludności, daje aptece większe prawdopodobieństwo osiągnięcia sukcesu (zbudowania przewagi konkurencyjnej) niż ulokowanie apteki w regionie o niskim poziomie dochodów ludności, często na peryferiach aglomeracji miejskich, z dala od dużych skupisk ludności. Nieodpowiednia, mało atrakcyjna lokalizacja apteki może spowodować, że nawet interesująca oferta cenowa i wyjątkowa obsługa nie będą w stanie przyciągnąć klienta[147].

Zmiany prawne, stanowiące pochodną wpływu wymiaru politycznego, silnie oddziałują na warunki ekonomiczne placówek świadczących usługi farmaceutyczne. Polityka rządu, polegająca na ograniczaniu wydatków związanych z refundacją kosztów zakupu leków, negatywnie oddziałuje na warunki ekonomiczne aptek. Negatywny wpływ potęgują dodatkowo ograniczenia w stosowaniu komunikacji marketingowej (całkowity zakaz reklamy aptek i ich działalności przy jednoczesnym interpretacyjnym rozszerzeniu przedmiotowego zakazu na pozostałe instrumenty komunikacji marketingowej) i działania podwyższające koszty prowadzenia działalności gospodarczej (podwyższenie poziomu podatków).

Warunki ekonomiczne (makroekonomiczne) wymagają uwzględnienia bieżącej sytuacji geopolitycznej. Wojna na terytorium Ukrainy spowodowała konieczność uwzględnienia w modelach ekonomicznych i strategiach konkurowania aptek ogólnodostępnych wzrostu kosztów prowadzenia działalności operacyjnej na skutek:

---

[146] Por. K. Żak, *Uwarunkowania zachowań pacjentów na aptecznym rynku farmaceutycznym*, [w:] Rosa G., Smalec A. (red.), *Marketing przyszłości. Trendy. Strategie. Instrumenty. Konsument i przedsiębiorstwo w ewoluującym otoczeniu. Marketing miejsc* (223–235), „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego" nr 661, „Ekonomiczne Problemy Usług" nr 73, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2011, s. 230.

[147] Tamże.

– wzrostu cen energii, wywołanych przez embargo unijne na produkty ropopochodne pochodzące z Federacji Rosyjskiej;
– inflacji na poziomie 17,9%, wynikającej ze wzrostu cen energii i proinflacyjnej polityki państwa (transfery socjalne) oraz nadmiernego wzrostu popytu na leki, wynikającego z pandemii COVID-19.

Dla wielu aptek sytuacja ogólnoświatowej pandemii COVID-19 stanowiła impuls do stworzenia dodatkowego kanału dystrybucji produktów farmaceutycznych (sprzedaż wysyłkowa) oraz poszerzenia oferty usługowej o wykonywanie profilaktycznych szczepień ochronnych, mający na celu dostosowanie działalności operacyjnej do zmieniającego się otoczenia. Przełożyło się to na wzrost wartości sprzedaży, czego przejawem jest duża dynamika wzrostu obrotów statystycznej apteki (w cenach detalicznych brutto – por. rysunek 25).

1.4.4. Warunki demograficzne

Warunki demograficzne (typologia: Ph. Kotler, C.W. Hill, G.R. Jones, M. Romanowska, L. Garbarski, I. Rutkowski, W. Wrzosek, T. Taranko) „dotyczą ludzi, ludzie zaś tworzą rynki”[148]. Najważniejszym czynnikiem otoczenia demograficznego jest populacja, a dokładniej[149]:
– wielkość i tempo wzrostu populacji danego kraju, regionu czy miasta;
– podział wiekowy (rozkład grup wiekowych);
– pochodzenie (struktura) etniczne;
– poziom edukacji (wykształcenia);
– wzorce rodzinne (zwyczaje), regionalne cechy i aktywności.

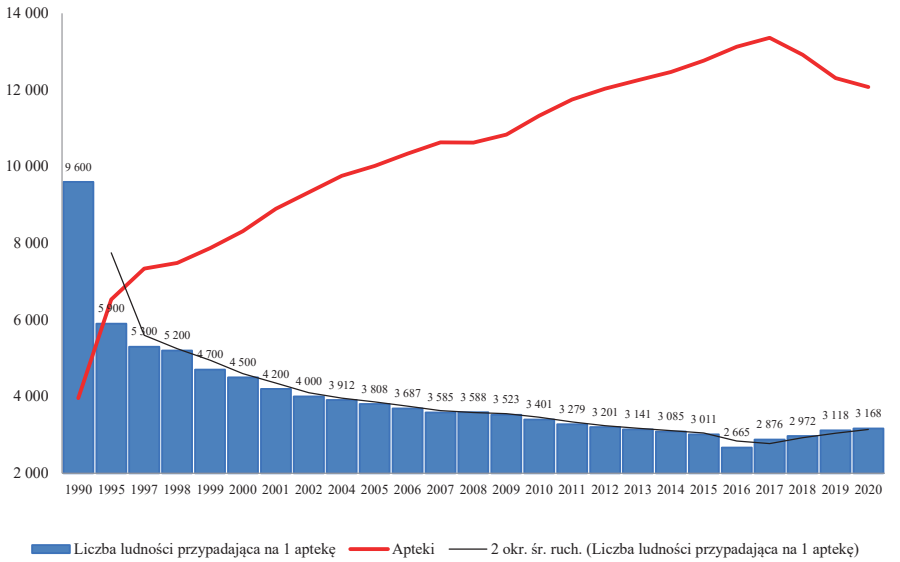
Warunki demograficzne charakteryzują stan i zmiany w populacji poszczególnych społeczeństw i stanowią najbardziej przewidywalny segment makrootoczenia[150]. Analiza tych warunków oraz długookresowych tendencji zmian stanowi kluczowy element diagnozy i oceny możliwości prowadzenia działalności operacyjnej przedsiębiorstwa. Demografia bowiem pośrednio określa wielkość popytu ogółem, jego rozkład graniczny oraz kierunki i tendencje zmian w czasie. Z tego względu szczególnie istotna dla działań rynkowych przedsiębiorstwa jest analiza następujących warunków demograficznych[151]:

[148] Ph. Kotler, G. Armstrong, J. Saunders, V. Wong, *Marketing. Podręcznik…*, dz. cyt., s. 189.
[149] Ph. Kotler, J. Shalowitz, R.J. Stevens, *Marketing strategiczny*…, dz. cyt., s. 112.
[150] M. Romanowska, *Planowanie strategiczne…*, dz. cyt., s. 34.
[151] T. Taranko, *Analiza warunków…*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Koncepcja...*, dz. cyt., s. 71–72.

– liczebność i struktura wiekowa społeczeństwa zamieszkującego rejon działań operacyjnych przedsiębiorstwa;
– tendencje demograficzne (przyrost naturalny, starzenie się społeczeństw itp.);
– migracje i ich wpływ na zmiany stylów życia, postaw, wzorców zachowań itp.

Analiza wymiaru demograficznego stanowi podstawę określania bieżącego i potencjalnego popytu na danym rynku, pozwala także prognozować zmiany w wielkości i strukturze podaży różnych produktów i usług zaspokajających potrzeby nabywców reprezentowanych przez różne grupy wiekowe, zawodowe, społeczne[152].

Warunki demograficzne w istotny sposób wpływają na rentowność apteki, albowiem za nabywane leki płaci określona grupa pacjentów. Z tego względu jednymi z najważniejszych czynników wpływających na przychód ze sprzedaży są liczba oraz struktura ludności[153]. Dla właścicieli aptek i potencjalnych inwestorów ważnym miernikiem statystycznym, obrazującym sytuację na rynku, jest liczba ludności przypadająca na 1 aptekę (rysunek 8).



Rysunek 8. Liczba ludności przypadająca na 1 aptekę w latach 1990–2020

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego. Pobrano z: https://stat.gov.pl/ (dostęp: 7.08.2022).

[152] Tamże, s. 72.
[153] H. Mruk, *Metody analizy…*, dz. cyt., s. 39.

Liczbę aptek i punktów aptecznych w poszczególnych województwach w 2020 r. przedstawia tabela 5.

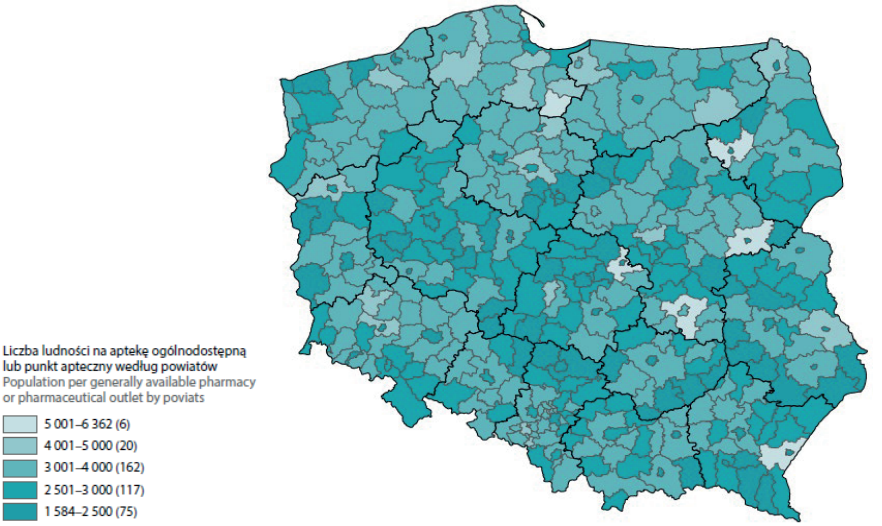
Tabela 5. Apteki i punkty apteczne według województw w 2020 r.

LP.	WOJEWÓDZTWA	APTEKI		Liczba ludności na 1 aptekę	PUNKTY APTECZNE	
		ogółem	w tym prywatne		ogółem	w tym prywatne
1	Dolnośląskie	949	945	3047	56	56
2	Kujawsko-pomorskie	596	594	3460	87	87
3	Lubelskie	742	739	2824	53	53
4	Lubuskie	298	296	3380	43	43
5	Łódzkie	824	822	2959	79	79
6	Małopolskie	1048	1046	3254	121	121
7	Mazowieckie	1640	1637	3308	134	134
8	Opolskie	292	291	3345	37	37
9	Podkarpackie	644	643	3294	121	121
10	Podlaskie	370	369	3171	49	49
11	Pomorskie	667	665	3518	40	40
12	Śląskie	1411	1410	3184	92	92
13	Świętokrzyskie	390	388	3140	46	45
14	Warmińsko-mazurskie	408	406	3472	37	37
15	Wielkopolskie	1251	1249	2795	117	117
16	Zachodniopomorskie	550	548	3069	40	40
	POLSKA	**12 080**	**12 048**	**3168**	**1152**	**1151**

Źródło: Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2020 r. Aneks tabelaryczny*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa–Kraków 2021, tabela 75.

Analizując dane statystyczne, nie sposób nie zauważyć, że w dziesięciu województwach wskazany miernik jest wyższy od średniej wartości w Polsce, wynoszącej 3168 mieszkańców przypadających na 1 aptekę (kujawsko-pomorskie, lubuskie, małopolskie, mazowieckie, opolskie, podkarpackie, podlaskie, pomorskie, śląskie, warmińsko-mazurskie), a w sześciu jest niższy (dolnośląskie, lubelskie, łódzkie, świętokrzyskie, wielkopolskie, zachodniopomorskie). Rozkład aptek w danym województwie jest więc różny i pokazuje regiony, w których są mniej lub bardziej korzystne warunki do prowadzenia biznesu. Na przestrzeni ostatnich lat warunki te ulegały nieustannym zmianom, na które istotny wpływ miała migracja personelu fachowego, zwłaszcza farmaceutów, spowodowana dużymi różnicami płacowymi. Różnice płacowe w poszczególnych regionach były na tyle istotne, że

obserwowano odpływ farmaceutów zwłaszcza z regionów wschodniej Polski. Powodowało to powstawanie niedoborów personelu farmaceutycznego w tych województwach, co bardziej uwidaczniało się w poszczególnych powiatach. Dostępność farmaceutów oraz ich skłonność do przemieszczania się w ramach poszczególnych powiatów pozwoliło wykorzystać sytuację demograficzną i lokować apteki w miejscach gwarantujących dogodniejsze warunki dla prowadzenia działalności (rysunek 9).



Rysunek 9. Liczba ludności na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny według powiatów w 2020 r.

Źródło: Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i ochrona*…, dz. cyt., s. 132.

Z analizy Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że najwięcej ludności na jedną aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny przypadało w powiatach wokół miast na prawach powiatu – skierniewickim, radomskim, siedleckim, przemyskim, łomżyńskim oraz powiecie kwidzyńskim (ponad 5000 osób)[154]. Natomiast najlepsza dostępność aptek i punktów aptecznych jest w powiatach: miasta Krosno, miasta Konin, miasta Świnoujście, miasta Tarnów, miasta Poznań i w powiecie kłobuckim (poniżej 2000 osób)[155]. Malejąca wartość wskaźnika liczby ludności przypadającej na 1 aptekę wpływa na wzrost natężenia procesów konkurencyjnych wśród podmiotów świadczących usługi

[154] Należy jednak pamiętać, że powiaty ziemskie wokół miasta na prawach powiatu mają swoją specyfikę polegającą na lokalizacji wielu usług publicznych w mieście na prawach powiatu. Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i ochrona*…, dz. cyt., s. 132.

[155] Tamże.

farmaceutyczne oraz wywołuje dążenia aptek już istniejących do ograniczania dostępu do rynku podmiotom do tego dążącym. W wyniku tego lobbingu w dniu 25 czerwca 2017 r. weszły w życie dodatkowe prawne ograniczenia możliwości lokowania nowych placówek, na skutek wprowadzenia m.in.:

- kryterium demograficznego – zezwolenie na prowadzenie apteki ogólnodostępnej wydaje się, jeżeli na dzień złożenia wniosku o wydanie zezwolenia liczba mieszkańców w danej gminie w przeliczeniu na jedną aptekę ogólnodostępną wynosi co najmniej 3000 osób[156];
- kryterium geograficznego – zezwolenie na prowadzenie apteki ogólnodostępnej wydaje się, jeżeli na dzień złożenia wniosku o wydanie zezwolenia (…) odległość od miejsca planowanej lokalizacji apteki do najbliższej funkcjonującej apteki ogólnodostępnej, liczona pomiędzy wejściami do izb ekspedycyjnych aptek w linii prostej, wynosi co najmniej 500 metrów[157];
- kryterium liczbowego – zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej nie wydaje się, jeżeli wnioskodawca, wspólnik lub partner spółki będącej wnioskodawcą jest wspólnikiem, w tym partnerem, w spółce lub spółkach, które prowadzą łącznie co najmniej 4 apteki ogólnodostępne, lub prowadzi co najmniej 4 apteki ogólnodostępne, albo podmiot lub podmioty przez niego kontrolowane w sposób bezpośredni lub pośredni, w szczególności podmiot lub podmioty zależne w rozumieniu przepisów o ochronie konkurencji i konsumentów, prowadzą co najmniej 4 apteki ogólnodostępne, lub jest członkiem grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, której członkowie prowadzą łącznie co najmniej 4 apteki ogólnodostępne)[158].

Oprócz liczby ludności istotną zmienną, wpływającą m.in. na warunki ekonomiczne, jest struktura wiekowa oraz tempo wzrostu populacji. Biorąc pod uwagę proces starzenia się polskiego społeczeństwa, zauważyć należy, że zmianie ulega struktura sprzedaży produktów farmaceutycznych w aptekach. Wpływa to na zmianę strategii placówek świadczących usługi farmaceutyczne, zmierzającą w kierunku odpowiedniego dostosowania polityki asortymentowej. Działania te opierają się na wzroście znaczenia procesu

[156] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 99 ust. 3b.
[157] Tamże.
[158] Tamże, *a contrario* art. 99 ust. 3a pkt 1–3.

segmentacji rynku, szczególnie dokonywanej według kryterium grup wiekowych[159]. Przedmiotowa segmentacja polega na oferowaniu dodatkowych korzyści poszczególnym grupom nabywców[160]:

- osobom starszym oferuje się dodatkowe specjalistyczne porady (związane z realizacją ich procesu farmakoterapii) oraz bezpłatne świadczenie usług prozdrowotnych (np. pomiar ciśnienia krwi);
- osobom w młodym i średnim wieku proponuje się dermokonsultacje (powiązane ze specjalną ofertą przedsiębiorstw kosmetycznych), suplementy diety oraz świadczone nieodpłatnie usługi pomiaru masy ciała i tkanki tłuszczowej, mierzenie wzrostu czy obliczanie wartości współczynnika BMI;
- dzieciom i młodzieży zapewnia się dostępność preparatów witaminowych oraz suplementów diety wzmacniających odporność.

Działania te wynikają ze statusu apteki ogólnodostępnej jako placówki ochrony zdrowia publicznego oraz z ewolucji procesu świadczenia usług farmaceutycznych, dokonywanych w celu „powiązania" klienta z konkretną apteką, aby w ten sposób zwiększyć skuteczność nowej strategii.

W Polsce od lat notuje się ujemny przyrost naturalny spowodowany starzeniem się społeczeństwa i zmniejszaniem się chęci posiadania dzieci. Powoduje to wzrost znaczenia ludzi w wieku 60 plus, którzy dysponują odpowiednimi dochodami, a przy tym mają szczególne potrzeby związane z usługami medycznymi i farmaceutycznymi. Tacy klienci wymagają dostosowania usług do preferencji tej grupy nabywców, która będzie zyskiwała na znaczeniu[161]. Odwrócenie niekorzystnych trendów demograficznych wymaga od państwa opracowania efektywnej strategii prodemograficznej, opartej na aktywnym wsparciu i partycypacji w ponoszonych przez rodziców wydatkach na dzieci. Kluczowymi przejawami tej aktywności mogą być:

- tworzenie warunków sprzyjających zakładaniu rodzin poprzez zapewnienie młodym ludziom dostępności do rynku pracy;

[159] Segmentacja na aptecznym rynku farmaceutycznym nie jest równoznaczna z oferowaniem asortymentu produktów wyłącznie dla jednego segmentu nabywców. Według ustawy Prawo farmaceutyczne apteki ogólnodostępne są obowiązane do posiadania produktów leczniczych i wyrobów medycznych w ilości i asortymencie niezbędnym do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych miejscowej ludności (Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 95 ust. 1).

[160] K. Żak, *Perspektywy rozwoju*…, dz. cyt., s. 155.

[161] Por. M.F. Guillen, *Jak ścieranie się najwyraźniejszych dzisiejszych trendów przekształci przyszłość wszystkiego*, Studio Emka, Warszawa 2021.

– zwiększenie stabilności zatrudnienia poprzez minimalizację rotacji pracowników;
– zwiększenie atrakcyjności warunków pracy poprzez wzrost poziomu wynagrodzeń i likwidację tzw. umów śmieciowych;
– poprawa warunków mieszkaniowych poprzez ustabilizowanie cen mieszkań i stworzenie systemu tanich kredytów mieszkaniowych;
– usprawnianie systemu opieki nad dziećmi poprzez wzrost dostępności do publicznych żłobków i przedszkoli;
– otwarcie się na migracje i przyjmowanie imigrantów, zwłaszcza z kręgów bliskich kulturowo, co może korzystnie wpłynąć na krajowy rynek pracy.

Bez skutecznego i aktywnego wsparcia państwa w tym zakresie trudno będzie odwrócić niekorzystne dla gospodarki trendy demograficzne. Dlatego należy uznać za uzasadnione działania zmierzające do zmiany polityki prodemograficznej państwa i optymalizacji prawa gospodarczego w kierunku tworzenia korzystnych warunków do prowadzenia działalności gospodarczej oraz zwiększania aktywności zawodowej i biznesowej ludzi młodych[162]. Wojna rosyjsko-ukraińska i związana z nią migracja ludności może również wpłynąć na warunki świadczenia usług w aptece, ponieważ pojawia się nowa grupa klientów, których potrzeby zdrowotne muszą zostać zaspokojone. Jeżeli ta migracja nie będzie miała charakteru przejściowego, to może pozytywnie wpłynąć na zmianę struktury ludności i ożywić gospodarkę oraz rynek pracy, na którym brakuje specjalistów. Umożliwienie zatrudniania farmaceutów z Ukrainy może zminimalizować niedobory personelu fachowego aptek i przez to pozytywnie wpłynąć na jakość świadczenia usług farmaceutycznych w aptekach ogólnodostępnych.

1.4.5. Warunki społeczne (socjokulturowe, społeczno-kulturowe)

Warunki społeczne (typologia: M.J. Hatch, J.A.F. Stoner, R.E. Freeman, D.R. Gilbert Jr., C. W. Hill, G.R. Jones, M. Romanowska, T. Taranko), socjokulturowe (typologia: R.M. Grant), społeczno-kulturowe (typologia: R.W. Griffin, Ph. Kotler, L. Garbarski, I. Rutkowski, W. Wrzosek) obejmują różnorodne czynniki charakteryzujące warunki życia mieszkańców danego regionu, takie jak obyczaje, nawyki, wartości i cechy demograficzne społeczeństwa[163]. Wpływają one na wierzenia, wartości i normy mieszkańców da-

[162] K. Żak, *Wpływ zmian*…, dz. cyt., s. 397.
[163] Por. R.W. Griffin, *Podstawy zarządzania*…, dz. cyt., s. 78.

nego regionu oraz na światopogląd definiujący ich podejście do organizacji, społeczeństwa, natury, który ludzie podświadomie przyjmują z otoczenia[164]. W tej kategorii klasyfikuje się czynniki wpływające na zachowania nabywców na rynku[165]:

- poziom kultury materialnej i niematerialnej społeczeństwa;
- normy kulturowe i związane z nimi systemy wartości;
- świadomość społeczną w odniesieniu do ochrony zasobów środowiska naturalnego;
- religię, przyzwyczajenia, tradycje, postawy społeczne, podatność na nowe wzorce zachowań i modę;
- poziom wykształcenia społeczeństwa, postawy wobec przedsiębiorczości i bogactwa, gospodarowanie czasem;
- problemy społeczne: bezrobocie, nierówności społeczne, regiony zagrożone ubóstwem, zagrożenia zdrowotne, zaniedbania w kulturze i edukacji, bariery mentalnościowe.

Wymiar społeczny (społeczno-kulturowy, socjokulturowy) oddziałuje również na przedsiębiorczość, ponieważ wywiera wpływ na kulturę prowadzenia działalności gospodarczej (w zakresie postaw przedsiębiorców wobec kontrahentów, klientów oraz konkurentów) oraz na jakość relacji biznesowych, uczciwość, poszanowanie prawa oraz postawy wobec cudzej własności[166].

Wymiar społeczny jest bardzo istotny dla procesu świadczenia usług farmaceutycznych, albowiem uczestniczą w nim farmaceuci – przedstawiciele zawodu zaufania publicznego, który został wyniesiony do rangi samodzielnego zawodu medycznego. W pracy farmaceuty najistotniejszą rolę odgrywają akceptacja i zaufanie lokalnej społeczności, od której świadomości, postaw i zachowań uzależniony jest wymiar ekonomiczny funkcjonowania apteki. Kodeks Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej charakteryzując stosunek aptekarza do pacjenta, kładzie nacisk na zaufanie, odpowiedzialność i zachowanie tajemnicy zawodowej[167]. Natomiast wymiar prawny obliguje apteki do uwzględniania zaspokajania potrzeb miejscowej ludności,

[164] Ph. Kotler, J. Shalowitz, R.J. Stevens, *Marketing strategiczny*…, dz. cyt., s. 20.

[165] T. Taranko, *Analiza warunków…*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Koncepcja...*, dz. cyt., s. 72.

[166] Tamże.

[167] Kodeks Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej, uchwała Nr VI/25/2012 VI Krajowego Zjazdu Aptekarzy z dnia 22 stycznia 2012 r., Biuletyn Nr VI/1/2012 Naczelnej Rady Aptekarskiej, art. 6–7, 10.

zarówno w zakresie godzin otwarcia i dostępności asortymentu, jak również charakteru świadczenia usług czy poziomu cen[168].

W wypadku gdy organ właścicielski zarządza więcej niż jedną apteką i dodatkowo podmioty zlokalizowane są w różnych regionach (województwach, powiatach, miastach, gminach), to taką siecią apteczną należy umiejętnie zarządzać. Nie powinno się przenosić strategii działania i sposobu zarządzania bezpośrednio z jednej apteki na drugą, albowiem działania akceptowane w jednym regionie niekoniecznie zostaną zaakceptowane w innym miejscu. Z tego względu należy dostosowywać model prowadzenia działalności do konkretnej lokalizacji, uwzględniając potrzeby i oczekiwania miejscowej ludności. Personel apteki powinien doskonalić umiejętności w rozpoznawaniu potrzeb pacjentów wchodzących do apteki i budować dobre relacje na linii farmaceuta – pacjent[169]. Można to osiągnąć tylko wtedy, gdy spełni się oczekiwania pacjenta i w sposób najbardziej skuteczny zaspokoi jego potrzeby.

1.4.6. Warunki technologiczne (techniczno-technologiczne, przyrodniczo-techniczne)

Warunki technologiczne (typologia: M.J. Hatch, R.M. Grant, J.A.F. Stoner, R.E. Freeman, D.R. Gilbert Jr., R.W. Griffin, Ph. Kotler, C.W. Hill, G.R. Jones, M. Romanowska), technologiczno-techniczne (typologia: T. Taranko), przyrodniczo-techniczne (typologia: L. Garbarski, I. Rutkowski, W. Wrzosek) to siły kreujące nowe, innowacyjne technologie i wspierające powstawanie nowych produktów, zwiększając szanse rynkowe[170]. Wymiar technologiczny stanowi ważną kategorię makrootoczenia, ponieważ szeroko oddziałuje na funkcjonowanie przedsiębiorstwa i daje nowe możliwości w zakresie[171]:

- powstawania nowych technologii produkcji i nowych zastosowań w procesach produkcyjnych (np. robotyzacja procesów produkcyjnych, biotechnologie w procesach przetwarzania żywności);
- kreowania nowych produktów i innowacyjnych rozwiązań w zakresie zaspokajania potrzeb (np. nowe generacje produktów leczniczych,

[168] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 92, 94–96; Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, Dz.U. z 2011 r. Nr 122, poz. 696, ze zm., art. 6–8, 13–15.

[169] H. Mruk, *Metody analizy…*, dz. cyt., s. 41.

[170] Por. Ph. Kotler, G. Armstrong, J. Saunders, V. Wong, *Marketing. Podręcznik…*, dz. cyt., s. 201–204.

[171] T. Taranko, *Analiza warunków…*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Koncepcja...*, dz. cyt., s. 73.

innowacyjne opakowania leków, zaawansowana diagnostyka i formy operowania w medycynie);
- stosowania nowych systemów i technologii obsługi nabywców (np. roboty apteczne, e-recepta, bankowość elektroniczna);
- podniesienia sprawności i wydajności procesów produkcyjnych i logistycznych (np. systemy sterowania produkcją, systemy logistyczne);
- pokonywania barier przestrzennych w realizacji procesów obsługi rynku (np. apteki internetowe, handel i usługi elektroniczne).

Monitoring nowych rozwiązań technologicznych staje się coraz bardziej istotny w prowadzeniu działalności operacyjnej, ponieważ ich zaimplementowanie zwiększa szanse przedsiębiorstwa w procesach konkurencyjnych na rynku. Bowiem, jak słusznie zauważył M.E. Porter, technologia może być ważnym elementem w konkurowaniu, jeśli wpływa na przewagę konkurencyjną przedsiębiorstwa lub strukturę przemysłu[172].

Analiza specyfiki rynku medycznego rozpatrywana pod kątem innowacyjności wskazuje, że na znaczeniu zyskują technologie medyczne, które umożliwiają przedłużanie życia lub poprawę stanu zdrowia pacjentów. Jednak współczesne systemy ochrony zdrowia borykają się z problemem rozbieżności między popytem na opiekę zdrowotną a poziomem dostępnych środków, stąd ważną rolę w procesie rozwoju nowych technologii powinni odgrywać menedżerowie[173]. Postępująca technicyzacja medycyny oraz upowszechnienie się mechanizmu rynkowego (szczególnie w sektorze prywatnej opieki zdrowotnej) powodują, że zakłady opieki zdrowotnej prowadzą ostrą konkurencję w zakresie wyposażenia w urządzenia i aparaturę medyczną. Rozwój technologiczny w opiece zdrowotnej generuje wysokie koszty, co powoduje wzrost cen stosowanych urządzeń i technologii przy jednoczesnym skracaniu się cyklu życia produktów[174].

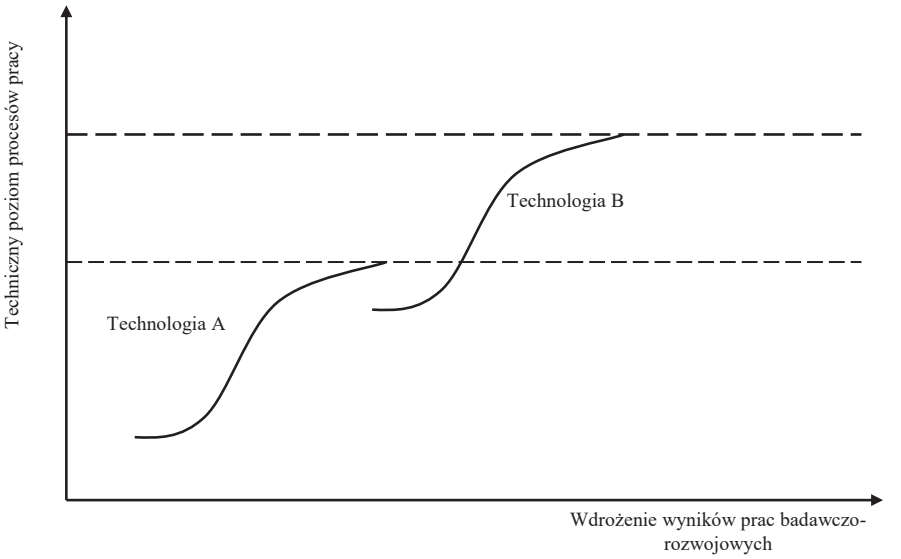
Technologie, podobnie jak produkty i usługi, wykazują zwykle przebieg cykliczny o różnej dynamice wzrostu. Parametry wydajnościowe technologii początkowo rosną w tempie rosnącym, aby osiągnąć granicę, od

[172] M.E. Porter, *Technology and competitive advantage*, "Journal of Business Strategy" 1985, 5 (3), p. 61.

[173] R. McDonald, T. Walley, *Zarządzanie technologiami medycznymi i innowacjami w opiece zdrowotnej*, [w:] Walshe K., Smith J. (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej* (108–126), Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011, s. 108.

[174] J. Klich, M. Kautsch, *Elementy otoczenia organizacji*, [w:] Kautsch M. (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania* (101–112), Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2010, s. 104.

której rosną w tempie malejącym, co sprawia, że efekty technologiczne są niewielkie (wyczerpują się możliwości technologii – rysunek 10)[175].



Rysunek 10. Cykl życia technologii

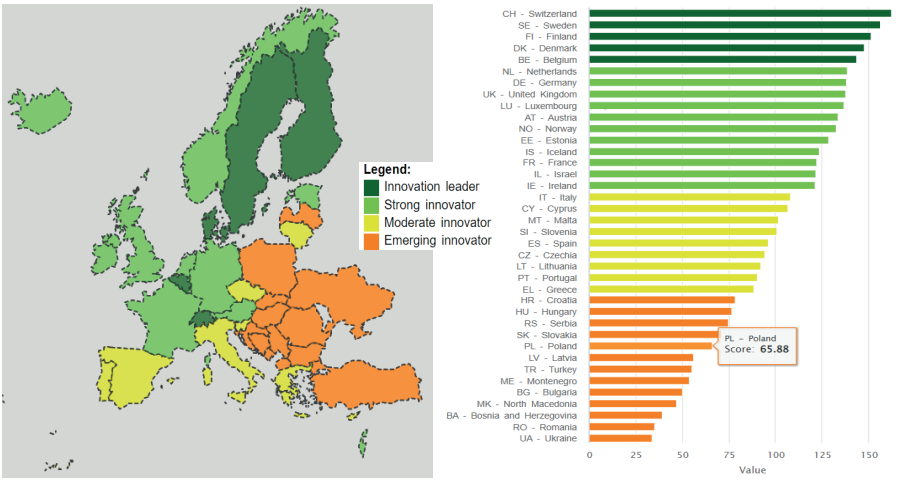
Źródło: H. Steinmann, G. Schreyögg, *Zarządzanie. Podstawy…*, dz. cyt., s. 125.

Analizując cykl życia technologii, można zauważyć, że od pewnego punktu (momentu) nowsza technologia (technologia B) zastępuje technologię starszą (technologia A). Skracanie się cyklu życia technologii wpływa na wzrost potrzeb inwestycyjnych placówek ochrony zdrowia. Wzrost potrzeb inwestycyjnych w sektorze publicznej opieki zdrowotnej w zakresie modernizacji technologicznej wymaga dokapitalizowania, a co za tym idzie: zgody czynnika politycznego (organu właścicielskiego). Uzależnia to zatem wymiar technologiczny opieki zdrowotnej od sfery politycznej i wymiaru ekonomicznego.

Problem rozwoju opieki zdrowotnej w Polsce stanowi ograniczenie dostępu do innowacji, co zostało potwierdzone przez ogólnoeuropejskie badania, stanowiące podstawę do tworzenia indeksów mierzących poziom innowacyjności. Miejsce Polski w rankingu na tle pozostałych krajów Europy przedstawia rysunek 11. Na podstawie indeksu innowacyjności obliczonego w 2021 r. można zauważyć, że średni poziom innowacyjności polskiej gospodarki jest o wiele niższy w porównaniu do bardziej rozwiniętych krajów

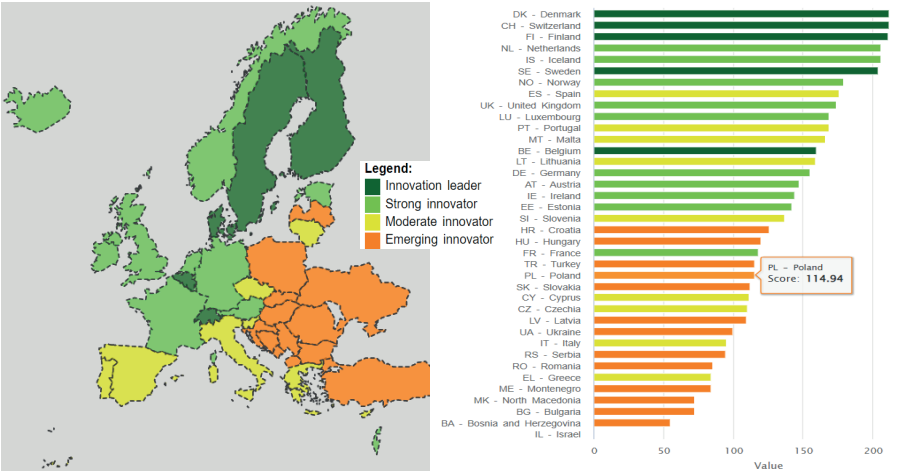
[175] H. Steinmann, G. Schreyögg, *Zarządzanie. Podstawy…*, dz. cyt., s. 125.

Europy oraz średniej wartości dla państw europejskich. Podobnie przedstawia się sytuacja w odniesieniu do cyfryzacji (rysunek 12).



Rysunek 11. Miejsce Polski w sumarycznym rankingu innowacyjności w 2021 r.

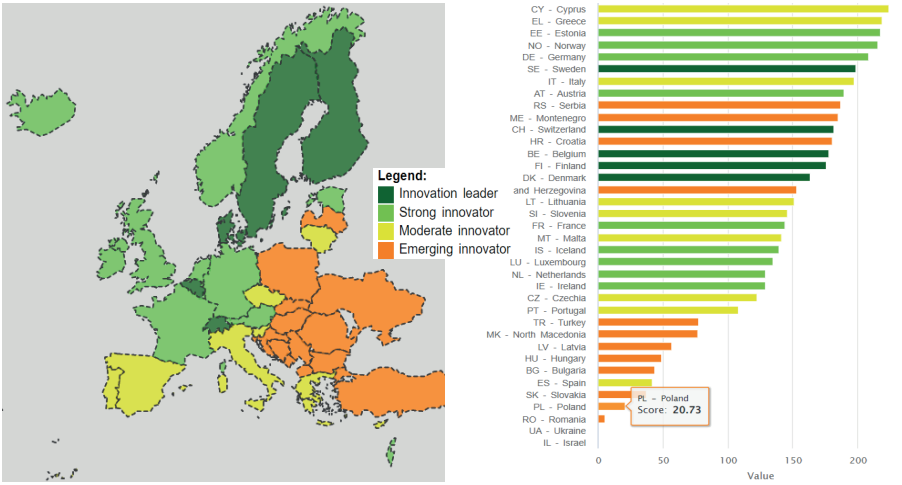
Źródło: Komisja Europejska, *Regional innovation scoreboard 2021.* Pobrano z: https://ec.europa.eu/ (dostęp: 18.07.2022).



Rysunek 12. Miejsce Polski w rankingu cyfryzacji w 2021 r.

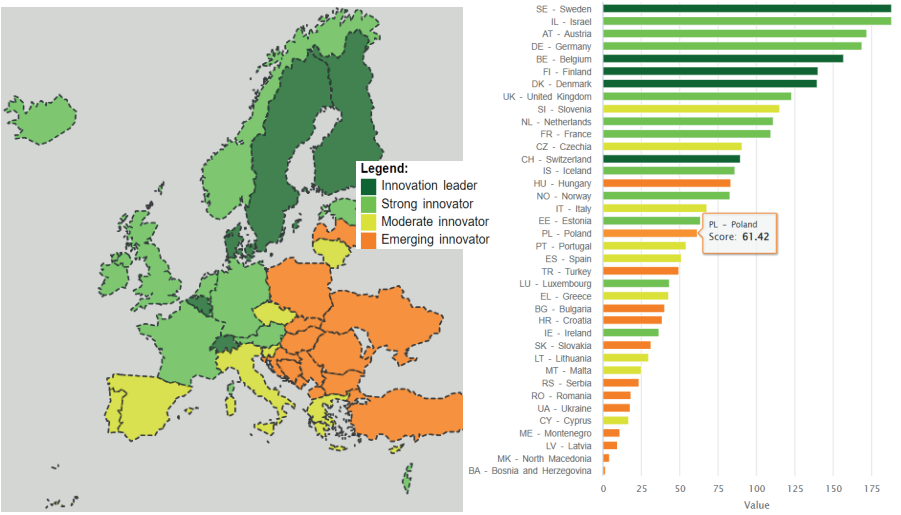
Źródło: Komisja Europejska, *Regional innovation scoreboard 2021.* Pobrano z: https://ec.europa.eu/ (dostęp: 18.07.2022).

Natomiast Polska bardzo słabo prezentuje się na tle państw europejskich w rankingu innowatorów (rysunek 13). Trochę lepiej przedstawia się sytuacja nakładów na badania i rozwój w sektorze przedsiębiorstw (rysunek 14).



Rysunek 13. Miejsce Polski w rankingu innowatorów w 2021 r.

Źródło: Komisja Europejska, *Regional innovation scoreboard 2021.* Pobrano z: https://ec.europa.eu/ (dostęp: 18.07.2022).

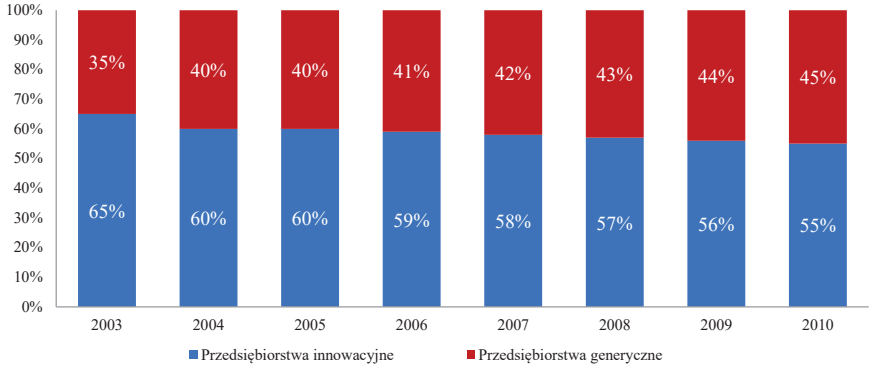


Rysunek 14. Ranking nakładów na B+R w sektorze przedsiębiorstw w 2021 r.

Źródło: Komisja Europejska, *Regional innovation scoreboard 2021.* Pobrano z: https://ec.europa.eu/ (dostęp: 18.07.2022).

Porównując miejsce Polski w rankingu innowatorów z wydatkami na badania i rozwój polskich przedsiębiorstw, zauważyć należy, że pomimo wyższych nakładów na badania i rozwój polskich przedsiębiorstw Polska plasuje się na przedostatnim miejscu wśród innowatorów (przed Rumunią). Wskazuje to na niewielki potencjał prywatnych ośrodków badawczo-rozwojowych, które

pomimo rosnącego finansowania nie generują wartościowych innowacji. Ta sytuacja również nie powinna zaskakiwać, jeżeli dokona się zestawienia polskiego potencjału innowacyjnego (instytutów badawczych polskich uczelni wyższych) z różnego rodzaju międzynarodowymi rankingami. Niestety, takie porównania nie wypadają korzystnie dla polskich podmiotów. Poprawa pozycji Polski w rankingu wymaga położenia większego nacisku na strategiczne wsparcie dla promocji innowacji w Polsce, ponieważ na rynku aptecznym Rx przedsiębiorstwa oferujące innowacyjne produkty lecznicze od lat generują ponad 50% wartości rynku, choć ich udział systematycznie spada (rysunek 15).

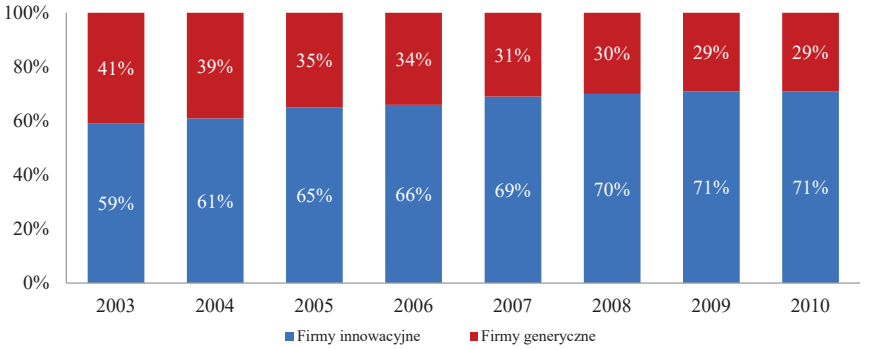


Ceny producenta netto (PLN). Definicja przedsiębiorstwa innowacyjnego: wartość sprzedaży na rynku farmaceutycznym (rynek leków: apteczny i szpitalny) leków innowacyjnych w 2010 r. stanowiła 50% i więcej wartości portfela przedsiębiorstwa. W przypadku korporacji wieloorganizacyjnych analizowana była wartość sprzedaży przedsiębiorstwa „matki".

Rysunek 15. Udział wartościowy na rynku aptecznym Rx

Źródło: IMS Health, *Dane narodowe 05/2011*, [w:] Pricewaterhouse Coopers, *Wkład innowacyjnego…*, dz. cyt., s. 20.

Na rynku szpitalnym można zaobserwować tendencję odwrotną, w porównaniu z rynkiem aptecznym Rx (rysunek 16). Wzrost udziału wartościowego przedsiębiorstw innowacyjnych w rynku szpitalnym świadczy o realizacji programu poprawy innowacyjności jako celu polityki zdrowotnej państwa, choć można mieć zastrzeżenia odnośnie do tempa wprowadzanych zmian. Na rynku aptecznym Rx udział wartościowy przedsiębiorstw innowacyjnych od wielu lat sukcesywnie maleje, co pokazuje, że Polska nie stawia na innowacje w procesie farmakoterapii. Jakość farmakoterapii jest wyznaczana poprzez dostępność do innowacyjnych produktów leczniczych umożliwiających skuteczne leczenie schorzeń i chorób oraz implementację nowoczesnych rozwiązań w systemie opakowań leków ułatwiających nadzór nad procesem farmakoterapii.



Ceny producenta netto (PLN), rynek szpitalny.

Rysunek 16. Udział wartościowy w rynku szpitalnym

Źródło: IMS Health, *Dane narodowe 05/2011*, [w:] Pricewaterhouse Coopers, *Wkład innowacyjnego…*, dz. cyt., s. 20.

W odniesieniu do rynku aptek wymiar techniczny sprzyja powstawaniu nowoczesnych urządzeń wspomagających wytwarzanie leków recepturowych (unguatory, loże z nawiewem laminarnym, suszarki do sterylizacji, wagi elektroniczne itp.) oraz zwiększających funkcjonalność wnętrza (automatyczny system wewnętrzny – urządzenie do podawania leków z zaplecza na tzw. pierwszy stół itp.)[176]. W kontekście użytkowania tzw. zaplecza technologicznego wykorzystywane są urządzenia wspomagające proces sprzedaży[177]:

- komputery ze specjalnym oprogramowaniem (np. przedsiębiorstwa Kamsoft: KS-AOW, KS-ZSA) umożliwiające m.in. rejestrację sprzedaży leków, zamawianie towaru i analizy (sprzedaży, stanów magazynowych, natężenia ruchu itp.);
- czytniki i drukarki kodów kreskowych oraz drukarki fiskalne;
- telefony, faksy itp.

Rejestracja sprzedaży z wykorzystaniem systemów transakcyjnych oraz klasy BI (ang. *Business Intelligence*) umożliwia gromadzenie danych handlowych, które ułatwiają analizy i podejmowanie odpowiednich decyzji biznesowych. Nowoczesne oprogramowanie umożliwia wyświetlanie na ekranie komputera informacji dotyczących interakcji między lekami, sugestii odnośnie do zamienników, co znacznie ułatwia sprawowanie opieki farmaceutycznej i świadczenie usług farmaceutycznych.

[176] K. Żak, *Działania marketingowe...*, dz. cyt., s. 76.
[177] Tamże.

Innowacyjnym rozwiązaniem, wpływającym na jakość procesu komunikacji na linii lekarz – farmaceuta – pacjent jest tzw. system elektronicznej recepty, zaimplementowany w 2019 r. w ramach rządowego programu e-Zdrowie (System e-zdrowie (P1)). System e-zdrowie (P1) umożliwia zarządzanie danymi pacjentów poprzez gromadzenie, przetwarzanie i udostępnianie zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych pacjentów oraz indeksów elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM). Obejmuje on zasięgiem wszystkie podmioty medyczne, niezależnie od źródła finansowania udzielanych w nich świadczeń[178]. System e-zdrowie (P1) tworzą[179]:

- cyfrowe usługi (e-recepta, e-skierowanie, EDM, ZM);
- aplikacje (Internetowe Konto Pacjenta, mojeIKP, gabinet.gov.pl);
- rozwiązania usprawniające procesy planowania i realizacji świadczeń ochrony zdrowia.

System e-zdrowie (P1) wspiera codzienną pracę podmiotów leczniczych, pracowników medycznych i administracji publicznej odpowiedzialnej za funkcjonowanie sektora ochrony zdrowia w Polsce, a pacjentom dostarcza instrumenty ułatwiające zarządzanie zdrowiem swoim oraz bliskich[180]. Farmaceuta w procesie zarządzania farmakoterapią pacjenta ma jedynie możliwość pobrania z systemu e-recepty, po zrealizowaniu której do systemu przekazywany jest dokument realizacji recepty (DRR).

Zastosowanie innowacji w procesie świadczenia usług farmaceutycznych zwiększa skuteczność procesu leczenia pacjenta i przez to wpływa na wzrost efektywności systemu ochrony zdrowia publicznego. Nowoczesne technologie umożliwiają tworzenie innowacyjnych opakowań leków, których funkcjonalność została poszerzona o możliwość zdalnej kontroli efektów farmakoterapii (rysunki 17–18), dodatkowe systemy zabezpieczeń (np. przed dziećmi – rysunki 19–21) czy wskaźniki dawkowania (rysunek 22).

Zaawansowane systemy monitorowania procesu farmakoterapii to połączenie blistra i składanego kartonu, które pozwala na umieszczenie czipu pamięci, tworząc tym samym urządzenie do zbierania danych, umożliwiające rejestrację czasu i daty, pokazując, kiedy tabletka jest usuwana z opakowania (rysunek 17). Zaszyfrowana w układzie pamięci informacja może zostać pobrana i przekazana za pomocą czytnika, który można połączyć

[178] Centrum e-Zdrowia, *System e-zdrowie (P1)*. Pobrano z: https://www.cez.gov.p (dostęp: 17.07.2022).
[179] Tamże.
[180] Tamże.

z komputerem przez port USB[181]. Za pomocą Internetu informacje mogą być przesyłane, a następnie bezpiecznie analizowane przez lekarza z zachowaniem procedur bezpieczeństwa przesyłu danych (poprzez login i hasło dostępu)[182]. Szwedzki system Cypak umożliwia uzyskanie danych w czasie rzeczywistym i usprawnia proces zarządzania farmakoterapią pacjenta, ponieważ daje informację lekarzowi na temat efektów farmakoterapii i ewentualnych skutków ubocznych[183].



Rysunek 17. Zdalna kontrola efektów farmakoterapii – system Cypak

Źródło: P. Prashant, *Recent trends in pharmaceutical packaging*, opublikowany 29.08.2012. Pobrano z: http://www.authorstream.com/ (dostęp: 18.07.2022).

Bardziej zaawansowanym modułem jest system Pharma DDSi Wireless, stworzony przez fiński koncern Stora Enso, wykorzystujący do przesyłu danych farbę przewodzącą impulsy elektryczne oraz wkładkę blister połączoną z modułem komórkowym. Informacja o tabletce opuszczającej opakowanie jest w czasie rzeczywistym przesyłana do modułu komórkowego, skąd za pomocą technologii bezprzewodowej typu GSM lub GPRS jest przekazywana do systemu elektronicznego zapisu (rysunek 18)[184].

[181] K. Żak, *Innowacyjne opakowania i produkty lecznicze – nowoczesne technologie a zarządzanie procesem farmakoterapii*, [w:] Walaszczyk A., Jałmużna I., Lewandowski J. (red.), *Zarządzanie i bezpieczeństwo w łańcuchu żywnościowym* (217–232), Wydawnictwo Politechniki Łódzkiej, Łódź 2016, s. 224.

[182] R. Lingle, *Electronic paperboard blister*, "Packaging Word", 30.11.2004. Pobrano z: https://www.packworld.com/ (dostęp: 18.07.2022).

[183] S. Wasim Raja, S. Brito Raj, C. Sreedhar, E. Kalaam, B. Nagendra Babu, P. Srikanth, G. Harsha Vardhan, M. Vishnupriya, K. Bhaskar Reddy, *Innovations in pharmaceutical packaging – an update*, "International Journal of Advanced Biomedical & Pharmaceutical Research" 2012, 1 (1), p. 31.

[184] K. Żak, *Innowacyjne opakowania…*, dz. cyt., s. 224.



Rysunek 18. Zdalna kontrola efektów farmakoterapii – system Stora Enso Pharma DDSi Wireless

Źródło: P. Prashant, *Recent trends in pharmaceutical packaging*, opublikowany 29.08.2012. Pobrano z: http://www.authorstream.com/ (dostęp: 18.07.2022).

System Stora Enso Pharma DDSi Wireless umożliwia skuteczniejsze zarządzanie procesem farmakoterapii, albowiem pozwala na wysyłanie wiadomości głosowych lub tekstowych (SMS) do pacjentów oraz na poinformowanie lekarza, gdy ważny lek nie został zaaplikowany na czas (o czym informuje system). Użytkownik systemu (pacjent) ma również możliwość dokonania wyboru adresata komunikatów, dzięki czemu członkowie rodzin, farmaceuci i lekarze mogą zapewnić bardziej efektywny nadzór nad procesem farmakoterapii oraz interweniować w sytuacji, gdy niezbędne są zmiany w kuracji[185].

Innowacyjny charakter mają również opakowania chroniące zawartość i zaprojektowane w taki sposób, aby uniemożliwić dokonanie otwarcia przez dzieci. Rozwiązanie takie jest zalecane wtedy, kiedy produkt może zawierać substancje wysoce toksyczne, niebezpieczne dla życia i zdrowia dziecka. Idea tworzenia tego typu opakowań polega na uniemożliwieniu dziecku dostania się do zawartości, co dla osoby dorosłej nie powinno stanowić żadnego problemu. Opakowania tego typu powinny umożliwiać wielokrotne otwieranie i zamykanie bez utraty funkcji ochronnej. Przykładem takiego opakowania jest system Locked4Kids, którego zasada działania oparta jest na prostej koncepcji nacisku na dwa punkty, co umożliwia bezpieczne otwarcie i dostęp do zawartości (rysunek 19).

[185] P. Dopart, *Stora Enso Pharma DDSi Wireless – nowe opakowanie dla branży medycznej*, 10.03.2011, pobrano z: signs.pl (dostęp: 18.07.2022).



Rysunek 19. Opakowanie Locked4Kids

Źródło: Locked4Kids, *Difficult for children. Easy for adults*, 2022. Pobrano z: https://locked-4kids.com/ (dostęp: 18.07.2022).

Podobne rozwiązanie zostało zastosowane w opakowaniu typu CR (*child resistant*) brytyjskiego przedsiębiorstwa Burgopak (rysunek 20), jednak w tym przypadku blister oraz ulotka są zintegrowane z zewnętrznym pudełkiem, co ma zapewnić, że produkt nigdy nie zostanie rozdzielony ze swoim opakowaniem[186].



Rysunek 20. Dodatkowe systemy zabezpieczeń – blister CR (child resistant) Burgopak

Źródło: P.D. Sherkar, V.K. Ghume, R.N. Kachave, *Innovative pharmaceutical packaging technology*, "World Journal of Advance Healthcare Research" 2020, 4 (6), p. 28.

[186] S. Wasim Raja, S. Brito Raj, C. Sreedhar, E. Kalaam, B. Nagendra Babu, P. Srikanth, G. Harsha Vardhan, M. Vishnupriya, K. Bhaskar Reddy, *Innovations in pharmaceutical…*, dz. cyt., s. 33.

Od 2006 r. dostępne są na rynku opakowania wielokrotnego zamykania, złożone z kartonu odpornego na rozerwanie (*small hands resistant* – SHR), służące do przechowywania wysoce toksycznych leków (rysunek 21).



Rysunek 21. Opakowanie SHR Stora Enso

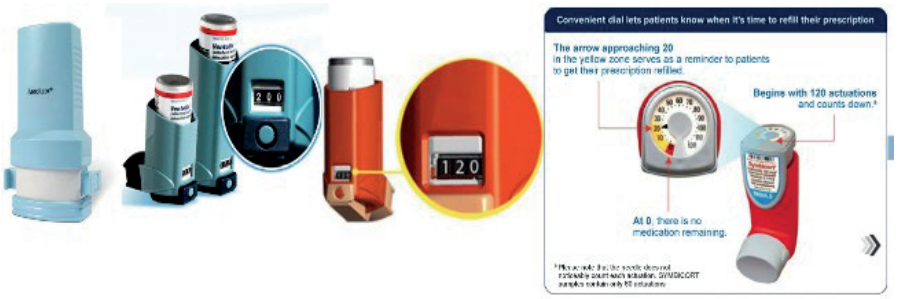
Źródło: P.D. Sherkar, V.K. Ghume, R.N. Kachave, *Innovative pharmaceutical…*, dz. cyt.

Opakowanie Stora Enso Pharma SHR składa się z dwuczęściowego szczelnego kartonu wielokrotnego zamykania, odpornego na uszkodzenia (złamanie) i zawierającego w środku blister. Aby otworzyć opakowanie, należy wcisnąć dwa punkty (wycięcia, przyciski) i pociągnąć (wysunąć) blister. Szerokość opakowania stanowi dodatkowy element zabezpieczający przed niepożądanym otwarciem ze strony dziecka (uniemożliwia dziecku jego uchwycenie i wciśnięcie dwóch przycisków oraz pociągnięcie za zakładkę w tym samym czasie)[187].

Innowacje mogą zostać również zaimplementowane do urządzeń, które od lat funkcjonują w obiegu, jak np. inhalatory. Zwiększa to funkcjonalność tych urządzeń i powoduje wzrost zadowolenia użytkowników. Zmodyfikowane w ten sposób inhalatory są urządzeniami łatwymi w użytkowaniu, umożliwiają aplikację pojedynczej dawki leku oraz posiadają wskaźnik dawkowania (rysunek 22).

Dodanie do tak prostego urządzenia, jakim jest inhalator, wskaźnika dawkowania znacznie ułatwia pacjentowi kontrolę nad zażywaniem leków, ponieważ pokazuje, ile dawek pozostało jeszcze do użycia. Minimalizuje to ryzyko powstania sytuacji, w której pacjent używałby urządzenia niezawierającego leku, co jest istotne zwłaszcza w przypadku kontroli zażywania leków przez seniorów[188].

[187] K. Żak, *Innowacyjne opakowania…*, dz. cyt., s. 227.
[188] Tamże.



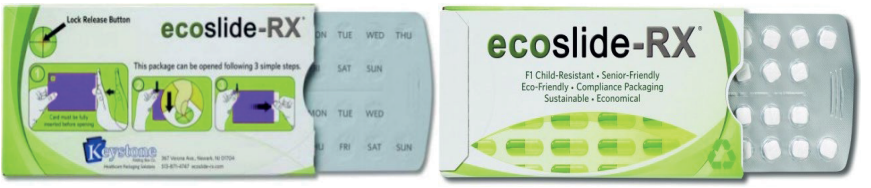
Rysunek 22. Wskaźniki dawkowania na inhalatorach

Źródło: S. Wasim Raja, S. Brito Raj, C. Sreedhar, E. Kalaam, B. Nagendra Babu, P. Srikanth, G. Harsha Vardhan, M. Vishnupriya, K. Bhaskar Reddy, *Innovations in pharmaceutical…*, dz. cyt., s. 33.

Rozwój technologiczny sprzyja również powstawaniu opakowań przyjaznych środowisku, które są konstruowane w oparciu o materiały biodegradowalne w przyrodzie: papier/karton (najlepiej z recyklingu) oraz skrobię kukurydzianą, która stanowi doskonałą alternatywę dla plastiku. Wyzwaniem dla produkcji opakowań przyjaznych dla środowiska naturalnego jest koncentracja na wynalezieniu takiego materiału, który łączyłby właściwości metalu, szkła, tworzyw sztucznych, papieru i gumy[189]. Od 2011 r. dostępne są na rynku opakowania przyjazne środowisku ecoslide-RX, wyprodukowane przez amerykańskie korporacje Keystone Folding Box Co. i Legacy Pharmaceutical Packaging (rysunek 23).

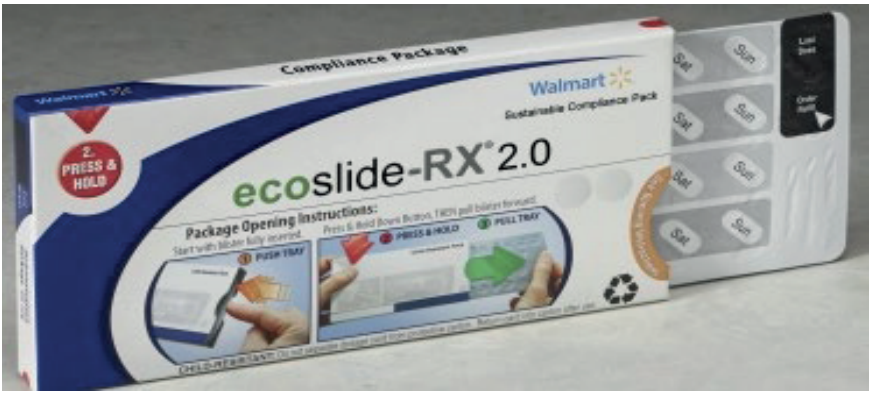
Opakowanie ecoslide-Rx jest biodegradowalne (*eco-friendly*, *sustainable*), w całości wyprodukowane z materiałów pochodzących z recyklingu (*economical*, *compliance packing*), zawiera stosowne zabezpieczenia chroniące przed dostępem ze strony małych dzieci (*child resistant* i *small hand resistant*) oraz jest „przyjazne dla osób starszych" (*senior friendly* – SF). W wersji 2.0 przeprojektowano w nim funkcję blokady, ulepszono grafikę oraz poprawiono instrukcję obsługi (rysunek 24).

[189] A. Singh, P.K. Sharma, R. Malviya, *Eco Friendly Pharmaceutical Packaging Material*, "World Applied Sciences Journal" 2011, 14 (11), p. 1712.



Rysunek 23. Opakowanie przyjazne środowisku ecoslide-RX

Źródło: Keystone Folding Box Company, *Ecoslide-RX.* Pobrano z: https://www.ecoslide-rx.com/ (dostęp: 18.07.2022).



Rysunek 24. Ecoslide-RX 2.0 Keystone Folding Box Co.

Źródło: American Pharmaceutical Review, *Keystone Folding Box Co. Launches Ecoslide-RX 2.0 Compliance Package*, 6.01.2015. Pobrano z: https://www.americanpharmaceuticalreview.com/ (dostęp: 18.07.2022).

Innowacyjne systemy „elektronicznych opakowań" umożliwiają lekarzom i farmaceutom większy zakres kontroli nad przestrzeganiem zaleceń terapeutycznych oraz ilością zażywanych przez pacjenta leków, pozwalając uniknąć ordynacji lekarskich mogących spowodować powstanie niepożądanych interakcji lekowych. Jest to istotne ułatwienie nadzoru nad farmakoterapią pacjenta w sytuacji, kiedy pacjent jest leczony przez kilku specjalistów. Według badań Pentor Research International „co czwarty chory przewlekle nie stosował się do zaleceń lekarza i zdarzały mu się sytuacje wykorzystania tylko części przepisanego opakowania lub też wykorzystania niektórych lub tylko jednego z przepisanych leków"[190]. Natomiast „częstość hospitalizacji

[190] Pentor Research International, *Postawy pacjentów wobec zaleceń lekarskich w terapii chorób przewlekłych*, [w:] *Polskiego pacjenta portret własny. Raport o przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych przez polskich pacjentów*, Fundacja na rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny, Warszawa 2010, s. 7.

wynikających z działań niepożądanych stosowania leków (ang. *Adverse Drug Reactions* – ADRs) waha się – według różnych autorów – od 3 do 17%"[191].

W efektywnym zarządzaniu farmakoterapią można wykorzystać systemy sztucznej inteligencji, które umożliwiają bieżący monitoring parametrów zdrowotnych pacjenta, np. poziom cukru czy stan rozruszników serca[192]. Podłączenie dodatkowo do tego systemu innowacyjnych opakowań leków ułatwi lekarzowi nadzór nad procesem stosowania leków i znacznie ułatwi współpracę na linii lekarz – pacjent – farmaceuta.

1.4.7. Warunki naturalne (fizyczne)

Warunki naturalne (typologia: M.J. Hatch, R.M. Grant, Ph. Kotler, T. Taranko) stanowią połączenie środowiska naturalnego i jego zasobów z rynkowym funkcjonowaniem przedsiębiorstwa poprzez wpływ[193]:

- ukształtowania przestrzennego i geologicznego na lokalizację działalności gospodarczej;
- uwarunkowań kształtujących ilość, jakość i dostępność zasobów naturalnych oraz warunki ich eksploatowania, co pośrednio wpływa na koszty energii, transportu i czynników produkcji;
- warunków klimatycznych na działalność gospodarczą, które determinują m.in. sezonowość sprzedaży.

Wpływ środowiska naturalnego na warunki prowadzenia działalności gospodarczej może mieć dwojaki charakter:

- pasywny: bierna postawa wobec środowiska naturalnego (nie niszczyć, nie zatruwać, nie szkodzić itp.);
- aktywny: proekologiczne zaangażowanie przedsiębiorstw, związane z ponoszeniem dodatkowych kosztów dotyczących neutralizacji i utylizacji substancji niebezpiecznych i szkodliwych dla środowiska oraz podejmowanie aktywności i promowanie inicjatyw w kierunku neutralności środowiskowej, np. poprzez:
  - zeroemisyjność produkcyjną,
  - stosowanie materiałów (czynników produkcji) z recyklingu,
  - wytwarzanie produktów przyjaznych środowisku,

[191] K. Wieczorowska-Tobis, *Hospitalizacja osób starszych jako efekt działań niepożądanych stosowania leków*, „Geriatria" 2011, 5, s. 122.

[192] Por. E. Topol, *Medycyna głęboka. Jak sztuczna inteligencja może ponownie uczynić opiekę zdrowotną ludzką*, ITEM Publishing, Warszawa 2021.

[193] T. Taranko, *Analiza warunków…*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Koncepcja...*, dz. cyt., s. 73.

- stosowanie biodegradowalnych opakowań,
- używanie pojazdów elektrycznych itp.

Aktywna, proekologiczna postawa przedsiębiorstwa i przyjazna środowisku oferta rynkowa mogą stanowić wyróżnik przedsiębiorstwa wśród wielu ofert konkurentów, przez co może być istotnym elementem decydującym o przewadze konkurencyjnej.

Rynkowe funkcjonowanie aptek w Polsce charakteryzuje się cykliczną zmiennością asortymentową, która stanowi pochodną oddziaływania warunków naturalnych (fizycznych). Na funkcjonowanie aptek na rynku farmaceutycznym mają wpływ następujące czynniki naturalne[194]:

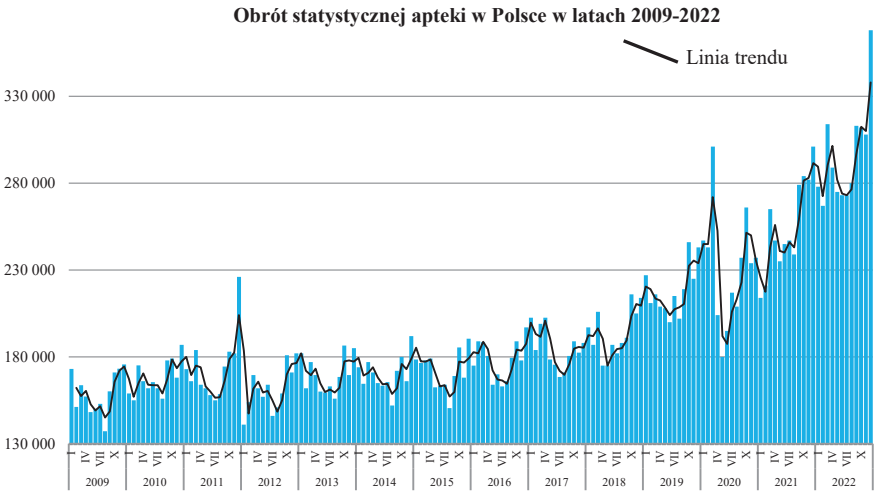
– zanieczyszczenie środowiska i jego wpływ na kondycję zdrowotną miejscowej ludności;
– warunki klimatyczne (temperatura powietrza, zmienność pogody);
– pora roku.

Wpływ warunków naturalnych w aptece ogólnodostępnej przejawia się sezonowością sprzedaży, która charakteryzuje się dużą zmiennością, uzależnioną od pory roku. Liczba dokonywanych transakcji wzrasta w miesiącach jesienno-zimowych oraz ulega zmniejszeniu w miesiącach wiosenno-letnich. Przekłada się to na obroty aptek, których wielkość w cyklach miesięcznych przedstawiono na rysunku 25.

Analizując wartość sprzedaży leków w poszczególnych miesiącach, można zaobserwować periodyczność, która wskazuje na występowanie zjawiska sezonowości. Sprzedaż niektórych grup asortymentowych produktów farmaceutycznych jest związana z cyklicznością pór roku i wspierana jest przez podmioty odpowiedzialne (producentów) działaniami reklamowymi. Dodatkowo wahania pogodowe i zmiany klimatyczne wpływają na wielkość i strukturę popytu na produkty farmaceutyczne[195]. W okresie jesienno-zimowym jest większe zapotrzebowanie i nacisk na promocję sprzedaży m.in. leków związanych z przeziębieniem i grypą oraz zwiększających odporność organizmu, natomiast w okresie wiosenno-letnim wspiera się sprzedaż leków antyalergicznych i dermokosmetyków. Ciepłe i słoneczne lato wpływa na wzrost sprzedaży kremów do opalania, natomiast śnieżna zima, obfitująca w częste opady śniegu może niekorzystnie wpłynąć na sprzedaż ogółem, ponieważ częstotliwość dokonywania zakupów w aptece spada w mroźne dni (związane jest to m.in. z trudnościami w przemieszczaniu się wśród

[194] K. Szalonka, *Marketing w aptece*, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2005, s. 37.
[195] H. Mruk, M. Michalik, T. Barałkiewicz, *Jak zarządzać…*, dz. cyt., s. 23.

zaśnieżonych ulic i chodników)[196]. Z czynnikami o charakterze naturalnym związane są również epidemie, wypadki drogowe oraz różne kataklizmy[197]. Warunki naturalne (fizyczne) stanowią jedyną kategorię makrootoczenia całkowicie niezależną od pozostałych jego wymiarów, choć wpływają one na warunki ekonomiczne (makroekonomiczne), demograficzne, społeczne (socjokulturowe, społeczno-kulturowe), technologiczne (techniczno-technologiczne, przyrodniczo-techniczne).



Wielkości w cenach detalicznych brutto (PLN).

Rysunek 25. Obrót statystycznej apteki w Polsce w okresie 2009–2022

Źródło: Opracowanie własne na podstawie miesięcznych raportów Pharma Expert i PEX Pharma Sequence podsumowujących rynek farmaceutyczny. Pobrano z: http://www.pharma-expert.pl/raport-dla-mediow; https://www.pexps.pl/dla-mediow.html (dostęp: 19.07.2022).

1.4.8. Warunki organizacyjne

Warunki organizacyjne (typologia: L. Garbarski, I. Rutkowski, W. Wrzosek) związane są ze strukturą i organizacją podmiotów działających w gospodarce, które stanowią podstawową część procesu zarządzania[198]. Organizowanie powinno uwzględniać cele działania przedsiębiorstwa oraz jego zdolność do realizacji celów[199]. Podstawowym celem funkcjonowania przedsiębiorstwa

[196] K. Żak, *Działania marketingowe...*, dz. cyt., s. 79.
[197] H. Mruk, *Metody analizy…*, dz. cyt., s. 42.
[198] Por. L. Garbarski, I. Rutkowski, W. Wrzosek, *Marketing. Punkt…*, dz. cyt., s. 75; R.W. Griffin, *Podstawy zarządzania…*, dz. cyt., s. 342.
[199] J.A.F. Stoner, R.E. Freeman, D.R. Gilbert Jr., *Kierowanie*, dz. cyt., s. 306.

jest osiąganie zysku w krótkim okresie i maksymalizacja wartości w okresie długim. Realizacja tych celów wymaga prowadzenia odpowiednio sformatowanej działalności operacyjnej, której sprawność i efektywność jest uzależniona od sposobu organizacji pracy. Odzwierciedleniem organizacji pracy i procesów zachodzących w przedsiębiorstwie jest struktura organizacyjna – element nadający kształt przedsiębiorstwu.

Procesy produkcyjne i dystrybucyjne oraz świadczenie usług wymaga nie tylko specjalistycznych kwalifikacji, lecz przede wszystkim uporządkowania. Z tego powodu coraz większego znaczenia nabiera problem ergonomicznego porządkowania czynności i poszczególnych działań[200]. Struktura organizacyjna redukuje złożoność otoczenia przez system reguł precyzujących oczekiwania odnoszące się do zachowań pracowników poprzez procedury ułatwiające filtrowanie, interpretowanie i przetwarzanie informacji z otoczenia[201]. Z tego względu w przedsiębiorstwach tworzone są wyspecjalizowane komórki organizacyjne (piony, oddziały, działy) o ograniczonej autonomii, w której menedżerowie, specjaliści funkcjonują w oparciu o kompetencyjne zakresy obowiązków.

Warunki organizacyjne determinują funkcjonowanie aptek ogólnodostępnych na rynku farmaceutycznym, choć wskazać należy na istotny wpływ w tym zakresie czynnika polityczno-prawnego. System prawa farmaceutycznego obliguje podmiot prowadzący aptekę do zatrudnienia osoby odpowiedzialnej za prowadzenie apteki (kierownika apteki), dającej rękojmię należytego jej prowadzenia[202]. Kierownikiem apteki ogólnodostępnej może być wyłącznie farmaceuta, który spełnia łącznie następujące warunki[203]:

1) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie farmacji aptecznej, klinicznej lub farmakologii oraz co najmniej dwuletni staż pracy w aptece ogólnodostępnej w pełnym wymiarze czasu pracy albo posiada co najmniej pięcioletni staż pracy w aptece ogólnodostępnej w pełnym wymiarze czasu pracy;
2) wypełnia obowiązek ustawicznego rozwoju zawodowego;
3) wypełnia obowiązki członka samorządu zawodu farmaceuty;
4) daje rękojmię należytego prowadzenia apteki.

[200] H. Steinmann, G. Schreyögg, *Zarządzanie. Podstawy…*, dz. cyt., s. 275.
[201] Tamże, s. 275.
[202] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 99 ust. 4a, art. 88 ust. 1.
[203] Tamże, art. 88 ust. 2.

Do zadań kierownika apteki ogólnodostępnej należy osobiste kierowanie apteką, obejmujące[204]:

1) wskazywanie podmiotowi prowadzącemu aptekę potrzeb albo zastrzeżeń w zakresie:
   a) asortymentu apteki, zakupu produktów leczniczych oraz tworzenia zapasów, przechowywania i wydawania tych produktów,
   b) zatrudniania personelu fachowego w aptece,
   c) zawierania i modyfikowania umów na realizację recept;
2) zapewnienie prawidłowego wykonywania procedur obowiązujących w aptece;
3) nadzór nad bieżącą działalnością apteki, w szczególności nad:
   a) przyjmowaniem, wydawaniem, przechowywaniem i identyfikacją produktów leczniczych i wyrobów medycznych,
   b) sporządzaniem leków recepturowych i leków aptecznych,
   c) udzielaniem informacji o produktach leczniczych;
4) nadzór nad pracownikami oraz innym personelem zatrudnionym w aptece, w tym:
   a) nadzór nad czynnościami, w tym fachowymi, wykonywanymi przez personel apteki,
   b) wskazywanie podmiotowi prowadzącemu aptekę odpowiedniej liczby fachowego personelu, w zależności od skali oraz zakresu działalności apteki,
   c) zatwierdzanie struktury organizacyjnej apteki w formie schematu organizacyjnego,
   d) opiniowanie pisemnych opisów stanowisk określających role i obowiązki personelu, a także zasady ich zastępowania,
   e) nadzór nad studentami odbywającymi praktyki zawodowe oraz osobami odbywającymi praktyki techników farmaceutycznych,
   f) prowadzenie ewidencji zatrudnionych w aptece farmaceutów i techników farmaceutycznych,
   g) monitowanie realizacji i dokumentowania szkoleń personelu zatrudnionego w aptece,
   h) przekazywanie okręgowym izbom aptekarskim danych niezbędnych do prowadzenia rejestru farmaceutów;

[204] Tamże, art. 88 ust. 5.

5) wyłączne reprezentowanie apteki wobec podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych w zakresie realizowanych zadań;
6) nadzór nad prawidłowym dokumentowaniem obrotu detalicznego produktami leczniczymi;
7) zapewnianie wykonywania decyzji w zakresie wstrzymania lub wycofania z obrotu i stosowania produktów leczniczych po uzyskaniu decyzji właściwego organu;
8) weryfikowanie uprawnień dostawców, odbiorców, zleceniobiorców i zleceniodawców do wykonywanych czynności;
9) weryfikowanie, czy nabywane produkty lecznicze pochodzą wyłącznie od podmiotów posiadających zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej;
10) wydawanie produktów leczniczych, wyrobów medycznych i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego;
11) weryfikowanie, czy nabywane środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, w stosunku do których wydano decyzje o objęciu refundacją, pochodzą wyłącznie od podmiotów posiadających zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej;
12) zapewnienie w regularnych odstępach czasu, nie rzadziej niż raz na rok, przeprowadzania kontroli wewnętrznych według ustalonego programu i zapewnienie wprowadzania odpowiednich środków naprawczych i zapobiegawczych;
13) dokumentowanie przekazywania zadań personelowi apteki;
14) zapewnianie wykonywania decyzji w zakresie zniszczenia produktów leczniczych po uzyskaniu decyzji właściwego organu;
15) przekazywanie Prezesowi Urzędu informacji o niepożądanym działaniu produktu leczniczego lub incydencie medycznym;
16) przekazywanie właściwemu państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu informacji o niepożądanym odczynie poszczepiennym;
17) przekazywanie organom Inspekcji Farmaceutycznej informacji o podejrzeniu lub stwierdzeniu, że dany produkt leczniczy nie odpowiada ustalonym dla niego wymaganiom jakościowym.

Prawo farmaceutyczne stanowi również, że w aptece przy wykonywaniu czynności fachowych mogą być zatrudnieni wyłącznie farmaceuci i technicy farmaceutyczni w granicach ich uprawnień zawodowych, a w godzinach pracy apteki w jej lokalu musi przebywać zatrudniony w niej farmaceuta

lub farmaceuta wykonujący swoje obowiązki w aptece na innej podstawie prawnej, co determinuje kształt struktury organizacyjnej apteki[205]. Ustawodawca określa szczegółowo również zawód farmaceuty (aptekarza), pozycjonując go jako samodzielny zawód medyczny, oraz wskazuje i charakteryzuje obszary aktywności zawodowej[206]. Ustawowo wyodrębniony termin „aptekarz" jest mocno rozpowszechniony w języku konwersacyjnym, choć podkreślić należy, że użycie tej nazwy jest znacznym uproszczeniem i zawężeniem funkcji oraz zadań, jakie mogą wykonywać osoby posiadające tytuł zawodowy farmaceuty. „Farmaceuta" bowiem to szerokie określenie profesji, ponieważ farmaceuci wykonują swój zawód głównie jako pracownicy: aptek, punktów aptecznych, działów farmacji szpitalnej, hurtowni farmaceutycznych, przemysłu farmaceutycznego, uczelni wyższych, instytutów naukowych oraz urzędów państwowych[207].

Zakres działań technika farmaceutycznego określa ustawa Prawo farmaceutyczne, wskazując, że[208]:

1. Technik farmaceutyczny, posiadający dwuletnią praktykę w aptece w pełnym wymiarze czasu pracy, może wykonywać w aptece czynności fachowe polegające na sporządzaniu, wytwarzaniu, wydawaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych, z wyjątkiem produktów leczniczych mających w swoim składzie:
   1) substancje bardzo silnie działające określone w Urzędowym Wykazie Produktów Leczniczych dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
   2) substancje odurzające;
   3) substancje psychotropowe grupy I-P oraz II-P
      – określone w odrębnych przepisach.
2. Technik farmaceutyczny może również wykonywać czynności pomocnicze przy sporządzaniu i przygotowywaniu preparatów leczniczych (leków do żywienia pozajelitowego i dojelitowego, leków w dawkach dziennych, w tym leków cytostatycznych, produktów radiofarmaceutycznych na potrzeby udzielania świadczeń pacjentom

[205] Tamże, art. 90, 92.

[206] Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, Dz.U. z 2021 r., poz. 97, ze zm., art. 2, 4. Szczegółowo obszary aktywności zawodowej farmaceuty zostały omówione w podrozdziale 1.3. *Przedmiot wymiany na rynku aptecznym – struktura przedmiotowa*.

[207] K. Żak, *Farmaceuta w aptece…*, dz. cyt., s. 280.

[208] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 91.

danego podmiotu leczniczego, płynów infuzyjnych, roztworów do hemodializy i dializy dootrzewnowej).

3. Technik farmaceutyczny jest uprawniony do zgłaszania Prezesowi Urzędu lub podmiotowi odpowiedzialnemu działania niepożądanego produktu leczniczego.

Dodatkowo, charakteryzując warunki organizacyjne, zauważyć należy, że przedsiębiorstwa zajmujące się wyłącznie sprzedażą detaliczną wyrobów farmaceutycznych prowadzoną w wyspecjalizowanych sklepach, sklasyfikowaną w Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD 2007) pod kodem 47.73.Z, mogą prowadzić działalność w jednej aptece albo mogą funkcjonować w ramach tzw. sieci aptecznej[209]. Prowadzenie sieci aptecznej wymaga odpowiedniej organizacji prowadzonej działalności. Tworzy się wyspecjalizowane działy (dział zamówień, dział przesunięć magazynowych, dział kontroli, dział marketingu, dział sprzedaży itp.) oraz zatrudnia menedżerów odpowiedzialnych za zarządzanie najczęściej kilkoma placówkami w regionie.

Wymiar organizacyjny odnosi się również do zasad prowadzenia obrotu i procesu dystrybucji. Proces dystrybucji w odniesieniu do produktów leczniczych i wyrobów medycznych został przez ustawodawcę szczegółowo uregulowany, zarówno w zakresie zasad dopuszczania leków do obrotu w aptekach, punktach aptecznych oraz placówkach obrotu pozaaptecznego, jak i kwalifikacji osób zajmujących się dystrybucją produktów leczniczych.

Ustawodawca wskazuje, że obrót detaliczny produktami leczniczymi prowadzony jest w[210]:

- aptekach ogólnodostępnych[211];
- punktach aptecznych[212];

[209] Obecnie tworzenie nowych sieci aptecznych w oparciu o nowo powstałe podmioty jest niemożliwe na skutek zmian w procedurze udzielania zezwoleń na prowadzenie apteki (kryterium liczbowe), co określono w art. 99 ust. 3a ustawy Prawo farmaceutyczne. Nadal jednak można wykupywać udziały w sieciach aptek prowadzonych w formie spółki kapitałowej, zwłaszcza w formie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością.

[210] K. Żak, *Inversion in distribution channels on the Polish pharmaceutical market – mechanisms of counteracting illegal export of medicinal products*, "Economic and Regional Studies" 2020, 13 (1), p. 89.

[211] Z wyłączeniem produktów leczniczych weterynaryjnych, których obrót detaliczny może być prowadzony wyłącznie w ramach działalności zakładu leczniczego dla zwierząt (dotyczy produktów leczniczych weterynaryjnych wydawanych z przepisu lekarza); Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 68 ust. 1–2).

[212] Tamże, art. 70 ust. 1.

– placówkach obrotu pozaaptecznego, do których ustawodawca zaliczył[213]:
  - sklepy zielarsko-medyczne,
  - sklepy specjalistyczne zaopatrzenia medycznego,
  - sklepy ogólnodostępne.

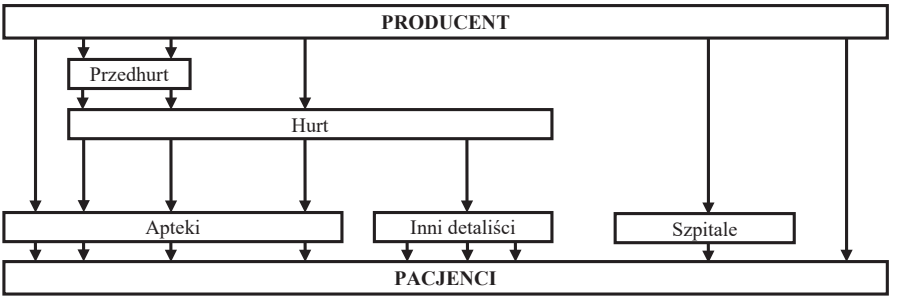
W odniesieniu do poszczególnych kanałów dystrybucji minister właściwy do spraw zdrowia w rozporządzeniu określił wykazy produktów leczniczych, które zostały dopuszczone do obrotu.

Prowadzenie obrotu hurtowego produktami leczniczymi jest oparte na działalności gospodarczej w zakresie prowadzenia hurtowni farmaceutycznej, która wymaga uzyskania zezwolenia Głównego Inspektora Farmaceutycznego[214]. Ustawa Prawo farmaceutyczne szczegółowo określa również zasady pośrednictwa w obrocie produktami leczniczymi, stawiając przedsiębiorcy wymóg miejsca zamieszkania albo siedziby na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz konieczność uzyskania wpisu do Krajowego Rejestru Pośredników w Obrocie Produktami Leczniczymi[215]. Gruntownie uregulowano również obowiązki przedsiębiorców zarówno prowadzących hurtownię farmaceutyczną (art. 78), jak i aptekę ogólnodostępną (art. 86, 86a) oraz unormowano zadania personelu fachowego[216].

Szczegółowość regulacji wskazuje z jednej strony na dużą troskę ustawodawcy o zapewnienie wysokiego poziomu bezpieczeństwa obrotu produktami leczniczymi, z drugiej strony jednak powoduje, że dystrybucja na rynku farmaceutycznym należy do najtrudniejszych obszarów decyzji przedsiębiorstw, z uwagi na skomplikowane procesy wyboru pośredników w kanałach dystrybucji (rysunek 26)[217].

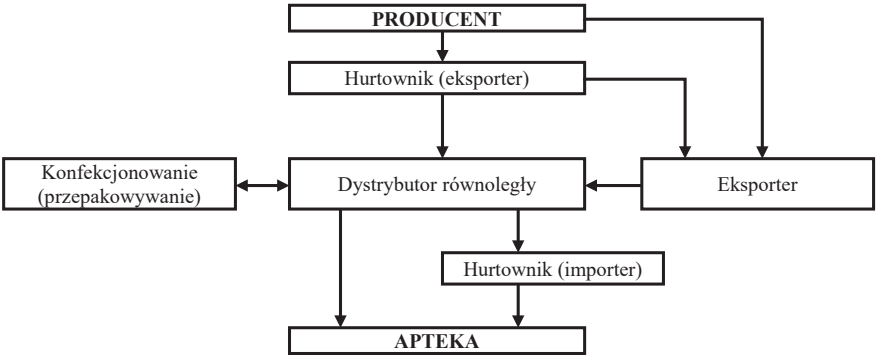
W procesie dystrybucji na rynku farmaceutycznym występuje również zjawisko handlu równoległego, którego główną przesłanką powstania były różnice cen leków występujące na rynkach krajów należących do Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) (rysunek 27).

[213] Tamże, art. 71 ust. 1.
[214] Tamże, art. 74 ust. 1.
[215] Tamże, art. 73a ust. 2.
[216] K. Żak, *Inversion in distribution…*, dz. cyt., s. 89.
[217] Tamże, s. 89–90.



Rysunek 26. Kanały dystrybucji na rynku farmaceutycznym

Źródło: B. Pilarczyk, *Procesy dystrybucji na rynku farmaceutycznym*, [w:] Michalik M., Pilarczyk B., Mruk H., *Marketing strategiczny na rynku farmaceutycznym* (155–179), ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2014, s. 161.



Rysunek 27. Kanał handlu równoległego na rynku farmaceutycznym

Źródło: H. Kobel, *European Association of Euro Pharmaceutical Companies. Regulatory Challenges in the Central & Eastern European Pharmaceutical Market Conference*, 2005. Cyt. za: B. Pilarczyk, *Procesy dystrybucji…*, dz. cyt., s. 162.

Import równoległy jest oparty na podmiotach trzecich, prowadzących obrót produktami chronionymi przez prawo patentowe na danym rynku, które, w związku z zasadą swobodnego przemieszczania towarów, mogą być dystrybuowane na inne rynki. Podmioty trzecie rozprowadzają dany produkt na innym obszarze bez autoryzacji praw producenta, niezależnie od jego kanałów dystrybucyjnych i często wbrew jego woli[218]. Zasadniczo import równoległy polega na przepływie produktów z krajów o niższych cenach do państw, w których ceny kształtują się na wyższym poziomie.

[218] B. Pilarczyk, *Procesy dystrybucji…*, dz. cyt., s. 162.

Warunki organizacyjne na rynku farmaceutycznym określają również zasady nadzoru i kontroli nad rynkiem. Nadzór nad obrotem produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi sprawuje Państwowa Inspekcja Farmaceutyczna, której organy – Główny Inspektor Farmaceutyczny i wojewódzcy inspektorzy farmaceutyczni – wydają decyzje w zakresie obrotu produktami leczniczymi, niespełniającymi norm jakościowych i warunków dystrybucji określonych w przepisach szczegółowych[219].

1.4.9. Warunki informacyjne

Warunki informacyjne (typologia: T. Taranko) determinują podstawy informacyjne podejmowanych przez przedsiębiorstwo decyzji i działań[220]. Informacja stanowi zatem pewien rodzaj niewyczerpalnego zasobu o różnorodnym, niezależnym od użytkownika charakterze, która poprzez powielanie, przenoszenie i przetwarzanie oraz wykorzystanie efektu synergii pozwala na zwiększenie poziomu wiedzy o przedsiębiorstwie i jego otoczeniu. Informacja w dobie Internetu i epoce globalizacji rynków stanowi zasób strategiczny, a wiedza pozyskana na jej bazie może decydować o przewadze konkurencyjnej na rynku[221]. Pozyskiwanie, gromadzenie i przetwarzanie informacji przez przedsiębiorstwo może sprzyjać powiększaniu lub skutkować zmniejszaniem się jego zasobów informacyjnych, które mogą wpływać na efekty działań marketingowych, jednak nie stanowią kluczowego czynnika warunkującego te efekty[222]. Warunki informacyjne obejmują następujące elementy[223]:

- dostępność źródeł informacji stanowiących podstawę do planowania, realizacji i oceny skuteczności podejmowanych działań rynkowych przedsiębiorstwa;
- kompletność, aktualność, wiarygodność i jakość dostępnych informacji stanowiących podstawy decyzyjne;
- metody pozyskiwania, gromadzenia i analizowania informacji niezbędnych do sprawnego i skutecznego zarządzania przedsiębiorstwem

[219] K. Żak, *Inversion in distribution…*, dz. cyt., s. 91.

[220] Por. T. Taranko, *Analiza warunków…*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Koncepcja...*, dz. cyt., s. 72.

[221] J. Papińska-Kacperek, *Nowa epoka – społeczeństwo informacyjne*, [w:] Papińska-Kacperek J. (red.), *Społeczeństwo informacyjne* (13–46), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 25.

[222] Por. A. Czarnecki, *Wpływ przepływów informacji na efektywność marketingu*, [w:] Wrzosek W. (red.), *Efektywność marketingu* (150–172), Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2005, s. 153.

[223] T. Taranko, *Analiza warunków…*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Koncepcja...*, dz. cyt., s. 72–73.

oraz prowadzenia działań marketingowych (np. systemy operacyjne, bazy danych, systemy transakcyjne, systemy BI itp.);
– infrastrukturę umożliwiającą szybkie gromadzenie i trafne selekcjonowanie informacji o zachowaniach rynkowych przedsiębiorstwa oraz podmiotów w jego otoczeniu rynkowym (nabywców, konkurentów, pośredników handlowych itp.).

Pozyskiwane za pomocą różnych metod i przy wykorzystaniu różnorodnych technik informacje minimalizują ryzyko podejmowania nietrafionych decyzji, jednak nie eliminują go całkowicie, albowiem istotne jest zawsze określenie wiarygodności i aktualności informacji, ustalenie jej znaczenia oraz właściwa interpretacja[224]. Informacja stanowi narzędzie o wciąż nie do końca odkrytym potencjale. Jeżeli ma służyć realizacji konkretnej decyzji, powinna wnosić nową wiedzę w stosunku do już posiadanych zasobów. Jeżeli nie wnosi wartości dodanej, to mamy do czynienia z nadmiarem informacji, czyli redundancją[225]. Do realizacji celu (celów) działania przedsiębiorstwa nieodzownym elementem są narzędzia diagnostyczne gromadzące informacje z czterech obszarów[226]:

– wskaźników bazowych (prognozy przepływu środków, prognozy płynności finansowej, proporcje między stanem zapasów magazynowych a bieżącymi wynikami sprzedaży, stopa zwrotu z inwestycji, udział należności zalegających w strukturze przychodów);
– wydajności (wydajność pracowników, model ekonomicznej wartości dodanej – EVA, *benchmarking*);
– kompetencji (kluczowe kompetencje, wydajność innowacyjna);
– alokacji zasobów (kapitał, zasoby ludzkie).

Zestaw narzędzi diagnostycznych stanowi dla menedżera podstawową bazę instrumentów wykorzystywanych do oceny sytuacji bieżącej przedsiębiorstwa, czyli służących realizacji celów taktycznych i operacyjnych. Natomiast realizacja celów strategicznych umożliwia pozyskiwanie i gromadzenie uporządkowanych informacji o otoczeniu (rynkach, klientach, zmianach technologicznych, rynkach finansowych i trendach w gospodarce), w którym przedsiębiorstwo powinno szukać wartości dodanej i źródeł przewagi

[224] M. Michalik, *Badania marketingowe w aptece*, [w:] Mruk H. (red.), *Marketingowe zarządzanie apteką* (97–108), ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013, s. 97.
[225] J. Kisielnicki, *Systemy informatyczne zarządzania*, Wydawnictwo Placet, Warszawa 2013, s. 62.
[226] P.F. Drucker, *Zarządzanie w XXI wieku – wyzwania*, MT Biznes, Warszawa 2009, s. 120–132.

konkurencyjnej, albowiem w obrębie przedsiębiorstwa nie ma wyników, lecz są tylko koszty, a jedynym źródłem wpływów jest klient[227].

Zarządzanie placówkami świadczącymi usługi farmaceutyczne, jak również sprawowanie opieki farmaceutycznej czy świadczenie usług farmaceutycznych przez farmaceutę jest ściśle uzależnione od warunków informacyjnych. Farmaceuci (aptekarze) powinni pozyskiwać, gromadzić i przetwarzać informacje na temat stanu zdrowia pacjenta i zażywanych leków, aby je efektywnie wykorzystywać w procesie farmakoterapii, czyli skutecznie doradzać pacjentom oraz sprawować właściwy nadzór nad procesem poprzez zapewnienie wzmożonej kontroli nad procesem stosowania leków. Dodatkowo organ właścicielski poprzez odpowiednie zaangażowanie menedżerów, farmaceutów i techników farmaceutycznych powinien stworzyć system pozyskiwania i gromadzenia informacji odnośnie do potrzeb i oczekiwań klientów, działalności konkurentów, strategii producentów i oczekiwań personelu, aby po ich odpowiedniej analizie móc podejmować skuteczne decyzje. Informacja zatem stanowi jeden z podstawowych czynników umożliwiających minimalizowanie lub eliminowanie niepewności i ryzyka działalności rynkowej przedsiębiorstw[228].

Wielokrotnie dokonywane zmiany w systemie prawa, zwłaszcza w systemie prawa farmaceutycznego, stanowią dla przedsiębiorców nie lada wyzwanie, albowiem tworzą nowe warunki funkcjonowania na rynku i wymagają podejmowania działań dostosowawczych na wielu płaszczyznach. Decyzje podejmowane w ramach tych działań powinny zostać oparte na zestawie danych i zasobie niezbędnych informacji. Z tego względu informacja staje się nieodzownym instrumentem aktywności rynkowej przedsiębiorstw świadczących usługi farmaceutyczne, albowiem umożliwia pozyskanie danych m.in. na temat:

- oczekiwań i niezaspokojonych potrzeb klientów, które mogą być wykorzystane na etapie lokowania apteki;
- struktury wiekowej lokalnej społeczności i specjalizacji lekarzy w miejscowych przychodniach, które umożliwiają zatowarowanie apteki w odpowiedni asortyment produktów farmaceutycznych i zarządzanie kategorią produktów oraz jakością udzielanych usług farmaceutycznych w toku prowadzonej działalności operacyjnej;

[227] Tamże, s. 132.

[228] W. Nowacki, *Formułowanie i wybór strategii marketingowych*, [w:] Wrzosek W. (red.), *Strategie marketingowe* (32–53), Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2004, s. 36.

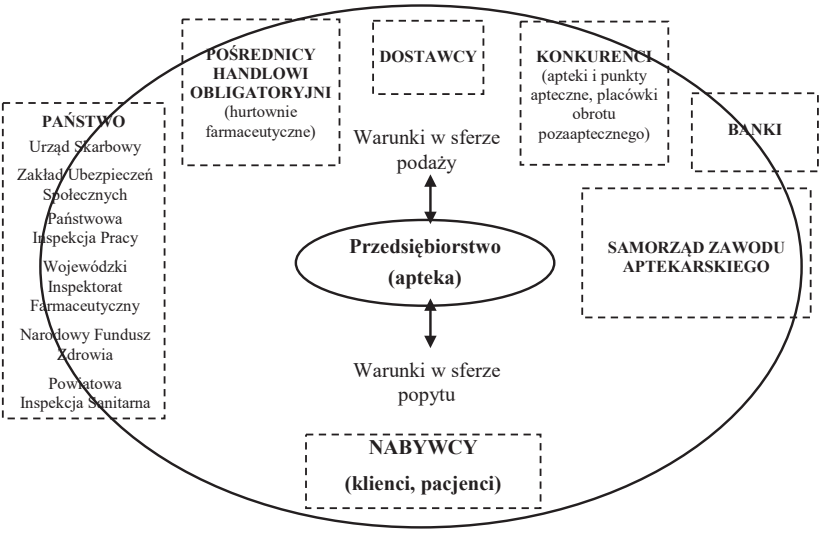
– jednostek chorobowych pacjentów i zażywanych przez nich leków, które są wykorzystywane do efektywnego sprawowania opieki farmaceutycznej w ramach realizacji społecznej misji apteki – ochrony zdrowia pacjenta oraz ochrony zdrowia publicznego;
– poziomu dochodów i wrażliwości klientów na zmiany poziomu cen, co umożliwia stworzenie efektywnej polityki cenowej i asortymentowej (np. odpowiedni rodzaj i ilość tańszych zamienników leków);
– satysfakcji klientów w oparciu o postrzeganą jakość usług i poziom cen, które służą do optymalizacji strategii konkurencji i budowania efektywnych relacji opartych na zaufaniu i lojalności;
– dostawców i pośredników handlowych, którzy umożliwiają dokonanie wyboru partnera biznesowego, oferującego najatrakcyjniejsze warunki współpracy;
– konkurentów, którzy umożliwiają prowadzenie efektywnej analizy ich działań w kontekście prowadzonej walki o klienta.

Wymiar prawny determinuje legalny sposób pozyskiwania informacji oraz określa zasady dostępu do publicznych baz danych i rejestrów. Z tego względu determinuje zakres informacji i znacząco wpływa na charakter rynkowego funkcjonowania aptek. Warunki informacyjne są zatem ściśle powiązane z wymiarem prawnym i umożliwiają dokonanie charakterystyki pozostałych elementów makrootoczenia apteki.

1.5. Otoczenie rynkowe aptek ogólnodostępnych

Z terminem „rynek" blisko związane jest pojęcie „otoczenia rynkowego" przedsiębiorstwa, albowiem tutaj również obserwuje się występowanie sprzedawców reprezentujących podaż oraz nabywców reprezentujących popyt, między którymi występują relacje o charakterze dwukierunkowym. Czynniki otoczenia rynkowego (mikrootoczenia, otoczenia bliższego, branżowego, sektorowego, konkurencyjnego) wywierają wpływ na zachowania rynkowe przedsiębiorstwa i są przedmiotem jego bezpośredniego oddziaływania (pozostają pod bezpośrednim wpływem przedsiębiorstwa). Aktywność rynkowa przedsiębiorstwa – jakość oferty, sposób zachowania się wobec konkurentów, wykorzystanie instrumentów oddziaływania na nabywców – wywiera bezpośredni wpływ na warunki zarówno w sferze popytu, jak

i w sferze podaży[229]. Elementy otoczenia rynkowego tworzą wszystkie podmioty, z którymi przedsiębiorstwo ma powiązania biznesowe (rysunek 28)[230].



Rysunek 28. Otoczenie rynkowe apteki

Źródło: Opracowanie własne.

W ujęciu podmiotowym na aptecznym rynku farmaceutycznym można wyodrębnić następujące elementy mikrootoczenia:

- nabywcy (klienci, pacjenci);
- pośrednicy handlowi obligatoryjni, ustanowieni na mocy uregulowań prawnych (hurtownie farmaceutyczne);
- dostawcy (przedsiębiorstwa kosmetyczne, dostawcy wody pitnej, dostawcy usług teleinformatycznych, ubezpieczeniowych, ochronnych, przedsiębiorstwa zajmujące się utylizacją leków, odbiorem nieczystości itp.);
- konkurenci (apteki i punkty apteczne oraz placówki obrotu pozaaptecznego);
- samorząd zawodu aptekarskiego (okręgowe izby aptekarskie);
- banki;
- państwo (Urząd Skarbowy, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Państwowa Inspekcja Pracy, Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny, Narodowy Fundusz Zdrowia, Powiatowa Inspekcja Sanitarna).

[229] T. Taranko, *Analiza warunków…*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Koncepcja...*, dz. cyt., s. 74.

[230] M. Romanowska, *Planowanie strategiczne…*, dz. cyt., s. 39.

Relacje (stosunki) pomiędzy podmiotami otoczenia bliższego mogą mieć charakter współpracy (kooperacji) lub konkurencji, co wskazuje, że uczestnicy mogą sobie pomagać albo przeszkadzać, a wielkość ich wpływu zależy od wartości siły określającej pozycję w mikrootoczeniu[231].

Warto podkreślić, że aktywność operacyjna na aptecznym rynku farmaceutycznym, prowadzona w ramach społecznej gospodarki rynkowej, oparta jest na konstytucyjnej zasadzie wolności działalności gospodarczej, stanowiącej podstawę ustroju gospodarczego, która może być ograniczona jedynie w drodze ustawy i tylko ze względu na ważny interes publiczny[232]. Warunki prawne, określające zasady prowadzenia działalności gospodarczej na rynku farmaceutycznym jako element makrootoczenia apteki mają dominujący wpływ na otoczenie rynkowe aptek, szczególnie w zakresie prowadzenia działalności marketingowej. Dominacja wymiaru prawnego jako pochodna wpływu polityki zdrowotnej państwa polega na oddziaływaniu na pozostałe elementy makrootoczenia, które z kolei oddziałuje na aktywność rynkową aptek.

Aktywność rynkowa aptek wywiera bezpośredni wpływ na warunki w sferze popytu, które obejmują[233]:

- wielkość i strukturę grup potencjalnych nabywców (pacjentów, klientów) oraz tendencje zmian w tym zakresie;
- czynniki determinujące zachowania nabywców (pacjentów, klientów) na rynku i ich siłę przetargową wobec przedsiębiorstwa (apteki);
- potrzeby i oczekiwania nabywców (pacjentów, klientów), wzorce konsumpcji, postrzegane przez nich korzyści z zakupu i posiadania produktów (usługi) oraz odczuwalne ryzyko;
- preferencje w odniesieniu do cen i jakości oferowanych produktów (usług) oraz postawy wobec nowych produktów i usług;
- możliwości, ograniczenia i bariery w sferze zakupów oraz konsumpcji;
- uwarunkowania procesów obsługi potencjalnych nabywców (pacjentów, klientów), w tym relacje z dostawcami i pośrednikami handlowymi, możliwości wsparcia aktywności rynkowej przedsiębiorstwa (apteki) ze strony pośredników.

Poprzez aktywność rynkową apteki ogólnodostępne mogą w różnym stopniu wywierać wpływ na poszczególne warunki w sferze popytu. Ograniczenia prawne, związane z całkowitym zakazem reklamy apteki i jej działalności

---

[231] Tamże.

[232] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483, ze zm., art. 20, 22.

[233] Por. T. Taranko, *Analiza warunków…*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Koncepcja...*, dz. cyt., s. 74; K. Żak, *Działania marketingowe*…, dz. cyt., s. 36.

oraz interpretacyjnym rozszerzeniem tego zakazu na pozostałe instrumenty komunikacji marketingowej, utrudniają aktywność rynkową w zakresie kształtowania preferencji klientów odnośnie do postaw czy wzorców konsumpcji. Organ zarządzający apteką podchodzi z dużą dozą ostrożności do obserwacji zachowań konsumentów oraz budowania bliższych relacji z nimi, aby nie narazić się na wysokie kary finansowe, które mogą sięgnąć kwoty nawet 50 000 PLN. Często pod pozorem opieki farmaceutycznej podejmowane są jednak działania służące identyfikacji potrzeb i oczekiwań klientów. Ich celem jest odróżnienie się od konkurenta, a nie by być od niego lepszym, co znacznie zwiększa skuteczność działania[234]. Zauważyć przy tym należy, że na niektóre warunki w sferze popytu apteka ma jednak znikomy wpływ (wielkość i struktura grup pacjentów, ich potencjał nabywczy czy finansowe ograniczenia zakupu), jednak ich analiza może dostarczyć istotnych informacji dla kształtowania działań marketingowych apteki[235].

Aktywność rynkowa aptek wywiera również bezpośredni wpływ na warunki w sferze podaży, które obejmują[236]:

- liczbę, wielkość potencjału i struktury powiązań aktywnych na rynku konkurentów (aptek i punktów aptecznych oraz placówek obrotu pozaaptecznego);
- formy konkurencji i dominujące instrumenty konkurowania;
- silne i słabe strony konkurentów;
- stosowane przez konkurentów działania rynkowe;
- skłonność konkurentów do reagowania na działania innych podmiotów rynkowych;
- bariery wejścia na rynek oraz bariery wyjścia z rynku;
- zakres i siłę oddziaływania substytutów (usług konkurencyjnych) wobec oferty przedsiębiorstwa.

Warunki w sferze podaży determinują sposób i zakres aktywności rynkowej przedsiębiorstwa oraz wywierają wpływ na koszty i efekty tych działań[237]. Równocześnie aktywność rynkowa przedsiębiorstw (oferta produktowa i usługowa, polityka cenowa, aktywność promocyjna) poprzez bezpośredni

[234] M.E. Porter, *Creating Advantage*, "Leadership Excellence" 1999, 16 (11), p. 13.
[235] K. Żak, *Działania marketingowe*…, dz. cyt., s. 36–37.
[236] T. Taranko, *Analiza warunków…*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Koncepcja…*, dz. cyt., s. 74.
[237] W. Wrzosek, *Marketing jako źródło kosztów i efektów*, [w:] Garbarski L. (red.), *Koszty i efekty działań marketingowych* (11–24), Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2008, s. 16.

wpływ na zmiany w popycie oddziałuje na zmiany w sferze podaży[238]. Spowodowane jest to działalnością odwetową konkurentów, którzy obserwując przedsiębiorstwo, kształtują tym samym nowe warunki konkurencyjne. Znajomość tych warunków stanowi warunek konieczny w procesie decyzyjnym w odniesieniu do planowanych działań rynkowych.

Otoczenie rynkowe apteki w dużym stopniu jest determinowane przez przepisy prawa.

Biorąc pod uwagę szczególny charakter i rolę apteki jako placówki ochrony zdrowia publicznego, w której farmaceuci, w ramach powszechnego systemu ochrony zdrowia pacjenta oraz ochrony zdrowia publicznego, świadczą usługi farmaceutyczne, ustawodawca dokonał bardzo szczegółowych regulacji determinujących proces dystrybucji. Wprowadził obowiązek zakupu produktów objętych refundacją wyłącznie od podmiotów posiadających zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej, ustanawiając tym samym obligatoryjnego pośrednika. Liczba i struktura oraz stopień zorganizowania dostawców i pośredników handlowych, a także ich siła przetargowa wobec apteki w znacznym stopniu wpływają na koszty i efekty prowadzenia działań operacyjnych przez aptekę, co stanowi istotne uwarunkowania w procesie wyboru partnerów handlowych.

Systematyczne badanie i analizowanie otoczenia rynkowego apteki jest kluczowym elementem poszukiwania szans i zagrożeń w jej rynkowym funkcjonowaniu, co pozwala na[239]:

- identyfikację struktury i siły wpływu licznych podmiotów w otoczeniu apteki na jej zachowania rynkowe (liczbę i strukturę nabywców, konkurentów, dostawców, pośredników handlowych itp.);
- identyfikację i uwzględnianie w formułowaniu strategii marketingowej czynników i sił o znaczącym wpływie na popyt i podaż w branży/sektorze;
- identyfikację obecnych i przyszłych relacji zachodzących między apteką a wyodrębnionymi podmiotami w jej otoczeniu oraz określenie ich wpływu na przyjmowane cele i projektowane działania marketingowe.

Podkreślić przy tym należy, że charakter wpływu otoczenia rynkowego na funkcjonowanie apteki jest uzależniony od wielu lokalnych czynników, dlatego należy unikać transferu aktywności wynikającej ze specyfiki mikrootoczenia jednej apteki na pozostałe podmioty świadczące usługi

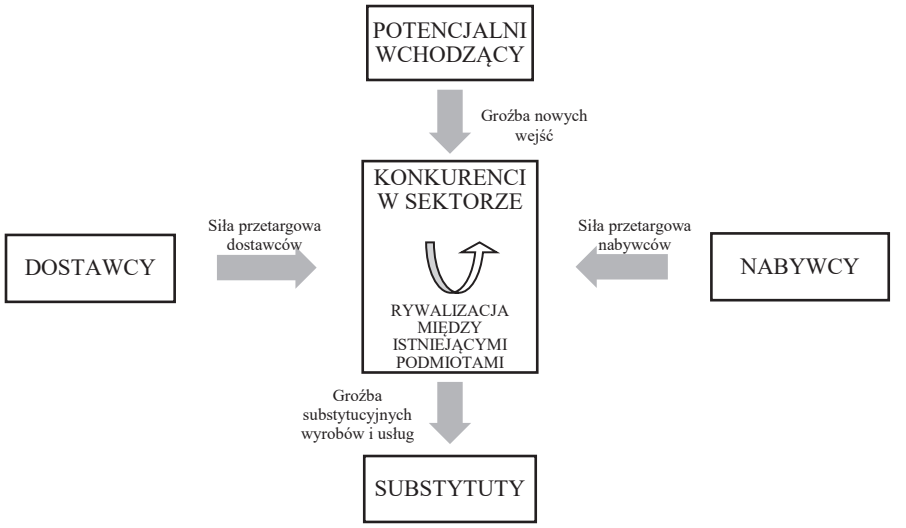
[238] T. Taranko, *Analiza warunków…*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Koncepcja…*, dz. cyt., s. 75.
[239] Tamże.

farmaceutyczne. Dla każdej apteki zaleca się dokonanie indywidualnej oceny struktury i siły wpływu najbliższego otoczenia oraz analizy czynników i sił o znaczącym wpływie na popyt i podaż w branży/sektorze w kontekście projekcji poszczególnych rodzajów aktywności rynkowej.

1.5.1. Sektorowa analiza aptecznego rynku farmaceutycznego

Analiza otoczenia rynkowego najczęściej ograniczana jest do sektora, rozumianego jako część branży, grupująca przedsiębiorstwa oferujące produkty i usługi o podobnym przeznaczeniu[240]. W aktywności rynkowej aptek ogólnodostępnych priorytetową rolę odgrywa strategia konkurencji, której formułowanie odbywa się w odniesieniu do warunków i podmiotów otoczenia rynkowego. Kluczowym elementem otoczenia apteki jako przedsiębiorstwa jest sektor, w którym konkuruje, a którego struktura wywiera silny wpływ na określenie reguł konkurencyjnych oraz strategii, jakie można zastosować[241].

Natężenie procesów konkurencyjnych w sektorze wychodzi daleko poza zachowania obecnych konkurentów, zaś jej stan zależy od pięciu podstawowych sił konkurencyjnych (rysunek 29).



Rysunek 29. Siły napędowe konkurencji wewnątrz sektora

Źródło: M.E. Porter, *Strategia konkurencji…*, dz. cyt., s. 22.

[240] Tamże, s. 86.

[241] Por. M.E. Porter, *Strategia konkurencji. Metody analizy sektorów i konkurentów*, MT Biznes, Warszawa 2010, s. 21.

Połączona moc pięciu podstawowych sił konkurencyjnych wyznacza potencjał zysku sektora, mierzony długofalową stopą zysku[242]. Analiza sektorowa stanowi ważny element diagnozowania warunków funkcjonowania przedsiębiorstwa, albowiem umożliwia realizację następujących celów[243]:

- identyfikację sektorów (sektora), w których przedsiębiorstwo prowadzi działalność operacyjną lub zamierza ją rozpocząć;
- określenie zagrożeń wynikających z układu sił w badanych sektorach, ze szczególnym uwzględnieniem siły oddziaływania obecnie działających w sektorze konkurentów, potencjalnie wchodzących, przyszłych konkurentów, dostawców substytutów, siły przetargowej dostawców i siły przetargowej odbiorców;
- określenie atrakcyjności badanych sektorów dla przedsiębiorstwa i innych potencjalnych inwestorów;
- identyfikację sektorów generujących dla przedsiębiorstwa większe szanse i perspektywy rozwoju, korzystniejsze prognozy redukcji ryzyka i niepewności funkcjonowania oraz możliwości optymalizacji jego oferty rynkowej;
- wyszukanie nisz rynkowych, które pozwoliłyby najlepiej wykorzystać wewnętrzny potencjał przedsiębiorstwa;
- określenie silnych i słabych stron przedsiębiorstwa w kontekście charakterystyki analizowanych sektorów i/lub ocena jego pozycji konkurencyjnej w analizowanych sektorach.

Przeprowadzenie analizy sektorowej według modelu M.E. Portera wymaga pogłębionej analizy otoczenia rynkowego, dokonanej w celu pozyskania informacji o podmiotach aktywnych w sektorze, zwłaszcza konkurentach, dostawcach i odbiorcach (nabywcach). Charakterystyka sił i współzależności między tymi podmiotami, wzbogacona o analizę wpływu na procesy konkurencyjne, barier wejścia do sektora oraz występowania substytutów w sektorze, zwykle prezentowana jest w sposób opisowy[244].

[242] Tamże.
[243] T. Taranko, *Analiza warunków…*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Koncepcja…*, dz. cyt., s. 86.
[244] Tamże.

1.5.1.1. Groźba nowych wejść

Groźba wejścia nowych podmiotów do sektora wzrasta wprost proporcjonalnie do jego atrakcyjności ekonomicznej, która z kolei stanowi pochodną następujących czynników[245]:

- obecnej i przyszłej wielkości sektora: im sektor większy i im większa dynamika jego wzrostu, tym większe zagrożenie nowymi produktami (substytutami) i usługami;
- rentowności sektora: im większa obecna i przewidywana rentowność, tym większe zagrożenie nowymi produktami (substytutami) i usługami;
- wysokości barier wejścia: im słabsze bariery wejścia, tym groźba konkurencji jest większa;
- możliwości represji ze strony istniejących podmiotów: jeżeli podmioty gospodarcze, będące już w sektorze, są w stanie skutecznie bronić dostępu przez walkę cenową, to mniejsza jest groźba pojawienia się nowych rywali.

Spośród wymienionych czynników szczególne znaczenie dla uczestników sektora i potencjalnych inwestorów mają bariery wejścia połączone z reakcją istniejących konkurentów, albowiem jeżeli są one duże, a jednocześnie nowo wchodzący może spodziewać się ostrej reakcji ze strony konkurentów, to groźba wejścia jest niewielka[246].

Struktura podmiotowa polskiego rynku farmaceutycznego wskazuje, że jest on nadal atrakcyjny dla potencjalnych inwestorów, choć należy zauważyć, że istnieją istotne ograniczenia w dostępie do rynku. Aby otworzyć nową aptekę, należy uzyskać zezwolenie na prowadzenie apteki ogólnodostępnej. Możliwość uzyskania przedmiotowego zezwolenia została w 2017 r. mocno ograniczona, albowiem wymaga od organu właścicielskiego spełnienia szeregu warunków[247]:

- posiadania wykształcenia farmaceutycznego i prawa wykonywania zawodu;
- odpowiedniej formy prawnej prowadzonej działalności gospodarczej (jednoosobowa działalność gospodarcza albo spółka jawna, lub spółka partnerska);

---

[245] M. Romanowska, *Planowanie strategiczne…*, dz. cyt., s. 45; G. Gierszewska, M. Romanowska, *Analiza strategiczna*…, dz. cyt., s. 84.

[246] M.E. Porter, *Strategia konkurencji…*, dz. cyt., s. 25.

[247] Szczegółowo zostało to przedstawione w podrozdziale 1.2. *Struktura podmiotowa aptecznego rynku farmaceutycznego*.

– określonego przedmiotu prowadzenia działalności (wyłącznie prowadzenie aptek);
– spełnienia warunków demograficznych, geograficznych, podmiotowo-ilościowych, z uwzględnieniem maksymalnego poziomu prowadzonych aptek na terenie województwa;
– zatrudniania do wykonywania czynności fachowych określonego personelu (wyłącznie farmaceutów i techników farmaceutycznych, w tym kierownika apteki odpowiedzialnego za jej prowadzenie).

Wojewódzki inspektor farmaceutyczny wydaje stosowne zezwolenie po zasięgnięciu opinii okręgowej rady aptekarskiej, której stanowisko nie jest wiążące dla organu wydającego zezwolenie i nie może stanowić przesłanki do odmowy wydania decyzji. Zezwolenie na prowadzenie apteki ma charakter decyzji związanej lub jest aktem administracyjnym deklaratywnym, a zatem rola organu wydającego ogranicza się zasadniczo do stwierdzenia, czy wnioskodawca ubiegający się o zezwolenie spełnia wymogi ustawowe do jego uzyskania, a pozytywny wynik takiego badania jest jednoznaczny z obowiązkiem wydania przez organ uprawniony zezwolenia zgodnie z treścią żądania zawartego we wniosku[248].

Ograniczenia wynikające ze znowelizowanej procedury udzielania zezwoleń stanowią dla przedsiębiorców istotne utrudnienie i znacząco wpływają na bariery wejścia, albowiem w praktyce uniemożliwiają tworzenie nowych podmiotów. Potencjalny inwestor, który nie jest farmaceutą, jeżeli chce prowadzić działalność na rynku aptecznym, może jedynie wykupić udziały w istniejącej spółce kapitałowej, której przedmiotem działalności jest prowadzenie aptek ogólnodostępnych. Dla podmiotów już istniejących istotna jest analiza czynników sprzyjających i utrudniających wejście nowych konkurentów. Do czynników sprzyjających, zachęcających potencjalnych konkurentów do wejścia do sektora należy zaliczyć:
– dynamicznie rosnącą wartość rynku (40 577 mln PLN w 2021 r.);
– stosunkowo dużą stopę zwrotu z inwestycji, zwłaszcza w dużych miastach;
– stosunkowo niskie koszty otwarcia apteki – ok. 100 tys. PLN.

Wśród czynników utrudniających, zniechęcających do wejścia do sektora można wymienić:

[248] M. Ożóg, *System handlu produktem leczniczym i produktami pokrewnymi. Problematyka prawna*, Lexis Nexis, Warszawa 2010, s. 421.

– przeregulowanie prawne rynku – szczegółowa regulacja niemal każdego aspektu działalności (inicjacja działalności, zadania, zakresy obowiązków pracowników, działalność marketingowa), wymagająca znajomości ponad stu aktów prawnych;
– ograniczenie prowadzenia działalności gospodarczej – konieczność uzyskania zezwolenia na prowadzenie apteki – apteka ogólnodostępna może być prowadzona tylko na podstawie uzyskanego zezwolenia na prowadzenie apteki (art. 99 ust. 1 ustawy Prawo farmaceutyczne);
– otwarcie nowej apteki zastrzeżone tylko dla farmaceuty lub spółki farmaceutów (możliwość wykupu udziałów apteki prowadzonej w formie sp. z o.o. dla osoby nieposiadającej wykształcenia farmaceutycznego);
– ograniczenie demograficzne lokalizacji nowych aptek – jeśli liczba mieszkańców w danej gminie w przeliczeniu na jedną aptekę ogólnodostępną przekracza 3000 osób (art. 99 ust. 3b ustawy Prawo farmaceutyczne);
– ograniczenie geograficzne lokalizacji nowych aptek – jeśli odległość od miejsca planowanej lokalizacji apteki do najbliższej funkcjonującej apteki ogólnodostępnej, liczona pomiędzy wejściami do izb ekspedycyjnych aptek w linii prostej, nie przekracza 500 metrów (art. 99 ust. 3b ustawy Prawo farmaceutyczne);
– zbyt duże natężenie aptek w Polsce – liczba ludności przypadająca na 1 aptekę w 2020 r. wyniosła 3168;
– ograniczenie prawne aktywności marketingowej – zabroniona jest reklama aptek i punktów aptecznych oraz ich działalności (art. 94a ust. 1 ustawy Prawo farmaceutyczne);
– niedobory farmaceutów na rynku – średnio przypada 2,17 farmaceuty na aptekę;
– dominacja na rynku sieci aptecznych – 61% wartości sprzedaży jest generowane przez apteki sieciowe[249].

Nowo wchodzący do sektora wnoszą znaczne zasoby i dążą do zdobycia jak największego udziału w rynku, co może spowodować obniżenie się dotychczasowych cen produktów i usług oraz wzrost kosztów funkcjonowania przedsiębiorstw istniejących. Dla aptek autochtonicznych groźba nowych wejść stanowi kluczową siłę konkurencyjną, albowiem może decydować o rynkowym „być albo nie być". Znaczna część aptek ogólnodostępnych ma jednego właściciela posiadającego zwykle jedną aptekę, więc jego możliwości

[249] T. Osadowski, *Rynek apteczny*…, dz. cyt.

inwestycyjne w porównaniu z aptekami sieciowymi prowadzonymi w formie spółek są ograniczone. Powstanie w pobliżu istniejącej apteki, prowadzonej najczęściej przez farmaceutę, apteki wchodzącej w skład sieci aptecznej o znacznie większych zasobach kapitałowych może niekorzystnie wpłynąć na kondycję finansową istniejącego podmiotu. Rzeczywistość rynkowa pokazuje, że w przypadku gdy w pobliżu istniejącej apteki powstanie nowy podmiot wchodzący w skład sieci aptecznej, to dotychczasowa placówka zazwyczaj zaczyna mieć problemy z płynnością finansową i w niedługim czasie ulega likwidacji. Z sieciami aptecznymi mogą bowiem wygrać podmioty, które posiadają dobrą lokalizację, niskie koszty funkcjonowania oraz stosują marketingowe podejście do zarządzania apteką, opierając się na orientacji rynkowej.

1.5.1.2. Groźba substytucyjnych wyrobów i usług

Przedsiębiorstwa produkcyjne w szerokim zakresie konkurują z przedsiębiorstwami wytwarzającymi wyroby substytucyjne, które ograniczają potencjalne zyski w danym sektorze. Efektywność i atrakcyjność pod względem ceny wyrobów substytucyjnych stanowi wyznacznik ograniczeń zysków w danym sektorze[250]. Zatem groźba pojawienia się substytucyjnych produktów i usług stanowi istotne zagrożenie dla producenta oferującego produkty i usługi, które są łatwe do skopiowania i modyfikacji. W sytuacji przedsiębiorstw usługowych, wykorzystujących w procesie świadczenia usług dostępny na rynku asortyment produktów groźba pojawienia się substytucyjnych produktów nie ma kluczowego znaczenia.

W odniesieniu do aptecznego rynku farmaceutycznego nie można mówić o groźbie substytucyjnych wyrobów i usług w ścisłym tego słowa znaczeniu z uwagi na specyficzne uregulowania w systemie prawa farmaceutycznego, odnoszące się do rodzaju asortymentu dostępnego w aptece ogólnodostępnej. Ustawodawca bowiem obliguje apteki ogólnodostępne do posiadania produktów leczniczych i wyrobów medycznych w ilości i asortymencie niezbędnym do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych miejscowej ludności, ze szczególnym uwzględnieniem leków i produktów spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, na które ustalono limit finansowania[251]. W prawie farmaceutycznym nie zdefiniowano pojęcia „ilości i asortymentu niezbędnego do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych miejscowej ludności", dając swobodę podmiotom prowadzącym i zarządzającym,

[250] M.E. Porter, *Strategia konkurencji…*, dz. cyt., s. 44.

[251] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 95, ust. 1–1a.

zwłaszcza kierownikom aptek, w zakresie realizacji polityki zaopatrywania apteki w stosowną „ilość i asortyment", ograniczając ją jedynie do kwestii zaspokojenia potrzeb zdrowotnych miejscowej ludności. Ustawodawca dopuszcza również możliwość występowania braków w asortymencie produktów leczniczych, w tym leków recepturowych, co wynika z art. 95 ust. 3 ustawy Prawo farmaceutyczne, jednak zobowiązuje kierownika apteki do zapewnienia dostępności stosownego produktu leczniczego w terminie uzgodnionym z pacjentem. Istnieje wprawdzie legalna możliwość zwolnienia apteki na wniosek kierownika apteki z prowadzenia środków odurzających grupy I-N i substancji psychotropowych grupy II-P przez wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego, jednak z marketingowego punktu widzenia nie jest to krok zmierzający w dobrym kierunku, albowiem jest sprzeczny ze społeczną misją apteki, realizowaną w ramach systemu ochrony zdrowia pacjenta i ochrony zdrowia publicznego. Poza tym szeroki wybór asortymentu i dostępność leków bez konieczności ponownej wizyty w aptece stanowią kluczowe kryterium decydujące o wyborze apteki przez klienta.

Groźba substytucyjnych wyrobów i usług nie może również występować na aptecznym rynku farmaceutycznym w takim zakresie, jak w przypadku przedsiębiorstw produkcyjnych, w związku ze specyficznie unormowanym procesem dystrybucji. Apteki są zobligowane do dokonywania zakupów produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w stosunku do których wydano decyzję o objęciu refundacją, wyłącznie od podmiotów posiadających zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej. Zatem nie ma w tym zakresie pełnej swobody. Aby zapewnić jak najlepszy dostęp do szerokiego asortymentu leków, apteki zaopatrują się w kilku hurtowniach farmaceutycznych, z których tylko jedna jest partnerem wiodącym. W odniesieniu do dystrybucji prowadzonej przez hurtownie farmaceutyczne nie obowiązuje zakaz konkurencji. Nie ma więc możliwości wystąpienia substytucji po stronie apteki, albowiem wszystkie produkty są osiągalne dla każdego podmiotu prowadzącego działalność zarejestrowaną jako apteka ogólnodostępna. Apteki mogą w tym zakresie konkurować jedynie bieżącą dostępnością asortymentu produktów oraz skrócić czas oczekiwania na leki, prowadząc politykę zaopatrywania w taki sposób, aby pacjent zrealizował zamówienie przy pierwszej wizycie w aptece bez konieczności umawiania się na kolejną wizytę[252].

[252] K. Żak, *Działania marketingowe*…, dz. cyt., s. 57.

1.5.1.3. Siła przetargowa nabywców

Sektor może być uznany za atrakcyjny, jeżeli jest w stanie dyktować warunki swoim nabywcom, co pozwala przedsiębiorstwom w nim funkcjonującym maksymalizować marżę przez wysoką cenę zbytu[253]. Pozycja przetargowa przedsiębiorstwa stanowi pochodną relacji podaży określonego wyrobu (usługi) i popytu na ten wyrób (usługę)[254]. Nabywcy konkurują z sektorem, wywierając presję na obniżanie cen, żądając wyższej jakości produktów (usług) lub domagając się zwiększenia zakresu obsługi oraz przeciwstawiając sobie konkurentów[255].

Nabywcami produktów i usług farmaceutycznych są klienci apteki ogólnodostępnej (pacjenci) – podmiotu stanowiącego ostatnie ogniwo obrotu detalicznego, dostarczającego produkty do finalnego nabywcy. Siła przetargowa nabywców na aptecznym rynku farmaceutycznym zależy od wielu czynników, z których najistotniejsze to lokalizacja placówki, natężenie procesów konkurencyjnych i poziom cen. Wpływ nabywców na poziom cen w aptece został mocno ograniczony przez ustawodawcę na skutek wprowadzenia urzędowych cen zbytu, urzędowych marż hurtowych i detalicznych, które mają charakter cen i marż sztywnych[256]. Przykładowo lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny, dla którego wydana została decyzja administracyjna o objęciu refundacją, dostępny na receptę w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń, jak również we wskazaniu określonym stanem klinicznym, jest wydawany świadczeniobiorcy[257]:

1) bezpłatnie;
2) za odpłatnością ryczałtową;
3) za odpłatnością w wysokości 30% albo 50% ich limitu finansowania
   – do wysokości limitu finansowania i za dopłatą w wysokości różnicy między ceną detaliczną a wysokością limitu finansowania.

Wskazane ograniczenia prawne powodują, że klienci (pacjenci) mogą wywierać presję cenową jedynie na cenę pełnopłatnych leków na receptę oraz leków OTC (ang. *over the counter*), a także pozostałego asortymentu

[253] M. Romanowska, *Planowanie strategiczne…*, dz. cyt., s. 46.
[254] G. Gierszewska, M. Romanowska, *Analiza strategiczna*…, dz. cyt., s. 81.
[255] M.E. Porter, *Strategia konkurencji…*, dz. cyt., s. 45.
[256] Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, Dz.U. z 2011 r. Nr 122, poz. 696, ze zm., art. 6–9.
[257] Tamże, art. 6 ust. 1 pkt 1, ust. 2.

(środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, suplementów diety, kosmetyków, środków higienicznych, przedmiotów do pielęgnacji niemowląt i chorych, środków spożywczych zawierających w swoim składzie farmakopealne naturalne składniki pochodzenia roślinnego, środków dezynfekcyjnych stosowanych w medycynie), który nie znajduje się na liście produktów objętych refundacją. Pomimo wprowadzenia sztywnych cen urzędowych na ceny leków refundowanych klienci aptek ogólnodostępnych próbują wpływać na poziom cen pozostałego asortymentu produktów w aptece. Należy zauważyć, że weryfikują oni ceny, aby upewnić się, czy nie przepłacają za produkt[258]. Wielu z nich w ogóle nie przejawia skłonności do pozostania wiernymi jednej marce produktów, zastępując dotychczas kupowane marki innymi[259].

W rejonach o mniejszej liczbie aptek ogólnodostępnych siła przetargowa nabywców będzie inna niż w lokacjach o ich dużym natężeniu, stąd wpływ klientów (pacjentów) na kształtowanie polityki cenowej apteki jest zróżnicowany i uzależniony m.in. od:

- lokalnego natężenia podmiotów – liczby aptek zlokalizowanych w najbliższej okolicy – im większa liczba aptek w okolicy, tym większa siła przetargowa pacjentów (wzrost natężenia konkurencji powoduje wzrost siły przetargowej klientów);
- lokalnego natężenia nabywców – liczby ludności w rejonie lokacji apteki – im większa liczba ludności w okolicy apteki, tym mniejsza jej siła przetargowa (duża liczba ludności przekłada się na większą liczbę klientów, którzy wpływają na przychody apteki, co powoduje obniżenie się ich siły wpływu);
- poziomu zamożności lokalnej ludności i wrażliwości klienta na zmiany wysokości cen – im bardziej zamożna jest okoliczna ludność, tym jej siła wpływu jest mniejsza (wzrost zamożności wpływa na mniejszą wrażliwość klientów na cenę i mniejszą presję cenową, obniżenie się dochodów klientów wpływa na większą wrażliwość na poziom cen i większą presję na obniżanie ich poziomu; popyt na produkty i usługi farmaceutyczne wśród klientów bardziej podatnych na wahania cen spada wraz ze wzrostem poziomu cen – klienci kupują mniej i są skłonni wywierać większą presję na aptekę, żądając obniżenia poziomu cen);

[258] Por. R. East, M. Wright, M. Vanhuele, *Zachowania konsumentów*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011, s. 243.

[259] A. Czerw, *Satysfakcja i lojalność klienta na rynku farmaceutycznym*, CeDeWu, Warszawa 2008, s. 43.

– świadomości klientów dotyczącej swojej siły przetargowej – im większa świadomość klientów odnośnie do swojej siły przetargowej, tym wyższa ich siła wpływu (wzrasta presja na aptekę z żądaniem obniżenia poziomu cen produktów farmaceutycznych i podwyższenia poziomu jakości usług);
– siły pozycji rynkowej apteki ogólnodostępnej – im silniejsza pozycja apteki na rynku, tym mniejsza siła wpływu klientów.

Oceniając siłę przetargową nabywców, należy powyższe czynniki rozpatrywać łącznie, przyjmując zasadę, że im mniejsza siła wpływu klientów na funkcjonowanie apteki, tym atrakcyjność sektora wzrasta. Czynnikami charakteryzującymi nabywcę usług farmaceutycznych są:
– rozproszone grupy nabywców – brak grup skoncentrowanych;
– dominujący model nabywcy: nabywca indywidualny – detalista, a nie hurtowy – co stanowi pochodną regulacji prawnych w odniesieniu do łańcucha dystrybucji (apteka świadczy usługi dla nabywcy ostatecznego/indywidualnego);
– silna pozycja przetargowa nabywcy – nabywcy wywierający dużą presję na obniżkę ceny i wysoką jakość obsługi przy wzrastającym zakresie obsługi;
– duża możliwość wyboru innego dostawcy produktów i usług farmaceutycznych, wynikająca ze struktury podmiotowej rynku (12 080 aptek ogólnodostępnych w 2020 r.);
– znormalizowany charakter produktów i usług farmaceutycznych;
– nabywca wymagający, nielojalny – co stanowi pochodną zróżnicowanej oferty cenowej w aptekach.

Sukces aktywności rynkowej apteki ogólnodostępnej jest jednak uzależniony od zrozumienia istoty potrzeb pacjentów, które, prawidłowo określone i skutecznie zaspokojone, mogą doprowadzić do zwiększenia obrotów apteki[260]. Preferencje klientów na rynku farmaceutycznym bowiem opierają się na następujących założeniach:
– postępowanie klienta jest świadome i racjonalne, oparte na szeregowaniu koszyków dóbr i przenoszeniu (tranzycie) cech (preferencji);
– klient szereguje kombinację (koszyków) dóbr według uzyskiwanej użyteczności (zadowolenia);

[260] M. Michalik, *Zachowania nabywców i segmentacja rynku farmaceutycznego*, [w:] Michalik M., Pilarczyk B., Mruk H., *Marketing strategiczny na rynku farmaceutycznym* (79–97), Oficyna a Wolters Kluwer business, Kraków 2014, s. 79–80.

– dla klienta ważne są ceny, po których nabywa produkty, i dochód, który może na to wydać;
– klient dąży do maksymalizacji satysfakcji w ramach posiadanego budżetu;
– klient woli „więcej niż mniej", co powoduje, że z dwóch koszyków dóbr wybiera taki, w którym jest więcej przynajmniej jednego dobra, pod warunkiem że nie zawiera on mniejszej ilości innego dobra.

Znajomość preferencji klienta pozwala na dokonanie jego charakterystyki w oparciu o udzielenie odpowiedzi na następujące pytania[261]:

– Kto kupuje? Kto dokonuje zakupów, kto podejmuje decyzje dotyczące listy kupowanych produktów, jak kształtują się potrzeby danej grupy klientów?
– Co kupuje? Jakie rodzaje produktów nabywa: leki etyczne, preparaty OTC, kosmetyki, leki homeopatyczne, drobny sprzęt medyczny?
– Jak kupuje? W jaki sposób reguluje należność: gotówką, kartą kredytową, kartą płatniczą, za pomocą telefonu?
– Kiedy kupuje? Z jaką częstotliwością dokonuje zakupów: codziennie, kilka razy w tygodniu, kilka razy w miesiącu, okazjonalnie?
– Gdzie kupuje? W jakich miejscach zaopatruje się w leki: w sieciach handlowych, w centrach handlowych, blisko domu, blisko przychodni, w aptekach z częścią samoobsługową?
– Jak często kupuje? Czy gromadzi zapasy, czy kupuje leki do natychmiastowego zużycia, czy ma dobrze wyposażoną apteczkę domową?
– Dlaczego kupuje? Jakie są motywy zakupów: wzrost odporności organizmu, poprawa wyglądu, poprawa stanu zdrowia, większa witalność?

Odpowiedzi udzielone na wskazane pytania pozwolą stworzyć w aptece podstawową bazę danych, która ułatwi osobom zarządzającym przygotowanie odpowiednich strategii działania.

1.5.1.4. Siła przetargowa dostawców

Sektor można uznać za atrakcyjny, jeżeli jest on w stanie dyktować warunki nie tylko nabywcom, ale również swoim dostawcom, co umożliwia przedsiębiorstwom maksymalizację marży przez tanie zakupy[262]. Dostawcy mogą wykorzystywać siłę przetargową wobec przedsiębiorstwa, wywierając presję

[261] Tamże, s. 81–82.
[262] M. Romanowska, *Planowanie strategiczne…*, dz. cyt., s. 46.

na podniesienie cen lub grożąc obniżeniem jakości oferowanych produktów lub usług[263].

Dostawcami i jednocześnie pośrednikami handlowymi w dystrybucji produktami farmaceutycznymi, zwłaszcza produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi oraz środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego na aptecznym rynku farmaceutycznym są hurtownie farmaceutyczne, co znajduje odzwierciedlenie w ustawie Prawo farmaceutyczne[264] oraz w rozporządzeniu wykonawczym[265]. Do obowiązków przedsiębiorcy prowadzącego działalność polegającą na prowadzeniu hurtowni farmaceutycznej należy dostarczanie produktów leczniczych wyłącznie podmiotom uprawnionym, co w przypadku obrotu detalicznego w pełnym zakresie odnosi się do aptek ogólnodostępnych, a w ograniczonym – do punktów aptecznych i placówek obrotu pozaaptecznego[266]. Ustawodawca również w obowiązkach kierownika apteki zawarł klauzulę obligującą go do[267]:

- weryfikowania uprawnień dostawców, odbiorców, zleceniobiorców i zleceniodawców do wykonywanych czynności;
- weryfikowania, czy nabywane produkty lecznicze pochodzą wyłącznie od podmiotów posiadających zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej;
- weryfikowania, czy nabywane środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, w stosunku do których wydano decyzje o objęciu refundacją, pochodzą wyłącznie od podmiotów posiadających zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej.

Powyższe uregulowania stawiają hurtownie farmaceutyczne w roli pośrednika handlowego, a ściślej rzecz ujmując: w roli obligatoryjnego dostawcy.

Dostawcami pozostałego asortymentu (środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, suplementów diety, kosmetyków, środków higienicznych, przedmiotów do pielęgnacji niemowląt i chorych,

[263] M.E. Porter, *Strategia konkurencji…*, dz. cyt., s. 49.

[264] Por. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 72, 78.

[265] Por. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2022 r. w sprawie podmiotów uprawnionych do zakupu produktów leczniczych w hurtowni farmaceutycznej, Dz.U. z 2022 r., poz. 852, § 1, ust. 1.

[266] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 68 ust. 1, art. 70 ust. 1, art. 71 ust. 1.

[267] Tamże, art. 8, 9, 11.

środków spożywczych zawierających w swoim składzie farmakopealne naturalne składniki pochodzenia roślinnego, środków dezynfekcyjnych stosowanych w medycynie), który nie znajduje się na liście produktów objętych refundacją, mogą być producenci i ich przedstawiciele handlowi.

Apteka ogólnodostępna również korzysta z oferty dostawców zaopatrujących ją w artykuły zabezpieczające bieżące funkcjonowanie apteki, takich jak:

- dostawcy energii elektrycznej i paliw (w przypadku posiadania samochodów służbowych) oraz wody z wodociągów;
- dostawcy usług teleinformatycznych, ubezpieczeniowych, ochronnych;
- dostawcy usług związanych z utylizacją leków i odbiorem nieczystości;
- dostawcy wody pitnej dla klientów;
- dostawcy materiałów biurowych, środków czystości itp.

Charakter świadczonych usług oraz koszty zakupu produktów wpływają na bieżące koszty działalności rynkowej apteki i mogą stanowić ważną pozycję w kosztach całkowitych funkcjonowania apteki. Siła przetargowa dostawców jest determinowana przez następujące czynniki:

- ograniczenie procesu dystrybucji (swobody wyboru dostawcy) – ukierunkowany warunkami prawnymi (wymuszony) system dystrybucji produktów leczniczych – konieczność dokonywania zakupu leków w hurtowniach farmaceutycznych – do zadań kierownika apteki ogólnodostępnej należy weryfikowanie, czy nabywane środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, w stosunku do których wydano decyzje o objęciu refundacją, pochodzą wyłącznie od podmiotów posiadających zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej (art. 88 ust. 5 pkt 11 ustawy Prawo farmaceutyczne);
- większą swobodę wyboru dostawcy przez aptekę ogólnodostępną w przypadku dystrybucji produktów OTC, suplementów diety i dermokosmetyków;
- stosunkowo dużą liczbę hurtowni farmaceutycznych – 1035 (stan na 31 lipca 2022 r.)[268];
- podobieństwo asortymentu hurtowni farmaceutycznych, znormalizowany charakter produktów i usług farmaceutycznych;

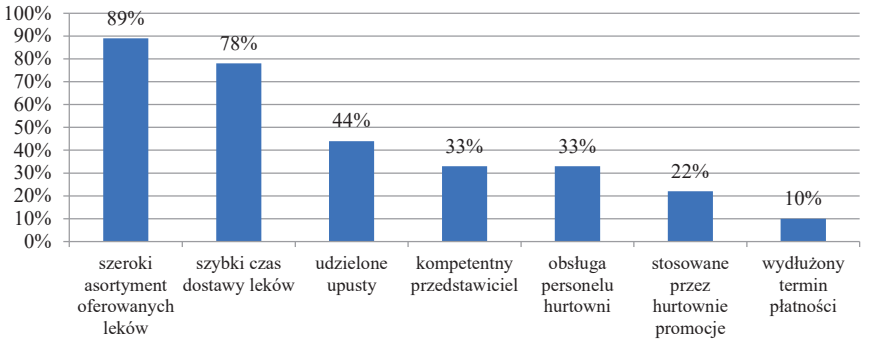
[268] Rejestry medyczne, *Rejestr Hurtowni Farmaceutycznych.* Pobrano z: https://rejestrymedyczne.ezdrowie.gov.pl (dostęp: 23.07.2022).

– brak zagrożenia integracją w przód ze strony dostawcy – właściciel hurtowni nie może prowadzić apteki ogólnodostępnej – zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej nie wydaje się, jeżeli podmiot ubiegający się o zezwolenie prowadzi lub wystąpił z wnioskiem o wydanie zezwolenia na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej lub zajmuje się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi (art. 99 ust. 3 pkt 1 ustawy Prawo farmaceutyczne);
– zróżnicowaną ofertę handlową dla aptek ogólnodostępnych uzależniona od wysokości zamówienia produktów u konkretnego dostawcy.

Wymóg zaopatrywania się apteki ogólnodostępnej w produkty lecznicze oraz refundowane środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, oraz wyroby medyczne od podmiotów posiadających zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej powoduje, że apteka zaopatruje się we wskazany asortyment w kilku hurtowniach farmaceutycznych oraz korzysta z wielu dostawców pozostałego asortymentu. Dla większości aptek (ponad 90%) hurtownia farmaceutyczna jest głównym dostawcą, przy czym ponad 80% aptek współpracuje z 2–4 hurtowniami jednocześnie[269]. Apteki z najdłuższym stażem na rynku wybierają hurtownie farmaceutyczne, które mają szeroki asortyment, szybko dostarczają towar, udzielają opustów oraz mają kompetentną obsługę (rysunek 30)[270].

Wzorcowa hurtownia powinna mieć zatem szeroki asortyment oferowanych leków, oferować szybki czas dostawy zamówienia, udzielać opustów cenowych, posiadać kompetentnego przedstawiciela i profesjonalną obsługę. Mniejsze znaczenie mają wydłużone terminy płatności i stosowane promocje sprzedaży[271].

[269] B. Pilarczyk, *Procesy dystrybucji…*, dz. cyt., s. 168.
[270] K. Szalonka, *Nowe trendy w rozwoju marketingu na polskim rynku aptecznym w świetle badań*, [w:] Rosa G., Smalec A. (red.), *Marketing przyszłości. Trendy. Strategie. Instrumenty. Media w kreowaniu wizerunku* (138–148), „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego" nr 414, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2005, s. 142.
[271] Tamże.



Rysunek 30. Determinanty wyboru hurtowni przez apteki

Źródło: K. Szalonka, *Nowe trendy…*, dz. cyt., s. 142.

Standaryzacja produktów farmaceutycznych i homogeniczność asortymentu w hurtowni farmaceutycznej oraz duża liczba podmiotów posiadających zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej (1035) powodują, że siła przetargowa hurtowni farmaceutycznych nie jest wysoka, albowiem hurtownie również konkurują między sobą, prześcigając się w tworzeniu dogodnych dla aptek warunków handlowych. Apteki mają więc szeroką możliwość wyboru warunków handlowych oferowanych przez podmioty alternatywne o zbliżonej lub wyższej atrakcyjności. Definicja obrotu hurtowego nie daje hurtowniom farmaceutycznym uprawnienia do bezpośredniego zaopatrywania ludności, więc w praktyce nie istnieje groźba integracji w przód z jej strony[272].

Większą siłą przetargową dysponują dostawcy asortymentu, który nie znajduje się na liście produktów objętych refundacją, a jego marka jest rozpoznawalna i pożądana przez pacjentów. Nie są oni zobligowani przez ustawodawcę do dostarczania swoich wyrobów za pośrednictwem hurtowni farmaceutycznych, a tworząc własne kanały dystrybucji (najczęściej z wykorzystaniem przedstawicieli medycznych, farmaceutycznych i handlowych), mogą dyktować aptekom warunki handlowe.

1.5.1.5. Rywalizacja między istniejącymi podmiotami

Rywalizacja między konkurentami polega na zdobyciu jak najlepszej pozycji i występuje wtedy, gdy konkurent widzi okazję do poprawienia własnej pozycji albo podlega naciskom sytuacji[273]. Rywalizacja towarzyszy

[272] Por. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 72 ust. 3.

[273] M.E. Porter, *Strategia konkurencji…*, dz. cyt., s. 37.

zachowaniom przedsiębiorców uczestniczących w grze rynkowej, zatem konkurencja jest zjawiskiem normalnym, a jej występowanie jest możliwe tylko wówczas, gdy tzw. gra rynkowa może mieć miejsce, a więc w ramach gospodarki wolnorynkowej[274]. Rywalizacja między konkurentami bazuje na płaszczyźnie konfliktu, który stanowi naturalne zjawisko interakcji między podmiotami i jest symptomem dążenia do zaspokojenia ograniczonej liczby nabywców. Poprawa pozycji rynkowej może nastąpić poprzez[275]:

- konkurencję cenową;
- wojnę reklamową (polegającą na wykupywaniu billboardów w najdogodniejszych lokacjach przedstawiających wyłącznie informacje o lokalizacji apteki i godzinach jej otwarcia);
- wprowadzenie nowych wyrobów;
- zwiększony zakres obsługi klientów;
- zwiększony zakres gwarancji.

Posunięcia konkurencyjne jednego podmiotu wywierają widoczne skutki w sferze działalności operacyjnej pozostałych uczestników gry rynkowej, w wyniku czego mogą pobudzać do działań odwetowych lub neutralizujących. Zauważyć przy tym należy, że nie wszystkie akcje podejmowane przez podmioty rynkowe (i nie zawsze) muszą wywoływać reakcje konkurentów. Pojawienie się reakcji konkurentów zależy bowiem nie tylko od ich usytuowania i postępowania, lecz także od preferencji i zachowań nabywców. Intensywność rywalizacji między istniejącymi podmiotami determinują następujące czynniki:

- sektor perspektywiczny – o dużej dynamice wzrostu wartości sprzedaży – rosnąca wartość rynku (40 577 mln zł w 2021 r.);
- silna konkurencja w sektorze – przesycenie rynku (duża liczba aptek – 12 080 w 2020 r.);
- niekorzystna dla apteki wartość wskaźnika liczby ludności na 1 aptekę – 3168 (2020 r.);
- duże zróżnicowanie konkurentów – różne filozofie konkurowania;
- dyktat aptek sieciowych, zwłaszcza w zakresie dostępności produktów i ceny;
- ograniczenie konkurencji:

[274] A. Kidyba, *Prawo handlowe*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2021, s. 139.
[275] M.E. Porter, *Strategia konkurencji…*, dz. cyt., s. 37.

- działalność gospodarcza uzależniona od uzyskania zezwolenia i zarezerwowana w zasadzie wyłącznie dla farmaceuty (art. 99 ust. 4 ustawy Prawo farmaceutyczne),
- ograniczenie demograficzne i geograficzne przy udzielaniu zezwolenia na prowadzenie apteki (art. 99 ust. 3b ustawy Prawo farmaceutyczne),
- ograniczenie aktywności marketingowej – zabroniona jest reklama aptek i punktów aptecznych oraz ich działalności (art. 94a ust. 1 ustawy Prawo farmaceutyczne).

1.5.2. Procesy konkurencyjne na aptecznym rynku farmaceutycznym

Procesy konkurencyjne stanowią integralny element społecznej gospodarki rynkowej opartej na wolności działalności gospodarczej, własności prywatnej oraz solidarności, dialogu i współpracy partnerów społecznych. Termin „konkurencja" jako rywalizacja, współzawodnictwo między poszczególnymi podmiotami, zainteresowanymi osiągnięciem tego samego celu, ma rodowód łaciński i wywodzi się od pojęcia *concurrentia*[276]. Do nauk ekonomicznych pojęcie „konkurencja" zostało wprowadzone w 1776 r. przez Adama Smitha, który badał kształtowanie się długookresowych „cen naturalnych" w procesie „wolnej rywalizacji", czyli dążeniu przedsiębiorstw do maksymalizacji własnych korzyści[277]. Konkurencja według A. Smitha opierała się na dużej liczbie sprzedawców i „grup właścicieli zasobów", poinformowanych o „zyskach, płacach i rentach w gospodarce"[278]. Ma za zadanie zapewniać pomyślność i dobrobyt społeczeństwu w sposób lepszy, niż czyni to władza[279].

Bogactwo podejść do problemu procesów konkurencyjnych wskazuje, że w literaturze przedmiotu istnieje wiele definicji pojęcia „konkurencja" i koncepcji odnoszących się do rywalizacji i współzawodnictwa, w ramach których można wyróżnić dwa podstawowe nurty myślowe[280]:

---

[276] S. Dubisz, *Uniwersalny słownik…*, dz. cyt., t. 2, s. 413.

[277] A. Smith, *Badania nad naturą i przyczynami bogactwa narodów*, PWN, Warszawa 1954, t. 2, s. 42.

[278] H. Landreth, D.C. Colander, *Historia myśli ekonomicznej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005, s. 93.

[279] W. Stankiewicz, *Historia myśli ekonomicznej*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2007, s. 123.

[280] Por. M. Blaug, *Konkurencja jako stan końcowy i jako proces*, "Rector's Lectures", 44, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 2000, s. 3.

– konkurencja rozumiana jako końcowy stan rynku (A.A. Cournot, A. Marshall), w którym ujawniają się ostateczne efekty współzawodnictwa między uczestnikami procesu wymiany, określając w ten sposób swoistą równowagę rynku[281];
– konkurencja rozumiana jako proces rywalizacji (J.M. Clark, C. Menger, F. von Wiesner, F.A. Hayek) eliminujący z biegiem lat wysokie zyski, stanowiące rolę motywatora w działaniach przedsiębiorstw[282].

Dokonując oceny procesów konkurencyjnych, zauważyć należy, że teorie ekonomii zajmują się charakterystyką i wyjaśnianiem zjawisk gospodarczych głównie w skali makro, natomiast konkurencja najczęściej jest postrzegana z punktu widzenia przedsiębiorstw i procesów, w których one uczestniczą, czyli w skali mikro[283]. Zatem konkurencja, rozumiana jako rywalizacja wielu podmiotów o osiągnięcie konkretnego celu, może stanowić siłę napędową gospodarki.

Wieloaspektowość i wielopłaszczyznowość procesów konkurencyjnych utrudnia precyzyjną identyfikację cech konstytutywnych konkurencji. Mianem „konkurowania" określa się najczęściej podejmowanie akcji oraz reagowanie na posunięcia innych przedsiębiorstw w celu zdobycia korzystniejszej od nich pozycji na rynku, aby umożliwić realizację celów przedsiębiorstwa[284]. W praktycznym zaś ujęciu konkurencja polega na walce pomiędzy podmiotami gospodarczymi (przedsiębiorstwami) ukierunkowanej na zdobycie przewagi w zasobach, które pozwolą osiągnąć konkurencyjną przewagę rynkową i w konsekwencji lepszą pozycję finansową[285]. Przed-

[281] Nurt wywodzący się z XIX w., charakterystyczny dla neoklasycznej teorii ekonomii, propagujący doktrynę monopolu i konkurencji doskonałej, został poddany ostrej krytyce na początku lat dwudziestych XX stulecia przez J. Robinson oraz E. Chamberlina. Koncepcja konkurencji doskonałej według J. Robinson oraz E. Chamberlina nie znajduje potwierdzenia w rzeczywistości gospodarczej (popyt nie jest doskonale elastyczny, a opadające krzywe popytu nie występują tylko w monopolu) i nie wyjaśnia wielu problemów. T. Taranko, *Procesy konkurencyjne a strategie produktowo-rynkowe przedsiębiorstw produkcyjnych*, Oficyna Wydawnicza SGH w Warszawie, Warszawa 2010, s. 16.

[282] Nurt charakterystyczny dla ekonomii ewolucyjnej, przyjmuje założenie, że konkurencja odbywa się w kategoriach walki o przetrwanie, opartej na dynamicznych zachowaniach podmiotów i bez stabilnego stanu równowagi, przez co w sposób bardziej kompletny i zbliżony do rzeczywistości odzwierciedla istotę współczesnych procesów konkurencyjnych. Tamże, s. 17–18.

[283] Tamże, s. 29.

[284] M. Krzyżanowska, *Marketing a osiąganie przewagi konkurencyjnej*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Kluczowe pojęcia i praktyczne zastosowania* (37–48), Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2011, s. 39.

[285] S.D. Hunt, R.M. Morgan, *The Comparative Advantage Theory of Competition*, "Journal of Marketing" 1995, 59 (2), p. 13.

siębiorstwo dokonując wyboru obszaru konkurowania pomiędzy opcją konkurowania w obrębie całego rynku lub na wybranym jego obszarze (części regionu, grupy asortymentowej, segmentu nabywców czy technologii), powinno przyjąć odpowiedni wzorzec zachowań konkurencyjnych[286]. Praktyka pokazuje, że przedsiębiorstwo w toku swojej aktywności rynkowej może przyjąć jeden spośród czterech wzorców zachowań konkurencyjnych[287]:

- konfrontację (dążenie do otwartej rywalizacji);
- ograniczenie konkurencji (oparcie się na unikalnych przewagach przedsiębiorstwa: ochrona patentowa, monopol);
- unikanie konkurencji (porozumienia z konkurentami);
- ignorowanie konkurencji (oparcie się na odmienności własnej strategii lub tworzeniu wolnej przestrzeni rynkowej).

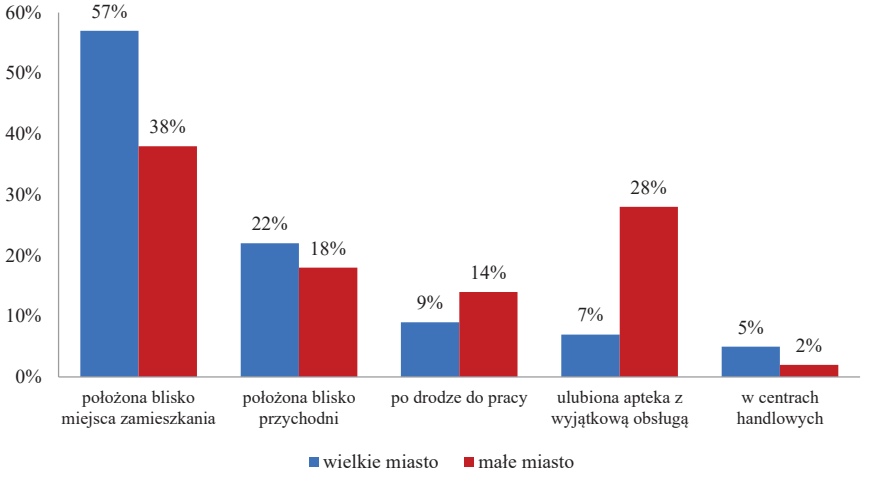
Postawa ignorowania konkurencji może świadczyć o nieracjonalnym zachowaniu przedsiębiorstwa[288]. Może jednak być świadomym wyborem, zgodnym z koncepcją „strategii błękitnego oceanu", opartym na wykreowaniu nowej, niezagospodarowanej przestrzeni rynkowej o dużym potencjale innowacyjnej wartości, dzięki czemu konkurencja przestaje być dla przedsiębiorstwa istotna[289]. Analiza literatury przedmiotu oraz praktyka gospodarcza pokazują, że nie wszystkie przedsiębiorstwa dążą do otwartej rywalizacji, charakterystycznej dla postawy konfrontacyjnej.

W odniesieniu do specyfiki rynku farmaceutycznego konkurencja na rynku aptecznym wynika z osiągnięcia przez rynek fazy dojrzałości, wywołanej zbyt dużą ilością podmiotów zachęconych do inwestowania rosnącą atrakcyjnością rynku. Wysokie nasycenie rynku aptecznego plasuje Polskę w czołówce państw Unii Europejskiej o największym nasyceniu aptekami[290]. Sytuacja konkurencyjna na aptecznym rynku farmaceutycznym stanowi zatem pochodną struktury podmiotowej rynku (polipol) oraz aktywności konkurentów. Natężenie działań konkurencyjnych, wynikające ze zbyt dużej liczby podmiotów świadczących usługi farmaceutyczne na rynku aptecznym, spowodowało wzrost znaczenia podejścia marketingowego w zarządzaniu apteką, mającego na celu rozwiązywanie problemów regulacji

[286] M. Romanowska, *Planowanie strategiczne…*, dz. cyt., s. 234–235.
[287] Z. Pierścionek, *Strategie konkurencji i rozwoju firmy*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003, s. 182–183.
[288] M. Romanowska, *Planowanie strategiczne*…, dz. cyt., s. 235.
[289] Por. W.C. Kim, R. Mauborgne, *Strategia błękitnego oceanu. Jak stworzyć wolną przestrzeń rynkową i sprawić, by konkurencja stała się nieistotna*, MT Biznes, Warszawa 2005, s. 17–44.
[290] J. Klich, *Organizacje opieki…*, dz. cyt., s. 75.

poziomu i charakteru popytu na produkty i usługi przedsiębiorstwa, które koncentruje się na zaspokajaniu potrzeb i oczekiwań klientów w oparciu o trzy elementy: popyt, podaż i ceny[291].

Kluczem do sukcesu rynkowego apteki nie jest zaspokajanie potrzeb i spełnianie oczekiwań klientów w pełni, lecz w sposób sprawniejszy i skuteczniejszy, niż czyni to konkurencja. Wymaga to jednak ciągłej analizy preferencji klientów, co obliguje organ prowadzący aptekę do cyklicznego wykorzystywania badań marketingowych, aby poprzez analizę oczekiwań oraz badanie poziomu satysfakcji klienta dostosować działania apteki do jego preferencji. Zadowolony klient to lojalny klient, który dokonując zakupów, stanowi gwarancję realizacji planów sprzedażowych, co przekłada się na wynik ekonomiczny placówki. Zauważyć przy tym należy, że istnieją wyraźne różnice w czynnikach decydujących o wyborze apteki przez klienta, albowiem inne kryteria decydują o wyborze apteki w dużych miastach, a inne determinują jego zachowania w małych miastach (rysunek 31).

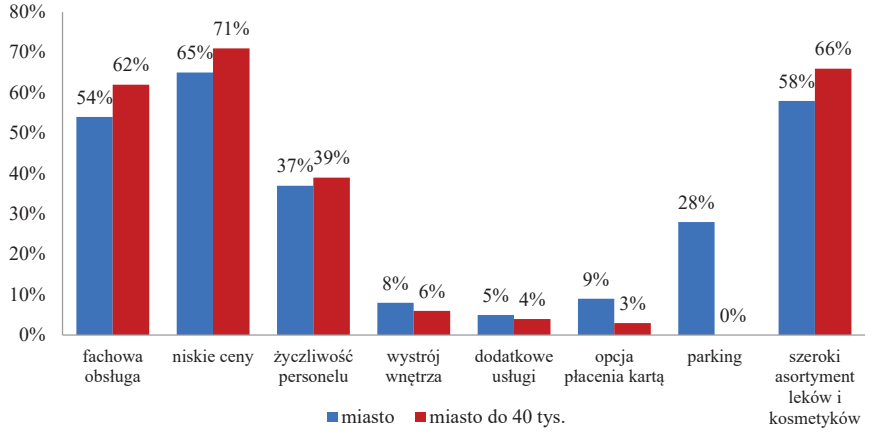


Rysunek 31. Determinanty wyboru apteki przez klientów w mieście

Źródło: K. Szalonka, *Marketing*..., dz. cyt., s. 45–46.

[291] Por. Ph. Kotler, *The Major Tasks of Marketing Management*, "Journal of Marketing" 1973, 37 (4), p. 42.

Różnice są widoczne we wszystkich kategoriach, jednak w obydwu przypadkach najważniejszym czynnikiem jest lokalizacja[292]. W przypadku małych miast ważną rolę odgrywa „wyjątkowość" obsługi, ponieważ klienci aptek z małych miast nie odczuwają presji dużych odległości jak mieszkańcy większych aglomeracji, więc mogą bardziej świadomie dokonać wyboru miejsca zakupu leków[293]. Zdecydowanie inaczej przedstawia się sytuacja, gdy dokona się analizy zachowań nabywców w odniesieniu do aptek o zbliżonej lokalizacji (rysunek 32).



Rysunek 32. Czynniki wyboru apteki o zbliżonej lokalizacji

Źródło: K. Szalonka, *Marketing…*, dz. cyt., s. 50.

Na podstawie analizy preferencji klientów aptek o zbliżonej lokalizacji zauważyć należy, że podstawowymi determinantami są głównie pobudki ekonomiczne (niskie ceny), jednak istotną rolę odgrywa również szeroki asortyment oferty apteki oraz fachowość obsługi i życzliwość personelu. W większych miastach dodatkowo ważna dla nabywców usług

[292] Podobny pogląd prezentują H. Mruk, M. Michalik i T. Barałkiewicz (H. Mruk, M. Michalik, T. Barałkiewicz, *Jak zarządzać*…, dz. cyt., s. 60, 66–68). Według A. Dąbrowskiej i T. Słaby lokalizacja stanowi kluczowy czynnik decydujący o wyborze miejsca dokonywania zakupów przez konsumentów, albowiem 73% konsumentów preferuje dokonywanie zakupów w lokalnych sklepach położonych blisko miejsca zamieszkania (A. Dąbrowska, T. Słaby, *Small Local Stores in Poland: Changes in the Retail Market and Consumer Preferences*, "Journal of Management and Financial Sciences" 2012, 5 (9), p. 71–72).

[293] Por. K. Żak, *Uwarunkowania zachowań…*, dz. cyt., s. 230.

farmaceutycznych jest dostępność miejsc parkingowych i możliwość dokonywania płatności elektronicznych[294].

Znajomość oczekiwań klientów, szczególnie zamieszkujących w okolicy apteki (w rejonie jej oddziaływania operacyjnego), oraz dostosowanie aktywności apteki do preferencji i oczekiwań lokalnej społeczności stanowią przestrzeń rywalizacji między podmiotami świadczącymi usługi farmaceutyczne. Zwycięzcą w tej walce może być apteka, która dostarczy nabywcom większej wartości dodanej niż konkurencyjny podmiot (poprzez świadczenie usług farmaceutycznych o wyższej jakości przy stosunkowo niższej cenie). W swojej aktywności rynkowej apteki powinny mieć obsesję na punkcie swoich klientów, ponieważ jeżeli ci nie będą zadowoleni, to podmiot równie dobrze może zrezygnować z dalszej działalności[295].

Poziom rywalizacji i natężenie procesów konkurencyjnych między aptekami uzależniony jest od świadomości istnienia potrzeb nabywców usług farmaceutycznych. W sektorze, w którym podmioty nie zdają sobie sprawy z oczekiwań i potrzeb swoich klientów, poziom rywalizacji i natężenie procesów konkurencyjnych będą niskie, co może skłonić innych przedsiębiorców, o większej świadomości marketingowej i potencjale rynkowym, do wejścia do sektora, powodując tym samym wzrost natężenia konkurencji. Należy mieć świadomość, że w działalności rynkowej nic nie jest dane raz na zawsze. Z tego względu organ zarządzający oraz menedżerowie i kierownicy aptek muszą się pogodzić z nieuchronnością dewaluacji dotychczasowych strategii oraz z koniecznością podejmowania działań dostosowawczych do zmieniających się warunków otoczenia. Zauważyć przy tym należy, że wielu liderom trudno przychodzi pogodzenie się z sytuacją, że któraś z ich strategii traci skuteczność[296]. Istnieje zauważalna korelacja pomiędzy wielkimi strategiami a silnymi liderami. Na menedżerach bowiem spoczywa obowiązek tworzenia unikalnej pozycji przedsiębiorstwa poprzez zagwarantowanie, że

[294] Podobnie wskazuje B. Pilarczyk, która podaje oczekiwania ostatecznych nabywców w zakresie dystrybucji leków dotyczące: „odpowiedniego ich pogrupowania asortymentowego (dostępności poszukiwanych leków, ich substytutów, zamienników w obrębie danej grupy farmaceutyków), możliwie szybkiego – często natychmiastowego – zaspokajania potrzeb (ciągłość dostaw), odpowiedniej lokalizacji aptek (możliwie najbliżej miejsca zamieszkania) oraz ich dostępności (dogodna lokalizacja, dojazd, punkty sprzedaży czynne całą dobę)". (B. Pilarczyk, *Procesy dystrybucji…*, dz. cyt., s. 157).

[295] Por. Ph. Kotler, *Dziesięć śmiertelnych grzechów marketingu*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2005, s. 33.

[296] Ph. Kotler, J.A. Caslione, *Chaos. Zarządzanie i marketing w erze turbulencji*, MT Biznes, Warszawa 2009, s. 91.

wszyscy pracownicy zrozumieją strategię przedsiębiorstwa i zaczną się do niej stosować[297].

Konkurencja na rynku farmaceutycznym podlega ochronie prawnej ze strony państwa. Ustawodawca wprowadził w systemie prawa farmaceutycznego ograniczenia, określając poziom koncentracji, powyżej którego nie wydaje się podmiotom wnioskującym zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej (1% aptek prowadzonych na terenie województwa). Ograniczeniem konkurencji jest również wprowadzenie kryteriów demograficznych i geograficznych przy udzielaniu przedmiotowych zezwoleń oraz limitowanie liczby podmiotów (ustawodawca dopuszcza możliwość prowadzenia przez organ właścicielski maksymalnie 4 aptek ogólnodostępnych). Działania antykoncentracyjne (ograniczenie koncentracji poziomej) mają za zadanie zapobiec monopolizacji rynku farmaceutycznego ze strony dużych korporacji i sieci aptecznych oraz ochronę konkurencji poprzez określenie zasad i trybu udzielania zezwoleń na prowadzenie apteki. Podobny cel ma ustawowy zakaz koncentracji pionowej, polegający na odmowie udzielenia zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej podmiotom prowadzącym hurtownie farmaceutyczne lub zajmującym się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi[298].

Przestrzeń do skutecznego konkurowania stanowić może również udział apteki w programie opieki farmaceutycznej, która w systemie prawa farmaceutycznego uplasowana została jako świadczenie zdrowotne związane z wykonywaniem zawodu farmaceuty[299]. Po raz pierwszy termin „opieka farmaceutyczna" pojawił się w 1975 r., jednak pierwotnie oznaczał wszystkie działania związane z przygotowaniem i dyspensowaniem leków[300]. W 1980 r. do definicji opieki farmaceutycznej wprowadzono mechanizm sprzężenia zwrotnego[301], a w 1987 r. ujęto po raz pierwszy obowiązki farmaceuty wobec pacjenta, wskazując, że tylko farmaceuta jest w stanie zapewnić

[297] M.E. Porter, *Leader as Strategist. Create a unique position*, "Leadership Excellence" 2006, 26 (6), p. 6.

[298] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 99 ust. 3 pkt 1.

[299] Por. Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, Dz.U. z 2021 r., poz. 97, ze zm., art. 4 ust. 1–2.

[300] Por. R.L. Mikeal, T.R. Brown, H.L. Lazarus, M.C. Vinson, *Quality of pharmaceutical care in hospitals*, "American Journal of Hospital Pharmacy" 1975, 32 (6), p. 567–574; K. Żak, *Prawne i etyczne aspekty funkcjonowania apteki ogólnodostępnej na rynku farmaceutycznym*, „Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów", Zeszyt Naukowy nr 126, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2013, s. 174–175.

[301] Por. D.C. Brodie, P.A. Parish, J.W. Poston, *Societal Needs for Drugs and Drug Related Services*, "American Journal of Pharmaceutical Education" 1980, 44 (3), p. 276–278.

właściwą kontrolę nad procesem farmakoterapii[302]. Konkretyzacja definicji nastąpiła w 1990 r. poprzez jej określenie jako „odpowiedzialnego zapewnienia terapii farmakologicznej w celu osiągnięcia określonych wyników, które poprawiają jakość życia pacjenta (...)" i od tego okresu w tym kształcie stała się ona pierwszym, powszechnie akceptowalnym określeniem opieki farmaceutycznej[303]. Opieka farmaceutyczna, jako płaszczyzna współpracy trzech podmiotów: lekarza, pacjenta i farmaceuty, ma zapewnić bezpieczeństwo farmakoterapii poprzez wzmożoną kontrolę nad procesem stosowania leków. Wspólny nadzór nad procesem farmakoterapii może pozytywnie wpływać na relacje farmaceutów z pacjentami, tworząc między nimi więzi oparte na zaufaniu. Praktyka pokazuje, że budowanie bliskich relacji z klientami (pacjentami) przekłada się na ich większą lojalność względem apteki, co pośrednio przekłada się na efektywność realizacji jej celów komercyjnych. Jeżeli klient, dokonując zakupów w aptece, otrzyma większą wartość dodaną świadczonych przez aptekę usług farmaceutycznych, to będzie należał do grona stałych i lojalnych ambasadorów apteki.

Opieka farmaceutyczna może stanowić element odróżniający daną aptekę od konkurentów, zaś jakość jej realizacji może stanowić o przewadze konkurencyjnej apteki[304]. Jak słusznie wskazuje H. Mruk, apteki powinny szukać wyróżników odróżniających je od siebie, co pozwala sformułować cztery podstawowe strategie konkurencji[305]:

- działania defensywne – jako domena apteki mającej pozycję lidera; lider powinien „atakować samego siebie", czyli wprowadzać zmiany w strategii, aby utrudnić przejmowanie rynku innej aptece;
- działania ofensywne – jako domena apteki, która chce zająć pozycję lidera; pretendent powinien analizować silne strony lidera, poszukać słabego punktu w silnej stronie lidera i zaatakować ten punkt w możliwie najwęższym obszarze;

---

[302] Ch.D. Hepler, *The third wave in pharmaceutical education and the clinical movement*, "American Journal of Pharmaceutical Education" 1987, 51 (4), p. 369–385.

[303] Ch.D. Hepler, L.M. Strand, *Opportunities and responsibilities in Pharmaceutical Care*, "American Journal of Hospital Pharmacy" 1990, 47 (3), p. 539. Por. J. Łazowski, *Podstawy opieki farmaceutycznej*, [w:] *Apteka Plus. Prawo i Zarządzanie*, C.2.1, Wydawnictwo dr Josef Raabe Spółka Wydawnicza Sp. z o.o., Warszawa 2003; J. Łazowski, *Opieka farmaceutyczna w Europie*, [w:] *Apteka Plus. Prawo i Zarządzanie*, C.2.3, Wydawnictwo dr Josef Raabe Spółka Wydawnicza Sp. z o.o., Warszawa 2003; J. Łazowski, *Podstawy opieki farmaceutycznej w teorii i praktyce aptecznej*, Wydawnictwo Farmapress, Warszawa 2005, s. 31–34.

[304] Por. M.E. Porter, *Creating...*, dz. cyt., s. 13.

[305] H. Mruk, *Konkurencja na rynku aptecznym*, [w:] Mruk H. (red.), *Marketingowe zarządzanie apteką* (47–63), ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013, s. 61.

– oskrzydlenie – jako strategia dla każdej apteki; oskrzydlenie może nastąpić na niezdobytym dotąd terenie przy stosowaniu niskiej lub wysokiej ceny, szerszego zakresu usług, nowych usług, samoobsługi, rozbudowanego merchandisingu i innych działań;
– działania partyzanckie – nękanie lidera i konkurentów różnorodnymi działaniami, zalecane dla aptek, które bronią atrakcyjnego segmentu rynkowego.

Według H. Mruka 1% aptek jest w defensywie, 2% w ofensywie, 3% oskrzydla, a 94% stosuje strategie partyzanckie[306]. Wyróżnikiem może być udział apteki w programie szczepień, w ramach których można zyskać dodatkowe grupy nabywców.

Farmaceuci jako przedstawiciele zawodu zaufania publicznego w swoim postępowaniu powinni kierować się zasadami etyki i deontologii zawodowej, albowiem tylko wtedy stają się wizytówką przedsiębiorstwa i mogą być skutecznymi ambasadorami wartości. Konsumenci oceniają autentyczność przedsiębiorstwa przez ocenę jego pracowników, zaś dostarczanie wartości dodanej, związanej z profesjonalnym doradztwem w ramach sprawowania opieki farmaceutycznej i udzielania usług farmaceutycznych, może „przywiązać" określonego pacjenta do konkretnej apteki[307]. Lojalność nabywcy bowiem jest związana z pozytywną opinią o ofercie, sprzedawcy, producencie, marce handlowej i łączy nabywcę z wartością, jaka jest mu dostarczana[308].

Poziom rywalizacji i natężenie procesów konkurencyjnych są uzależnione również od innowacji i nowych technologii[309]. Zaopatrzenie apteki w najnowocześniejszy sprzęt, wspomagający i przyspieszający proces wytwarzania leków recepturowych i aptecznych oraz zwiększający funkcjonalność wnętrza może przechylić szalę zwycięstwa w walce rynkowej na korzyść podmiotu inwestującego w nowoczesne rozwiązania technologiczne. Dodatkowo efektywne wykorzystanie w procesie świadczenia usług technologii informacyjnej umożliwia gromadzenie danych handlowych, ułatwiających podejmowanie decyzji operacyjnych, co stanowi dodatkowy atut apteki w procesach konkurencyjnych.

---

306 Tamże, s. 62.

307 Por. Ph. Kotler, H. Kartajaya, I. Setiawan, *Marketing 3.0. Dobry produkt? Zadowolony klient? Spełniony Człowiek!*, MT Biznes, Warszawa 2010, s. 95.

308 L. Garbarski, *Zachowania nabywców*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2001, s. 74.

309 P.F. Drucker, *Praktyka zarządzania*, MT Biznes, Warszawa 2005, s. 543–544.

Rozdział 2.

Orientacja aktywności a budowanie przewagi konkurencyjnej

2.1. Rodzaje orientacji aktywności aptek ogólnodostępnych

Prowadzenie działalności operacyjnej przez apteki ogólnodostępne na rynku farmaceutycznym wynika zarówno z ich wewnętrznych uwarunkowań strategicznych, jak i z czynników pochodzących z otoczenia rynkowego i ogólnego. W obszarze uwarunkowań wewnętrznych i zewnętrznych apteki podejmują starania mające na celu osiągnięcie zakładanych celów komercyjnych. W tym celu dokonują wyboru najskuteczniejszego wariantu działania spośród możliwych sposobów, nazywanych orientacjami działania przedsiębiorstwa[310]. Analiza literatury w zakresie orientacji działania przedsiębiorstw jest niezwykle bogata, choć zauważyć należy, że najczęściej autorzy powołują się na dorobek i typologię Ph. Kotlera. Obserwowane są drobne rozbieżności w nazewnictwie wskazujące na orientacje zarządzania marketingowego (Ph. Kotler, K.L. Keller, G. Armstrong), orientacje działania przedsiębiorstw (L. Garbarski, I. Rutkowski, W. Wrzosek), orientacje przedsiębiorstw (R. Niestrój) lub orientacje aktywności (T. Taranko)[311].

Każdy sposób aktywności wymaga od przedsiębiorstwa przyjęcia takiej formy prowadzenia działalności operacyjnej, która umożliwia implementację ergonomicznych rozwiązań w zakresie działalności marketingowej[312]. Katalog tych rozwiązań, determinowany przez czynniki wewnętrzne i zewnętrzne, może bezpośrednio lub pośrednio oddziaływać na pozycję rynkową i wyniki finansowe przedsiębiorstwa, a ta pozycja z kolei ze względu na siłę oraz długotrwałość oddziaływania może być różna[313]. Apteka ogólno-

[310] L. Garbarski, *Istota marketingu*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Koncepcja skutecznych działań* (21–36), Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2011, s. 24.

[311] T. Janicka-Michalak, *Rodzaje orientacji działania (aktywności) aptek ogólnodostępnych w Polsce*, materiał w trakcie procesu recenzowania i publikacji pokonferencyjnej w ramach Międzynarodowej Konferencji Naukowej „Zdrowie i Style Życia. Ekonomiczne, społeczne i zdrowotne wyzwania w społeczeństwie postpandemicznym – Wrocław 2022", zrealizowanej 19–20 maja 2022 r. na Wydziale Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, s. 3.

[312] K. Żak, *Orientacja aktywności zarządzania marketingowego a działalność operacyjna aptek ogólnodostępnych w Polsce*, „Zarządzanie. Teoria i Praktyka" 2018, 26 (4), s. 15.

[313] R. Niestrój, *Typologia orientacji przedsiębiorstw*, „Zeszyty Naukowe Akademii Ekonomicznej w Krakowie" 2005, 677, s. 8.

dostępna jako podmiot rynku farmaceutycznego skupia się na czynnikach, które najefektywniej wywierają wpływ na jej funkcjonowanie i warunkują ciągły rozwój w zgodzie z przyjętą strategią konkurencji. Identyfikacja każdego czynnika i uznanie go za element wiodący warunkuje kierunek prowadzonej aktywności rynkowej. Może również stanowić punkt wyjścia do definiowania celów na każdym etapie rozwoju przedsiębiorstwa oraz opracowywania podstawowych założeń strategicznych dotyczących finansowania i działań operacyjnych[314].

Każda orientacja aktywności przyjmuje założenia, które bezpośrednio dotyczą obsługiwanych klientów, albowiem warunkują sposób postępowania nabywcy i motywy jego działania przy wyborze produktów farmaceutycznych. Zdefiniowany obszar warunków i przyjętych założeń determinuje decyzje w zakresie prowadzonej działalności operacyjnej. Dokonując analizy literatury przedmiotu, można zauważyć, że w środowisku naukowym ciągle toczy się dyskusja na temat różnorodności typologii orientacji aktywności przedsiębiorstw. Niemniej jednak w praktyce wyróżnia się następujące podstawowe orientacje aktywności[315]:

- produkcyjną;
- produktową (technologiczną, innowacyjną);
- sprzedażową (dystrybucyjną);
- rynkową (marketingową);
- holistyczną.

Niekiedy dodatkowo wyodrębnia się orientacje: społeczną, na uczenie się (na wiedzę – ang. *learning orientation*), przedsiębiorczą (na przedsiębiorczość – ang. *entrepreneurial orientation*) oraz na pracownika (klienta wewnętrznego – ang. *employee orientation*), które mogą występować równolegle, obok podstawowych rodzajów orientacji aktywności charakterystycznych dla zarządzania marketingowego. Analiza dotychczasowego stanu badań w kontekście orientacji w aktywności przedsiębiorstw została przedstawiona w tabeli 6.

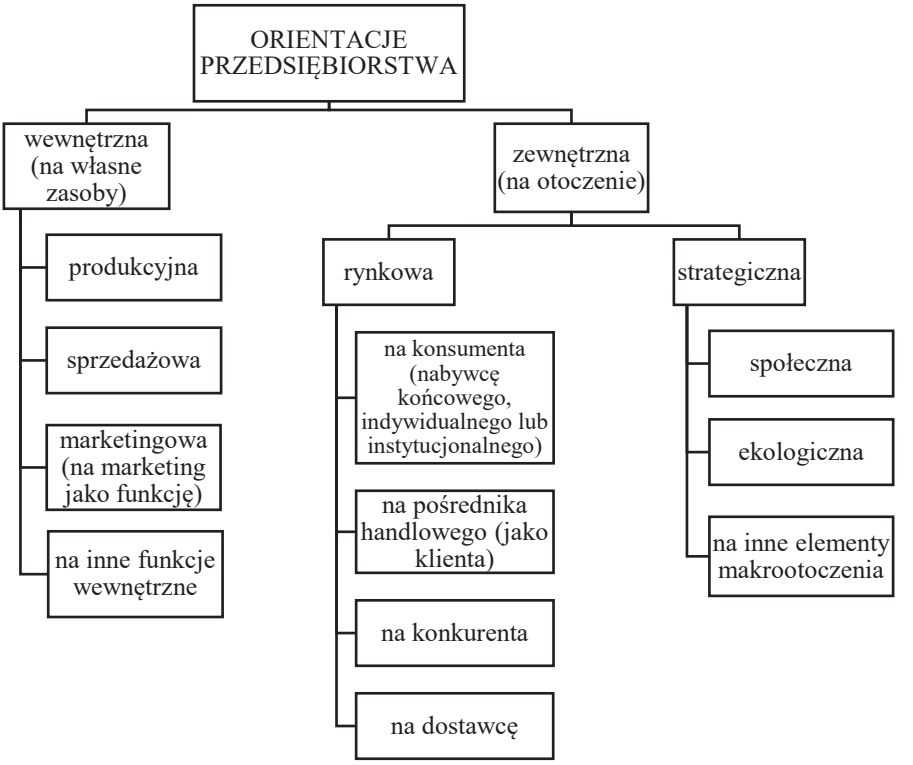
[314] T. Janicka-Michalak, *Rodzaje orientacji…*, dz. cyt., s. 2–3.
[315] Ph. Kotler, K.L. Keller, *Marketing*, Pearson Education, Rebis, Poznań 2012, s. 19–20.

Tabela 6. Modelowy układ dotychczasowego stanu badań w zakresie orientacji aktywności przedsiębiorstw

LP.	RODZAJ ORIENTACJI AKTYWNOŚCI	WYBRANI PRZEDSTAWICIELE (PROPAGATORZY)
1	produkcyjna	G. Armstrong, L. Garbarski, K.L. Keller, Ph. Kotler, R. Niestrój, J. Saunders, V. Wong
2	produktowa (technologiczna, innowacyjna)	G. Armstrong, F. Damanpour, O.C. Ferrell, W. Fritz, L. Garbarski, H. Gatignon, J.K. Han, G.T.M. Hult, K.L. Keller, D.J. Ketchen Jr., N. Kim, Ph. Kotler, B.A. Lukas, R. Niestrój, J. Saunders, R.K. Srivastava, V. Wong, J.M. Xuereb
3	sprzedażowa (dystrybucyjna)	G. Armstrong, L. Garbarski, K.L. Keller, Ph. Kotler, R. Niestrój, J. Saunders, K. Szalonka, V. Wong
4	rynkowa (marketingowa)	G. Armstrong, D.R. Arnold, O.C. Ferrell, L. Garbarski, A. Grinstein, J.K. Han, G.T.M. Hult, K.L. Keller, N. Kim, D.J. Ketchen Jr., Ph. Kotler, A. Kumar, B.A. Lukas, M.P. Miles, H. Mruk, J.C. Narver, A. Newman, R. Niestrój, C.H. Noble, Ch.E. Pettijohn, E.J. Rozell, J. Saunders, R.K. Sinha, S.E. Slater, R.K. Srivastava, K. Szalonka, V. Wong
5	holistyczna	A.I. Baruk, K.L. Keller, Ph. Kotler
6	społeczna	K.S. Alter, G. Armstrong, C. Borzaga, H.R. Bowen, J. Emmerson, J. Hausner, H. Izdebski, Ph. Kotler, R. Niestrój, M. Popowska, J. Saunders, M. Starnawska, S. Twersky, V. Wong
7	na uczenie się (na wiedzę)	W.E. Baker, V. Barrales Molina, M. Bratnicki, O.F. Bustinza, R.J. Calantone, S.T. Cavusgil, C.M. Fiol, R.M. Grant, A. Grinstein, L.J. Gutiérrez, T. Henning-Thurau, G.T.M. Hult, R.F. Hurley, J. Karpacz, N. Kaya, B. Koka, G.A. Knight, P.J. Lane, J. Lichtarski, R. Lipshitz, M.A. Lyles, J.G. March, C.G. Mieres, A. Miner, C. Moorman, J.C. Narver, T. Noordewier, S. Pathak, J. Patton, M. Popper, J.Á.L. Sánchez, M.A. Schilling, J.M. Sinkula, S.F. Slater, C. Thura, E.W.K. Tsang, M.L.S. Vijande, S.A. Zahra, Y. Zhao
8	przedsiębiorcza (na przedsiębiorczość)	T. Ambos, B.S. Anderson, D.R. Arnold, M. Bratnicki, H. Berends, J.G. Covin, D. De Clercq, G.G. Dess, D. Dimov, W. Dyduch, Y. Eshima, M. Frese, P.H. Friesen, B.J. Gabryś, M. Gębczyńska, A. Grinstein, V.K. Gupta, M.A. Hitt, J.S. Hornsby, R.D. Ireland, M. Jelinek, J. Karpacz, S. Kraus, P.M. Kreiser, D.F. Kuratko, A. Kwiotkowska, G.T. Lumpkin, R.G. McGrath, M.P. Miles, D. Miller, M.H. Morris, F.T. Mousa, A. Rauch, I. Reyman, T. Semrau, D. Shepherd, D.P. Slevin, D.G. Sirmon, R. Stultiens, N. Thongpapanl, K. Wach, W.J. Wales, J. Wiklund, A. Wójcik-Karpacz, S.A. Zahra, P. Zbierowski
9	na pracownika (klienta wewnętrznego)	G. Broniewska, P. Grajewski, A. Grinstein, S. Nowosielski, E. Trybuś

Źródło: Opracowanie własne.

R. Niestrój, nawiązując do czynników warunkujących funkcjonowanie i rozwój przedsiębiorstwa, dokonał klasyfikacji typów orientacji przedsiębiorstw z uwzględnieniem suborientacji (rysunek 33).



Rysunek 33. Typy orientacji przedsiębiorstw

Źródło: R. Niestrój, *Typologia orientacji…*, dz. cyt., s. 11.

Podstawę typologii R. Niestroja stanowią czynniki sukcesu (wewnętrzne i zewnętrzne) warunkujące możliwość wyodrębnienia się orientacji wewnętrznej (na własne zasoby) i zewnętrznej (na otoczenie)[316]. Elementem łączącym wszystkie typy orientacji wewnętrznej jest podporządkowanie ogólnej koncepcji funkcjonowania przedsiębiorstwa (zasobów, postaw kierownictwa i personelu) efektywnej realizacji priorytetowej funkcji: produkcji, sprzedaży, marketingu lub innego zakresu działań[317]. W ramach orientacji zewnętrz-

[316] K. Żak, *Orientacja na klienta jako klasyczny przykład promowania w sektorze publicznym doświadczeń sektora prywatnego*, [w:] Kieżun W., Wołejszo J., Sirko S. (red.), *Public management[2013]. Wyzwania i dylematy zarządzania organizacjami publicznymi*, Wydawnictwo Akademii Obrony Narodowej, Warszawa 2013, t. 2, s. 365.

[317] Tamże.

nej R. Niestrój wyodrębnił dwie suborientacje: na otoczenie bezpośrednie (bliskie), czyli orientację rynkową, oraz na otoczenie ogólne (makrootoczenie), czyli orientację strategiczną, a dalej – w zależności od elementów rynku i makrootoczenia – na odpowiednie suborientacje drugiego rzędu[318]. W ramach orientacji rynkowej, nawiązując do charakterystyki typowych uczestników rynku, można wyróżnić suborientacje: na konsumenta (finalnego nabywcę indywidualnego lub instytucjonalnego), na konkurenta, na pośrednika handlowego lub na dostawcę[319]. Do orientacji wewnętrznej, ukierunkowanej na własne zasoby, R. Niestrój zaliczył suborientacje: produkcyjną, sprzedażową, marketingową (na marketing jako funkcję) i na inne funkcje wewnętrzne.

Różnorodność i specyfika procesu świadczenia przez aptekę ogólnodostępną usług farmaceutycznych wskazują, że nie jest możliwe zastosowanie każdej z występujących orientacji aktywności w praktyce aptecznej.

2.1.1. Orientacja produkcyjna

Orientacja produkcyjna jest jedną z najstarszych orientacji aktywności, albowiem jej powstanie datuje się na II poł. XIX wieku[320]. Zakłada ona, że konsumenci wolą produkty, które są dostępne na rynku i niedrogie, zatem podstawowym instrumentem determinującym wybór produktu i fizyczną możliwość jego nabycia jest cena[321]. Menedżerowie przedsiębiorstw zorientowanych produktowo koncentrują się na uzyskaniu wysokiej wydajności produkcji, niskich kosztach i masowej dystrybucji[322]. Konsekwencją takiego sposobu postępowania przez nabywców jest dążenie przedsiębiorstw do minimalizacji kosztów produkcji przy zachowaniu pożądanej przez nabywców jakości produktów (co umożliwia ustalenie relatywnie niskiej ceny) oraz do zapewnienia szerokiej dystrybucji, aby tworzyć dużą dostępność[323]. Zauważyć przy tym należy, że przedsiębiorstwa przyjmujące orientację produkcyjną są narażone na poważne ryzyko zawężenia przestrzeni działania, albowiem koncentrując się na własnych aktywnościach, tracą z oczu właściwy cel, jakim jest zaspokajanie potrzeb klientów i budowanie z nimi relacji[324].

---

[318] Por. R. Niestrój, *Typologia orientacji…*, dz. cyt., s. 11–12.
[319] Tamże, s. 12.
[320] Por. R. Niestrój, *Istota i znaczenie marketingu*, [w:] Czubała A. (red.), *Podstawy marketingu*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2012, s. 15–19.
[321] L. Garbarski, *Istota…*, dz. cyt., s. 25.
[322] Ph. Kotler, K.L. Keller, *Marketing*, dz. cyt., s. 19.
[323] L. Garbarski, *Istota…*, dz. cyt., s. 25.
[324] G. Armstrong, Ph. Kotler, *Marketing*…, dz. cyt., s. 42.

Apteka ogólnodostępna jako z jednej strony placówka ochrony zdrowia publicznego, a z drugiej przedsiębiorstwo, ma ograniczony wybór przyjęcia określonej orientacji aktywności, albowiem ta zdeterminowana została poprzez wskazanie jej przeznaczenia w systemie prawa farmaceutycznego. Nie może ona przyjąć orientacji produkcyjnej, albowiem wyklucza to jej usługowy charakter. Świadcząc usługi farmaceutyczne, apteka ogólnodostępna realizuje społeczną misję ochrony zdrowia publicznego, która opiera się na sprawowaniu przez farmaceutę opieki farmaceutycznej, udzielaniu usług farmaceutycznych, wykonywaniu zadań i czynności zawodowych. Wszystkie te działania związane z wykonywaniem zawodu farmaceuty są powiązane z wydawaniem (sprzedażą) „gotowych" i wystandaryzowanych produktów farmaceutycznych. Apteki już nie wytwarzają we własnym zakresie asortymentu produktowego, tylko nabywają go od obligatoryjnego pośrednika, jakim jest hurtownia farmaceutyczna, i wydają (odsprzedają) nabywcy detalicznemu (klientowi, pacjentowi). Zatem nie można w tej sytuacji mówić o procesie produkcyjnym, jego wydajności i kosztach wytwarzania. Z tego względu orientacja produkcyjna nie ma zastosowania w aptece, mimo że nadal w aptekach wykonywane są leki recepturowe i apteczne. Proces ich wytwarzania stanowi bowiem niewielki, żeby nie powiedzieć: śladowy, przejaw aktywności komercyjnej, choć z punktu widzenia misji jest istotnym elementem świadczenia usług.

2.1.2. Orientacja produktowa (technologiczna, innowacyjna)

Orientacja produktowa, niekiedy zwana orientacją technologiczną lub innowacyjną, występuje wtedy, gdy przedsiębiorstwa wdrażają nowe pomysły, produkty, procesy[325]. Implementacja nowych rozwiązań jest powiązana z inwestycjami w przywództwo technologiczne i wysoką jakością produktów[326].

[325] F. Damanpour, *Organizational innovation: a meta-analysis of effects of determinants and moderators*, "Academy of Management Journal" 1991, 34 (3), p. 555–590; G.T.M. Hult, D.J. Ketchen Jr., *Does market orientation matter? A test of the relationship between positional advantage and performance*, "Strategic Management Journal" 2001, 22 (9), p. 899–906; B.A. Lukas, O.C. Ferrell, *The effect of market orientation on product innovation*, "Journal of the Academy of Marketing Science" 2000, 28 (2), p. 239–247. Cyt. za: A. Grinstein, *The relationships between market orientation and alternative strategic orientations. A meta-analysis*, "European Journal of Marketing" 2008, 42 (1/2), p. 118.

[326] W. Fritz, *Market orientation and corporate success: findings from Germany*, "European Journal of Marketing" 1996, 30 (8), p. 59–74; H. Gatignon, J.M. Xuereb, *Strategic orientation of the firm and new product performance*, "Journal of Marketing Research" 1997, 34 (1), p. 77–90; J.K. Han, N. Kim, R.K. Srivastava, *Market orientation and organizational performance: is innovation a missing link?*, "Journal of Marketing" 1998, 62 (4), p. 30–45. Cyt. za: A. Grinstein, *The relationships…*, dz. cyt., s. 118.

Orientacja produktowa zakłada, że konsumenci wybierają produkty, które cechują się najwyższą jakością z uwagi na pełnowartościowe materiały wykorzystywane do ich produkcji oraz posiadają cechy szczególnie je wyróżniające, co ma świadczyć o ich innowacyjności[327]. Nowe technologie biorące udział w procesie wytwarzania przyczyniają się do postrzegania produktu przez konsumenta jako wyrobu atrakcyjnego, najlepszego jakościowo i najpewniejszego w użyciu, który ma komponenty będące innowacyjnymi rozwiązaniami w danej dziedzinie[328]. Instrument w postaci ceny produktu, odgrywający w orientacji produkcyjnej istotną rolę, w tej orientacji nie stanowi podstawowego kryterium wyboru. W orientacji produktowej priorytetowym czynnikiem decydującym o atrakcyjności jest jakość produktu, która często nie jest właściwie doceniana przez nabywców. Jak słusznie wskazują Ph. Kotler i K.L. Keller, „nowy lub ulepszony produkt wcale nie musi odnieść sukcesu – musi być jeszcze w odpowiedni sposób wyceniony, dystrybuowany, reklamowany i sprzedawany"[329]. W tym celu przedsiębiorstwa powinny skupiać się na takich działaniach, aby skłonić nabywców do akceptacji nowoczesnych rozwiązań technicznych, które służą podnoszeniu jakości takiego wyrobu[330].

Strategia marketingowa przedsiębiorstwa zorientowanego produktowo powinna koncentrować się na nieustającym ulepszaniu produktów w kierunku innowacyjności i maksymalizacji poziomu jakości. Nie należy również zapominać o interesującym wyglądzie produktu, przyciągającym uwagę opakowaniu, atrakcyjnej cenie, odpowiedniej dystrybucji. Podejmowanie zintegrowanych działań przez przedsiębiorstwo służy przyciągnięciu uwagi nabywców, którzy poszukują takiego produktu, i uznania przez nich, że dany produkt jest produktem lepszym od innych oferowanych przez konkurencję[331].

Przedmiotem obrotu na rynku farmaceutycznym jest produkt leczniczy, który w systemie prawa farmaceutycznego występuje w odpowiednich formach (produkt leczniczy homeopatyczny, produkt immunologiczny, produkt krwiopochodny, produkt leczniczy roślinny, produkt leczniczy terapii zaawansowanej, produkt leczniczy weterynaryjny, produkt radiofarmaceutyczny oraz referencyjny produkt leczniczy) oraz w określonej kategorii

[327] Ph. Kotler, K.L. Keller, *Marketing*, dz. cyt., s. 20.
[328] G. Armstrong, Ph. Kotler, *Marketing*…, dz. cyt., s. 43.
[329] Ph. Kotler, K.L. Keller, *Marketing*, dz. cyt., s. 20.
[330] L. Garbarski, *Istota…*, dz. cyt., s. 25–26.
[331] G. Armstrong, Ph. Kotler, *Marketing*…, dz. cyt., s. 43.

dostępności (OTC, Rp, Rpz, Rpw, Lz). W aptece ogólnodostępnej są wydawane (sprzedawane) produkty homeopatyczne, immunologiczne, roślinne oraz referencyjne produkty lecznicze, natomiast produkty krwiopochodne, radiofarmaceutyczne i produkty lecznicze terapii zaawansowanej są wydawane w ramach lecznictwa zamkniętego, a produkty weterynaryjne są dystrybuowane przez gabinety weterynaryjne.

Razem ze wskazanymi produktami leczniczymi przedmiotem obrotu w aptece ogólnodostępnej są również wyroby medyczne, leki recepturowe i apteczne, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, suplementy diety, kosmetyki (z wyłączeniem kosmetyków przeznaczonych do perfumowania lub upiększania), środki higieniczne, przedmioty do pielęgnacji niemowląt i chorych, środki spożywcze zawierające w swoim składzie farmakopealne naturalne składniki pochodzenia roślinnego oraz środki dezynfekcyjne stosowane w medycynie posiadające wymagane prawem zezwolenia i atesty.

W aptece ogólnodostępnej na podstawie przepisu lekarza i przepisów zawartych w Farmakopei Polskiej wytwarza się również leki recepturowe i apteczne. Nie stanowią one jednak kategorii produktów własnych apteki, dostępnych wyłącznie w konkretnej aptece, lecz mają charakter produktów o stałym składzie i jakości oraz mogą być powszechnie dostępne w każdej aptece.

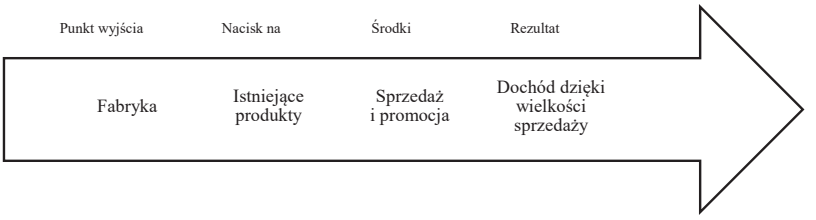
Uwzględniając zatem specyfikę obrotu produktami farmaceutycznymi, zauważyć należy, że w aptece ogólnodostępnej dystrybuowane są wystandaryzowane produkty lecznicze o identycznej jakości i przeznaczeniu, które są wytwarzane przez przedsiębiorstwa farmaceutyczne – producentów leków. Obok tego oferowane są, wytwarzane przez personel fachowy apteki, leki recepturowe i apteczne, które również podlegają standaryzacji składnikowej i jakościowej. Każda apteka ma za zadanie zapewnić dostępność produktów leczniczych i wyrobów medycznych w ilości i asortymencie niezbędnym do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych miejscowej ludności. Zatem w praktyce aptecznej nie ma możliwości wystąpienia dystrybucji ukierunkowanej, czyli sytuacji, w której konkretny produkt będzie w ofercie określonej apteki. Wynika to ze specyfiki apteki ogólnodostępnej, która nie jest producentem leków, lecz detalicznym dystrybutorem o usługowym charakterze. Z tego względu apteka ogólnodostępna nie może przyjąć orientacji produktowej, która jest charakterystyczna dla producentów, a nie dla placówek usługowych.

2.1.3. Orientacja sprzedażowa (dystrybucyjna)

Charakterystyczną cechą wyróżniającą orientację sprzedażową (dystrybucyjną) od innych występujących typów aktywności przedsiębiorstw jest to, że zarówno nabywcy instytucjonalni, jak i konsumenci bez odpowiedniej zachęty nie dokonają zakupu odpowiedniej ilości produkowanych przez przedsiębiorstwo towarów[332]. Istotą orientacji sprzedażowej jest zatem przekonanie, że nabywca pozostawiony sam sobie nie jest w stanie docenić oferty przedsiębiorstwa, a w konsekwencji kupić takich ilości produktów, jakie są w stanie zaoferować sprzedawcy. Z tego względu przedsiębiorstwo musi położyć większy nacisk na efektywność sprzedaży[333].

Orientacja sprzedażowa jest bardzo widoczna w przypadku dóbr, o których zakupie nabywcy zwykle nie myślą, gdyż raz zakupiony produkt czy towar nie jest przedmiotem kolejnego zakupu. Ma to odzwierciedlenie szczególnie na rynku dóbr ubezpieczeniowych (polisy ubezpieczeniowe), jak również jest charakterystyczne dla przedsiębiorstw mających nadwyżkę zasobów produkcyjnych, aby sprzedać to, co produkują, a nie produkować to, co się sprzedaje[334]. Jak słusznie zauważyli G. Armstrong i Ph. Kotler, przedsiębiorstwa zajmujące się tego typu działalnością muszą wyspecjalizować się w wynajdywaniu potencjalnych klientów i odsprzedawaniu im korzyści związanych z danym produktem[335].

Orientacja sprzedażowa przyjmuje perspektywę spojrzenia „od środka – na zewnątrz", stawiając za punkt wyjścia zdolności produkcyjne producenta (przedsiębiorstwa), oraz koncentruje się wokół już istniejących produktów, aby dzięki intensywności działań w zakresie sprzedaży i promocji osiągnąć zakładane zyski (rysunek 34)[336].



Rysunek 34. Orientacja sprzedażowa

Źródło: G. Armstrong, Ph. Kotler, *Marketing*…, dz. cyt., s. 44.

[332] Ph. Kotler, K.L. Keller, *Marketing*, dz. cyt., s. 20.
[333] L. Garbarski, *Istota…*, dz. cyt., s. 26.
[334] Ph. Kotler, K.L. Keller, *Marketing*, dz. cyt., s. 20.
[335] G. Armstrong, Ph. Kotler, *Marketing*…, dz. cyt., s. 43.
[336] Tamże.

Orientacja sprzedażowa skupia się na zbyciu produktów w krótkim czasie bez przykładania wagi do tego, kto i dlaczego dokonuje zakupu. Z tego względu oparcie działalności operacyjnej na agresywnie sprofilowanej orientacji sprzedażowej jest dość ryzykowne i może być dla przedsiębiorstwa niebezpieczne, albowiem koncentracja na generowaniu transakcji sprzedaży, a nie kształtowaniu długoterminowych relacji z klientem może wpływać negatywnie na budowanie przestrzeni zaufania nabywcy, zwłaszcza w sytuacji, kiedy nie będzie on zadowolony z cech użytkowych i jakości produktu.

Pomimo działań skoncentrowanych tylko na sprzedaży produktu, służących przede wszystkim osiąganiu jak największego zysku operacyjnego, orientacja sprzedażowa jest szeroko rozpowszechniona na aptecznym rynku farmaceutycznym. Według badań przeprowadzonych w 2018 r. jest ona dominującym przejawem aktywności, charakterystycznym dla 88,5% aptek ogólnodostępnych w Polsce[337]. W odniesieniu do rynku farmaceutycznego i funkcjonujących na nim aptek ogólnodostępnych integruje ona zdolności nabywcze (zakupowe) apteki ze zdolnościami dystrybucyjnymi (dostawczymi) obligatoryjnego pośrednika (hurtowni farmaceutycznej) oraz produkcyjnymi producenta wyrobów farmaceutycznych. Koncentruje się wokół już istniejących produktów, aby dzięki intensywności działań w zakresie sprzedaży przy wsparciu całego spektrum działań promocyjnych osiągnąć zakładane cele komercyjne (wielkość i wartość sprzedaży, poziom marży, zysk).

Orientacja sprzedażowa jako jedna z form aktywności aptek, mająca na celu przede wszystkim zbycie produktów bez analizy motywów zakupowych klienta, wzbudza wiele kontrowersji natury etycznej z uwagi na trudności w harmonijnym pogodzeniu społecznej misji apteki z priorytetową realizacją celów *stricte* komercyjnych[338]. Przedmiotowe kontrowersje dotyczą stosowania w aptece programów lojalnościowych, czyli podejmowania różnorodnych działań i stosowania instrumentów mających na celu nawiązanie, podtrzymywanie oraz wzmacnianie pozytywnych relacji z klientem[339]. Wątpliwości wzbudza już sama idea programów lojalnościowych, które nastawione są wyłącznie na maksymalizację sprzedaży produktów farmaceutycznych, a ich realizacja nie zawsze odbywała się w zgodzie z zasadami

[337] K. Żak, *Orientacja aktywności…*, dz. cyt., s. 21.
[338] Tamże, s. 17–18.
[339] H. Mruk, *Programy lojalnościowe w aptece – moda czy konieczność?*, [w:] Mruk H., *Promocja apteki*, Wydawnictwo dr Josef Raabe Spółka Wydawnicza Sp. z o.o., Warszawa 2003, s. 1–2.

etyki i deontologii zawodu farmaceuty[340]. Powyższe zastrzeżenia odnoszą się również do pozostałych narzędzi i technik promocji sprzedaży, jak np. stosowanie konkursów, loterii i gier, opustów cenowych pod hasłem „promocja", rabatów czy kuponów. Produkt leczniczy bowiem nie stanowi zwykłego instrumentu obrotu handlowego, lecz jest wyrobem o specyficznym przeznaczeniu, wykorzystywanym w procesie farmakoterapii. Oprócz podstawowej funkcji, jaką jest leczenie i usuwanie symptomów choroby, produkt leczniczy zawiera szereg przeciwwskazań i generuje całą gamę działań niepożądanych. Nakłanianie pacjentów do zwiększonej konsumpcji produktów farmaceutycznych może stanowić działanie wbrew interesowi zdrowotnemu pacjenta, ponieważ może prowadzić do nadużywania stosowania leków, co z kolei może negatywnie wpływać na stan zdrowia pacjenta, a w skrajnych przypadkach powodować zagrożenie jego życia. Z tego względu zasadne wydają się ograniczenia w stosowaniu instrumentów wsparcia sprzedaży, opartych na działaniach perswazyjnych i zawierających elementy zachęty. Efektywne prowadzenie działalności operacyjnej na aptecznym rynku farmaceutycznym wymaga zatem zmiany strategii zarządzania apteką w kierunku identyfikacji potrzeb klienta[341].

2.1.4. Orientacja rynkowa (marketingowa)

Orientacja rynkowa (marketingowa) to kolejny rodzaj aktywności przedsiębiorstwa, którą z uwagi na ukierunkowanie się w stronę nabywcy i na systemowe podejście w swoich założeniach można nazwać orientacją koncentrującą się na kliencie (konsumencie) i konkurencie. Stanowi filozofię zorientowaną na klienta, obligującą przedsiębiorstwo do reagowania na wysyłane przez niego sygnały, czyli wymaga zmiany podejścia operacyjnego w kierunku upodmiotowienia roli konsumenta w procesie projektowania produktów i usług. Istotą takiego sposobu myślenia jest właściwe określenie priorytetów strategii produkcyjnej, której celem powinno być wytwarzanie produktów odpowiadających klientom, a nie poszukiwanie klientów na wytworzony produkt. Zatem kluczem do efektywności operacyjnej jest bycie skuteczniejszym od konkurentów w sferze tworzenia, dostarczania

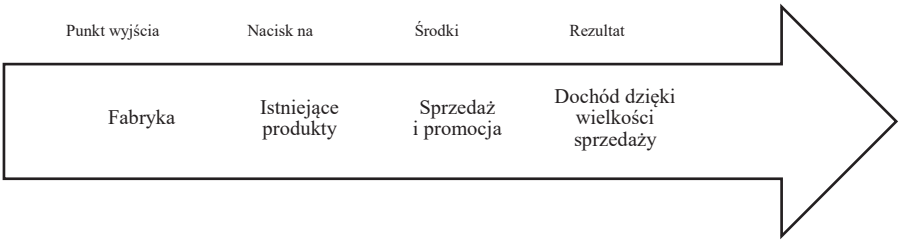
[340] A. Stefanowicz, *Tworzenie i prowadzenie programów lojalnościowych w aptece*, [w:] *Apteka Plus. Prawo i Zarządzanie*, C.3.16, Wydawnictwo dr Josef Raabe Spółka Wydawnicza Sp. z o.o., Warszawa 2003.

[341] Por. R. Alt, T. Puschmann, *Developing Customer Process Orientation – The Case of Pharma Corp.*, "Business Process Management Journal" 2005, 11 (4), s. 297–315.

i komunikowania rynkom docelowym wyższej wartości[342]. Orientacja rynkowa obliguje zatem przedsiębiorstwo do ukierunkowania aktywności zarówno na klientów, jak i konkurentów, co pozwala zrozumieć istotę potrzeb nabywców oraz zaspokajać je w sposób lepszy, niż czynią to konkurenci[343].

W orientacji rynkowej zogniskowanie działań na kliencie i na wartości przyczynia się do wyznaczenia ścieżki dostępu do celu, jakim jest sprzedaż produktów i osiąganie określonego poziomu zysku. Zamiast skupiać się na filozofii „wyprodukować i sprzedać", opartej na produkcie, proponuje się filozofię „wyczuć i zareagować", zorientowaną na klienta[344]. Zatem podmiotowym punktem wyjścia podejmowanych działań jest konsument (finalny nabywca), natomiast przedmiotowym – rynek, a ściślej: popyt oraz obecne i przyszłe potrzeby nabywców[345].

Orientacja rynkowa przyjmuje perspektywę spojrzenia „z zewnątrz – do środka", stawiając za punkt wyjścia rynek oraz koncentrując się na identyfikacji potrzeb i oczekiwań klienta, aby dzięki integracji działań marketingowych osiągnąć zyski generowane przez relacje z klientami, których podstawę stanowi wartość i satysfakcja klienta[346] (rysunek 35).



Rysunek 35. Orientacja rynkowa

Źródło: G. Armstrong, Ph. Kotler, *Marketing*…, dz. cyt., s. 44.

Powszechnie uważa się, że warunkiem determinującym aktywność marketingową jest wykształcenie się orientacji rynkowej, której główną cechę stanowią identyfikacja potrzeb i oczekiwań klienta oraz popyt rynkowy. Orientacja rynkowa zatem łączy zarządzanie przedsiębiorstwem z klientami i ich potrzebami, a także wymaga określenia roli klienta w działaniach podejmowanych przez przedsiębiorstwo oraz powiązania tej roli z działaniami

[342] Ph. Kotler, K.L. Keller, *Marketing*, dz. cyt., s. 20.
[343] L. Garbarski, *Istota…*, dz. cyt., s. 26.
[344] G. Armstrong, Ph. Kotler, *Marketing*…, dz. cyt., s. 43.
[345] L. Garbarski, I. Rutkowski, W. Wrzosek, *Marketing. Punkt*…, dz. cyt., s. 38.
[346] G. Armstrong, Ph. Kotler, *Marketing*…, dz. cyt., s. 43. Por. K. Żak, *Orientacja na klienta…*, dz. cyt., s. 367.

marketingowymi. Zaspokajanie potrzeb klienta uznawane jest za pierwszy etap kreowania wartości przedsiębiorstwa i główny wkład marketingu w jej tworzenie"[347].

Orientacja rynkowa stanowi warunek *sine qua non* wyłonienia się marketingu jako określonego sposobu myślenia i działania. Zawiera ona komponenty zogniskowane wokół pięciu kategorii, z których dwie charakteryzują perspektywę zewnętrzną w stosunku do przedsiębiorstwa, a trzy – wewnętrzną[348]:

- orientacja na konkurentów – zakładająca konieczność analizowania celów, zasobów, umiejętności i zamierzeń konkurentów;
- orientacja na nabywców – zmierzająca do zrozumienia istoty potrzeb nabywców oraz kreowania produktów i usług o istotnej wartości dla klienta;
- koordynacja funkcjonalna – związana z rozwijaniem wewnętrznej koordynacji działań poszczególnych komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa w celu tworzenia rozwiązań zaspokajających potrzeby nabywców i zapewniających ich satysfakcję;
- kultura organizacyjna – ukierunkowująca pracowników na nabywcę, albowiem w ostatecznym rachunku to nabywca wpływa na kondycję finansową placówki handlowej i decyduje, gdzie rozpoczyna się i kończy biznes;
- perspektywa długookresowa – określająca finansowe i organizacyjne ramy działań przedsiębiorstwa.

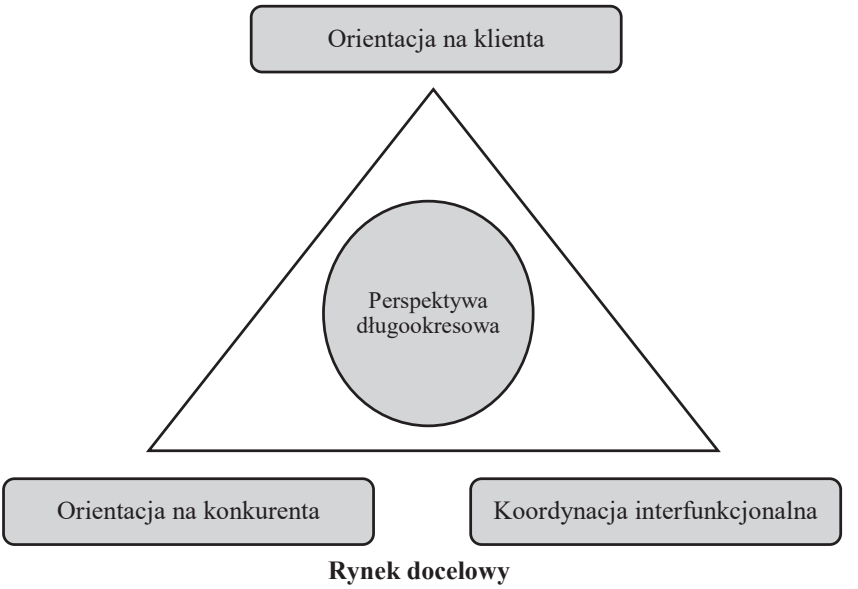
Orientację rynkową zatem można przedstawić jako system, w którym w perspektywie długookresowej występują zależności pomiędzy orientacją na klienta, orientacją na konkurenta oraz koordynacją interfunkcjonalną, która mając za zadanie harmonizację procesów przedsiębiorstwa w celu zaspokojenia potrzeb i oczekiwań nabywców, stanowi ogniwo konsolidacyjne (rysunek 36)[349].

---

[347] T.M. Miśkiewicz, *Marketing na rynku farmaceutycznym w Polsce*, [w:] Wyrozębski P. (red.), *Nauki ekonomiczne a wyzwania gospodarcze. Wyniki badań młodych naukowców Kolegium Zarządzania i Finansów SGH* (149–162), Oficyna Wydawnicza SGH w Warszawie, Warszawa 2013, s. 156.

[348] L. Garbarski, *Istota…*, dz. cyt., s. 26–27.

[349] Por. K. Żak, *Orientacja na klienta…*, dz. cyt., s. 366.



Rysunek 36. Model orientacji rynkowej

Źródło: J.C. Narver, S.E. Slater, *The effects of marketing orientation on business profitability*, "Journal of Marketing" 1990, 54 (4), p. 23.

Punktem inicjującym tę transformację jest harmonizacja celów apteki ogólnodostępnej z potrzebami i oczekiwaniami klientów oraz dostosowanie strategii operacyjnej i finansowej apteki w taki sposób, aby móc dotrzeć do grupy docelowych nabywców i zaspokajać ich potrzeby w sposób bardziej zadowalający, niż robią to konkurenci. Identyfikacja potrzeb i oczekiwań wymaga stworzenia systemu pozyskiwania, przetwarzania i gromadzenia informacji z rynku, albowiem bez niego organ prowadzący nie będzie w stanie formułować i wdrażać efektywnych decyzji na poziomie taktycznym i operacyjnym[350]. Kluczowym elementem warunkującym skuteczną implementację orientacji rynkowej jest powszechne zaangażowanie kierownictwa, personelu fachowego (kierownika apteki, farmaceutów, techników farmaceutycznych) i wspierającego (specjalistów ds. zakupów, marketingu i sprzedaży) w proces formułowania strategii apteki na wszystkich jego etapach (planowania, organizacji, implementacji i kontroli). Przekłada się to z kolei na osiągnięcie efektywności operacyjnej poprzez integrację funkcji zaopatrywania (zakupów), sprzedaży (świadczenia usług farmaceutycznych), marketingu (komunikacji marketingowej) w oparciu o zasadę:

[350] K. Żak, *Orientacja aktywności…*, dz. cyt., s. 18.

właściwy produkt we właściwym czasie o właściwej cenie we właściwej ilości we właściwym miejscu[351]. Według K. Szalonki o wyodrębnieniu się orientacji rynkowej wśród aptek ogólnodostępnych świadczą podejmowane następujące działania[352]:

- analiza otoczenia rynkowego:
  - badania potrzeb i oczekiwań pacjentów,
  - badania jakości obsługi pacjentów (autokontrola),
  - badania zachowań konkurentów;
- stosowanie segmentacji rynku i dostosowanie oferty do jego potrzeb;
- marketingowe podejście do zarządzania apteką oparte na stosowaniu instrumentów marketingowych;
- kierowanie się zasadami etyki w procesie świadczenia usług farmaceutycznych.

Zauważyć przy tym należy, że pomimo wyodrębnienia się orientacji rynkowej personel aptek nie widzi zasadności i powiązania orientacji rynkowej z sytuacją ekonomiczną apteki, nawet mimo występowania obaw co do pozycji rynkowej apteki[353]. Inaczej przedstawia się sytuacja w przedsiębiorstwach farmaceutycznych. Koncentrują się one w swojej działalności na kliencie (lekarzu) przez pryzmat swoich pracowników, którzy są oceniani pod kątem posiadania kompetencji związanych z inteligencją emocjonalną. Rekrutując swoich przedstawicieli medycznych, przedsiębiorstwa farmaceutyczne kładą nacisk na umiejętności analityczne i perswazyjne, które są wzmacniane poprzez system szkoleń, aby poprzez profesjonalnie przygotowanych pracowników w pełni zaspokoić oczekiwania klienta (lekarza). Punktem wyjścia takiej strategii jest zauważalna zależność pomiędzy inteligencją emocjonalną przedstawicieli przedsiębiorstw farmaceutycznych a wzrostem zadowolenia klienta, co przekłada się na wyniki ekonomiczne[354].

Dokonując charakterystyki orientacji rynkowej, wskazać należy, że obecne i przyszłe potrzeby nabywców oraz popyt jako punkty wyjścia wyboru i podejmowania działań nie wyczerpują w pełni charakterystyki orientacji

[351] Tamże.
[352] K. Szalonka, *Marketing…*, dz. cyt., s. 56, 99–100.
[353] Tamże, s. 97.
[354] Ch.E. Pettijohn, E.J. Rozell, A. Newman, *The relationship between emotional intelligence and customer orientation for pharmaceutical salespeople. A UK perspective*, "International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing" 2010, 4 (1), p. 21–39.

rynkowej, stąd wynika konieczność wyodrębnienia suborientacji[355]. Według R. Niestroja w ramach orientacji rynkowej, odpowiednio do charakterystyki typowych uczestników rynku, można wyróżnić następujące suborientacje[356]:

- na konsumenta (finalnego nabywcę indywidualnego i instytucjonalnego) – zwana również orientacją marketingową (ukierunkowana zgodnie z regułami „koncepcji marketingowej", a nie na marketing jako funkcję) – polegająca na uznaniu za punkt wyjścia w kształtowaniu ogólnej strategii przedsiębiorstwa potrzeb, pragnień i możliwości klienta oraz kreowanie produktów lub usług o istotnej dla nich wartości;
- na konkurenta – polegająca na uznaniu za punkt wyjścia w kształtowaniu ogólnej strategii przedsiębiorstwa celów, zasobów, umiejętności oraz dotychczasowych działań i przewidywanych reakcji konkurenta;
- na pośrednika handlowego – polegająca na uznaniu za punkt wyjścia w kształtowaniu ogólnej strategii przedsiębiorstwa oczekiwań pośrednika handlowego (w skrajnych przypadkach na wytwarzaniu produktów wyłącznie na zamówienie i pod marką pośrednika handlowego);
- na dostawcę – polegająca na uznaniu za punkt wyjścia w kształtowaniu ogólnej strategii przedsiębiorstwa oczekiwań dostawcy, na rzecz którego przedsiębiorstwo wykonuje usługi dystrybucyjne.

R. Niestrój uznaje za błąd utożsamianie „orientacji marketingowej" i „orientacji na konsumenta" z orientacją rynkową, wskazując, że wynika to z faktu zawężenia pojęcia „rynku" wyłącznie do strony popytowej[357].

---

[355] Potrzebę wyróżnienia suborientacji dostrzegają L. Garbarski, I. Rutkowski, W. Wrzosek, wskazując, że w obrębie orientacji rynkowej mogą być wyróżnione dwie suborientacje: popytowa i konkurencyjna. L. Garbarski, I. Rutkowski, W. Wrzosek, *Marketing. Punkt*…, dz. cyt., s. 38.

[356] R. Niestrój, *Typologia orientacji*…, dz. cyt., s. 12–14.

[357] Dokonując analizy rynkowego funkcjonowania przedsiębiorstw w Polsce, można wskazywać na wątpliwości i zastrzeżenia w odniesieniu do zasadności klasyfikacji dokonanej przez R. Niestroja, który w ramach orientacji rynkowej wyłonił cztery suborientacje. Zauważyć należy, że na rynku trudno wskazać przedsiębiorstwa ukierunkowane wyłącznie na konsumenta, konkurenta bądź na pośrednika handlowego lub dostawcę. Podkreślić należy, że przedsiębiorstwa o orientacji rynkowej wprawdzie są nastawione na konsumenta, lecz równolegle również dokonują analizy działań konkurenta oraz rozpoznają oczekiwania dostawców i pośredników handlowych, co ma na celu identyfikację i zaspokajanie potrzeb klienta w sposób skuteczniejszy od konkurencji. Wyodrębnione przez R. Niestroja suborientacje można uznać za czynniki świadczące o wyodrębnieniu się orientacji rynkowej, a nie jako autonomiczne suborientacje *sensu stricte*. K. Żak, *Orientacja na klienta*…, dz. cyt., s. 366.

2.1.5. Orientacja holistyczna

Orientacja holistyczna jest tworzącą kompleksową całość i korespondującą na każdej płaszczyźnie filozofią projektowania, rozwijania i implementacji programów marketingowych, procesów i działań, która nawiązuje do holizmu, czyli uwzględnia szerokie ujęcie marketingu, zakładając, że wszystko jest istotne, dlatego konieczne jest spojrzenie w szerokiej perspektywie[358].

Koncepcja ta głosi, że całości nie da się sprowadzić do sumy części, dlatego ważną rolę odgrywają wzajemne zależności pomiędzy czterema zasadniczymi komponentami: marketingiem relacji, marketingiem zintegrowanym, marketingiem wewnętrznym i marketingiem dokonań (rysunek 37)[359].



Rysunek 37. Filary marketingu holistycznego

Źródło: Ph. Kotler, K.L. Keller, *Marketing*, dz. cyt., s. 21.

Podstawowa charakterystyka poszczególnych komponentów marketingu holistycznego została przedstawiona w tabeli 7.

[358] Ph. Kotler, K.L. Keller, *Marketing*, dz. cyt., s. 20.
[359] K. Żak, *Orientacja aktywności…*, dz. cyt., s. 16.

Tabela 7. Charakterystyka filarów marketingu holistycznego

KOMPONENT MARKETINGU HOLISTYCZNEGO	CHARAKTERYSTYKA
MARKETING RELACJI	1. Cel: budowanie wzajemnie satysfakcjonujących, długotrwałych relacji z kluczowymi partnerami w celu zdobycia i utrzymania powiązań biznesowych; 2. Czterej główni partnerzy w marketingu relacji to: klienci, pracownicy, partnerzy marketingowi (kanały, dostawcy, dystrybutorzy, dilerzy, agencje), członkowie branży finansowej (akcjonariusze, inwestorzy, analitycy); 3. Działania marketingowe ukierunkowane na: – kreowanie wzrostu dla wszystkich partnerów i wyważenie poziomu zysku dla wszystkich podmiotów związanych z przedsiębiorstwem, – umiejętne zarządzanie nie tylko relacjami z klientami (CRM, *customer relationship management*), lecz również z partnerami (PRM, *partner relationship management*); 4. Zasada działania: „Buduj efektywne sieci relacji z kluczowymi partnerami, a zyski pojawią się same" – dlatego też więcej przedsiębiorstw woli być właścicielami marek niż fizycznych aktywów (przedsiębiorstwa zlecają wytworzenie tych aktywów innym podmiotom, które wyprodukują je lepiej i taniej – same zatrzymują jednak przy sobie najważniejsze obszary działalności); 5. Ostateczny wynik: unikalne bogactwo przedsiębiorstwa, zwane siecią marketingową, składającą się z przedsiębiorstwa oraz wspierających go partnerów – klientów, pracowników, dostawców, dystrybutorów, detalistów i innych – z którymi zbudowało wzajemnie korzystną relację biznesową; 6. Działalność dodatkowa – „koncentracja na kliencie": – odrębne oferty, usługi, komunikaty dla klientów indywidualnych w oparciu o informacje o zrealizowanych już wcześniej transakcjach, demografii, psychografii, a także preferencjach w zakresie mediów i dystrybucji, – koncentracja na najbardziej dochodowych klientach, produktach i kanałach, aby osiągnąć wzrost oparty na zysku poprzez przechwytywanie większej części wydatków klienta dzięki budowaniu wysokiej lojalności z jego strony, – ocena skumulowanej wartości danego klienta i projektowanie oferty rynkowej oraz polityki cenowej w taki sposób, aby przynosił on zysk w każdym momencie swojego życia, – podkreślenie znaczenia utrzymania klienta (przyciągnięcie nowego klienta może być nawet pięć razy droższe niż wysiłek włożony w utrzymanie już posiadanego klienta);

KOMPONENT MARKETINGU HOLISTYCZNEGO	CHARAKTERYSTYKA
	7. Zwiększanie udziału w rynku poprzez: – większą różnorodność dóbr dla już pozyskanych klientów, – szkolenia pracowników w dziedzinie sprzedaży dóbr komplementarnych (*cross-selling*) i droższych substytutów (*up-selling*)
MARKETING ZINTEGROWANY	1. Cel: projektowanie działań oraz integracja programów marketingowych, aby tworzyć, komunikować i dostarczać wartość klientom w taki sposób, żeby „całość dała korzyść większą niż suma części składowych"; 2. Działania marketingowe ukierunkowane na: – tworzenie, komunikowanie i dostarczanie wartości za pomocą wielu różnych działań marketingowych, – projektowanie i wdrażanie wszystkich działań marketingowych, a także innych działań, – wzrost aktywności w Internecie w zakresie budowania marek i sprzedaży; 3. Zasada działania: – wszelkie przekazy firmowe powinny być zintegrowane – oznacza to wybór takich form komunikacji, które będą się wzajemnie wzmacniać i uzupełniać (dobór mediów takich jak telewizja, radio, reklama drukowana, kontakty z opinią publiczną, wydarzenia, PR i strona internetowa w taki sposób, aby każde z nich wnosiło coś swojego i jednocześnie poprawiało skuteczność wykorzystania pozostałych), – wszelkie przekazy firmowe poprzez odpowiednio dobrane media przy każdym kontakcie muszą ponadto dostarczać spójne przesłanie marki; 4. Ostateczny wynik: integracja działań marketingowych, aby tworzyć, komunikować i dostarczać wartość klientom poprzez wykorzystanie efektu synergii; 5. Działalność dodatkowa: – budowa zintegrowanej strategii w zakresie kanałów, – ocena każdej dostępnej opcji pod kątem jej bezpośredniego wpływu na sprzedaż produktu i kapitał marki, a także pośredniego – realizowanego poprzez interakcje z innymi kanałami, – rozwiązanie dylematu posiadania zbyt wielu kanałów (co może prowadzić do konfliktów pomiędzy przedstawicielami kanałów i/lub braku wsparcia) lub zbyt małej liczby kanałów (przez co można przeoczyć istniejące okazje biznesowe);

KOMPONENT MARKETINGU HOLISTYCZNEGO	CHARAKTERYSTYKA
	6. Zwiększanie udziału w rynku poprzez większą różnorodność kanałów komunikacji (billboard, plakaty, Internet, druk, PR, lokowanie produktu i kampanie oparte na spontanicznych ruchach społecznych), których przekaz powinien być zintegrowany (powiązany z inteligentnie zaprojektowaną stroną internetową, zawierającą informacje o produkcie i dystrybutorach) i dostarczać spójne przesłanie marki
MARKETING WEWNĘTRZNY	1. Cel: przyjmowanie, szkolenie i motywowanie pracowników, których zadaniem jest dobra obsługa klientów; 2. Działania marketingowe ukierunkowane na: – międzydziałową harmonię, która może zaistnieć wyłącznie wówczas, gdy zarząd przedsiębiorstwa jasno wszystkich pracowników informuje, w jaki sposób przyjęta w przedsiębiorstwie filozofia marketingowa ma służyć klientom, – alianse pionowe (z szefostwem przedsiębiorstwa), jak i poziome (z innymi działami przedsiębiorstwa); 3. Zasada działania: – działania marketingowe wewnątrz organizacji są tak samo ważne – a może nawet ważniejsze – jak te kierowane na zewnątrz, – nie ma sensu obiecywać klientom doskonałej obsługi, zanim personel przedsiębiorstwa nie będzie przygotowany, by ją świadczyć, – marketing nie jest już domeną jednego działu w przedsiębiorstwie – jest ogólnofirmowym przedsięwzięciem, które napędza wizję, misję i planowanie strategiczne w przedsiębiorstwie, – marketing odnosi sukces tylko wtedy, gdy wszyscy pracują razem na rzecz dobra klienta; 4. Ostateczny wynik: wspólna z pracownikami realizacja obietnicy marki oraz podnoszenie jakości produktów i usług; 5. Działalność dodatkowa: – tworzenie haseł i sloganów reklamowych nawiązujących do wspólnej misji i wizji przedsiębiorstwa, – budowa zintegrowanej strategii w zakresie komunikacji międzydziałowej, – standaryzacja obsługi; 6. Zwiększanie udziału w rynku poprzez: – wysoką jakość produktów i usług opartą na zaangażowaniu pracowników w proces ich projektowania i implementacji, – szkolenia wszystkich nowo przyjmowanych pracowników pod okiem dyrektora do spraw marketingu, by lepiej rozumieć markę i stać się jej skutecznymi orędownikami

KOMPONENT MARKETINGU HOLISTYCZNEGO	CHARAKTERYSTYKA
MARKETING DOKONAŃ	1. Cel: zrozumienie istoty korzyści finansowych i niefinansowych, jakie działania marketingowe przynoszą biznesowi i społeczeństwu; 2. Działania marketingowe ukierunkowane na: – wyjście poza przychody ze sprzedaży jako probierz skuteczności działań marketingowych, – interpretację innych danych, takich jak np. udział w rynku, tempo utraty klientów, satysfakcja klientów, jakość produktu itp. – analizę prawnych, etycznych, społecznych i środowiskowych skutków działań i programów marketingowych; 3. Zasada działania: – odpowiedzialność finansowa: • uzasadnianie nakładów na marketing, z uwzględnieniem uwarunkowań finansowych i zyskowności, jak również skuteczności w zakresie budowania marki i poszerzania bazy klientów, • wykorzystywanie coraz szerszego zestawu miar finansowych, aby ocenić bezpośredni i pośredni wpływ działań na kreowanie wartości, • dostrzeganie, że duża część wartości rynkowej przedsiębiorstwa ma źródło w wartościach niematerialnych, takich jak marki, baza klientów, pracownicy, relacje z dostawcami i dystrybutorami czy też kapitał intelektualny, • stosowanie mierników marketingowych, które pomagają mierzyć i porównywać wyniki działań marketingowych w wielu różnych aspektach, • marketing społecznie odpowiedzialny: • ważność etycznego, środowiskowego, prawnego i społecznego kontekstu roli i działań, • określenie potrzeb, pragnień i interesów rynków docelowych oraz zaspokojenie ich skuteczniej i wydajniej niż konkurencja, przy jednoczesnym zachowaniu i pielęgnowaniu wysokiego poziomu życia klientów i społeczeństwa w perspektywie długoterminowej, 4. Ostateczny wynik: dostarczanie wartości biznesowi i społeczeństwu w oparciu o uzasadniony finansowo marketing społecznie odpowiedzialny; 5. Działalność dodatkowa: – inicjatywy społeczne w biznesie, – tworzenie programów recyklingu, w ramach których przedsiębiorstwa pokrywają koszty odesłania zużytego sprzętu, – działania społecznie odpowiedzialne jako sposób na odróżnienie się od konkurencji;

KOMPONENT MARKETINGU HOLISTYCZNEGO	CHARAKTERYSTYKA
	6. Zwiększanie udziału w rynku poprzez: – badania marketingowe i analizę statystyczną pozwalającą na ocenę skuteczności i efektywności finansowej różnych działań marketingowych, – wdrażanie procesów i systemów, które na podstawie analizy mierników zapewnią maksymalizację wartości, – budowanie preferencji klientów i uzyskanie w ten sposób istotnych korzyści w zakresie sprzedaży i zysków

Źródło: Opracowanie własne na postawie: Ph. Kotler, K.L. Keller, *Marketing*, dz. cyt., s. 21–26.

Przedsiębiorstwa odnoszące sukcesy stale dostosowują swoją aktywność do zmian rynku w oparciu o przestrzeganie zasad marketingu i unikanie złych praktyk rynkowych (tabela 8).

Tabela 8. Dobre i złe praktyki marketingu

LP.	DZIESIĘĆ PRZYKAZAŃ MARKETINGU	DZIESIĘĆ GRZECHÓW GŁÓWNYCH MARKETINGU
1	Przedsiębiorstwo musi podzielić rynek na segmenty, wybrać najlepsze z nich i w każdym zająć najlepszą pozycję	Przedsiębiorstwo w niedostatecznym stopniu skupia się na rynku i nastawia na klientów
2	Przedsiębiorstwo musi określić potrzeby, percepcje, preferencje i zachowania klientów oraz motywować swoich pracowników, dostawców i dystrybutorów, żeby obsługiwanie i zadowolenie klientów stały się ich obsesją	Przedsiębiorstwo nie w pełni rozumie swoich klientów docelowych
3	Przedsiębiorstwo musi dobrze poznać swoich konkurentów, ich silne i słabe strony	Przedsiębiorstwo powinno lepiej definiować i obserwować swoich konkurentów
4	Przedsiębiorstwo musi przekształcić swoich pracowników, dostawców i dystrybutorów w partnerów i hojnie ich wynagradzać	Przedsiębiorstwo nieskutecznie kieruje swoimi relacjami z zainteresowanymi stronami
5	Przedsiębiorstwo musi opracować systemy identyfikowania i stwarzania okazji, klasyfikowania ich i wybierania najlepszych	Przedsiębiorstwo nie umie wyszukiwać nowych okazji i identyfikować nowych możliwości wzrostu sprzedaży
6	Przedsiębiorstwo musi wprowadzić system planowania marketingu, prowadzący do mądrych planów długo- i krótkoterminowych	Planowanie marketingowe w przedsiębiorstwie jest niewystarczające
7	Przedsiębiorstwo musi sprawować ściślejszą kontrolę nad asortymentem swoich produktów	Polityka wyrobów i usług przedsiębiorstwa wymaga uściślenia i konsolidacji

LP.	DZIESIĘĆ PRZYKAZAŃ MARKETINGU	DZIESIĘĆ GRZECHÓW GŁÓWNYCH MARKETINGU
8	Przedsiębiorstwo musi umacniać marki, stosując najefektywniejsze z punktu widzenia kosztów narzędzia komunikacji i promocji	Przedsiębiorstwo ma niewielkie umiejętności budowania marki i komunikacji
9	Przedsiębiorstwo musi doprowadzić do tego, żeby wszystkie jego działy troszczyły się, by marketing odgrywał w nim czołową rolę oraz żeby działano w nim zespołowo	Przedsiębiorstwo nie jest należycie zorganizowane, żeby prowadzić skuteczny marketing
10	Przedsiębiorstwo wciąż musi wprowadzać nową technikę informacyjną, która zapewni mu przewagę konkurencyjną na rynku	Przedsiębiorstwo nie wykorzystuje w maksymalnym stopniu techniki informacyjnej

Źródło: Ph. Kotler, *Dziesięć śmiertelnych…*, dz. cyt., s. 21, 147.

Tak szeroki zakres działań i złożoność marketingu holistycznego powodują, że niewiele przedsiębiorstw jest w stanie przyjąć ten rodzaj orientacji aktywności. Trudności w tym zakresie sprawia zarówno wykaz czynności, które należy wdrożyć w przedsiębiorstwie, jak i konieczność posiadania wysoce wyspecjalizowanego personelu, który posiada wiedzę i kompetencje warunkujące profesjonalną implementację poszczególnych komponentów wchodzących w skład marketingu holistycznego. Nie bez znaczenia są również zasoby finansowe, których posiadanie i umiejętna alokacja determinują prowadzenie działalności marketingowej w ogóle.

Apteki ogólnodostępne jako szczególny rodzaj przedsiębiorstw, których działalność operacyjna koncentruje się na świadczeniu usług farmaceutycznych, nie mogą organizacyjnie sprostać holistycznym wyzwaniom, jakie stawia przed nimi ten rodzaj orientacji. Już przyjęcie orientacji rynkowej jest dla wielu aptek ogólnodostępnych bardzo dużym wyzwaniem, o czym świadczy fakt, że tylko 11,5% aptek przyjęło w 2018 r. ten rodzaj aktywności[360]. Przyjęcie holistycznego podejścia przez podmioty funkcjonujące na aptecznym rynku farmaceutycznym wymaga wprowadzenia zmian i podjęcia wielu inicjatyw realizowanych na płaszczyźnie planowania, organizacji, implementacji i kontroli programów marketingowych, które służyć będą rozwojowi placówki oraz wymuszą nowe spojrzenie na potencjalnych nabywców usług farmaceutycznych i identyfikację ważnych dla nich wartości. Z tego względu marketing holistyczny stanowi pieśń przyszłości dla podmiotów funkcjonujących na rynku farmaceutycznym.

[360] Tamże, s. 21.

2.1.6. Orientacja społeczna

Orientacja społeczna opiera się na założeniu, że przedsiębiorstwo powinno określić potrzeby, pragnienia i interesy rynku docelowego, a następnie dostarczać pożądane zadowolenie w sposób bardziej skuteczny i wydajny niż konkurencja. Celem działania przedsiębiorstwa o orientacji społecznej jest utrzymanie lub polepszenie dobrobytu konsumenta i społeczeństwa[361]. Marketing społeczny jako najnowsza koncepcja z pięciu filozofii zarządzania marketingowego (obok orientacji produkcyjnej, produktowej, sprzedażowej i marketingowej) zakłada, że podejście czysto marketingowe w epoce wyzwań stojących przed przedsiębiorstwem, związanych z ochroną środowiska naturalnego, niedostatkiem zasobów, globalną sytuacją ekonomiczną i zaniedbaniem usług socjalnych jest niewystarczające. Stawia pytanie, czy przedsiębiorstwo, które wyczuwa, obsługuje i zaspokaja indywidualne pragnienia, w każdym przypadku czyni to, mając na uwadze długookresowy interes konsumenta i społeczeństwa. Z punktu widzenia koncepcji marketingu społecznego bowiem orientacja czysto marketingowa może nie dostrzegać możliwych konfliktów interesów, które mogą pojawić się między doraźnymi pragnieniami konsumenta a jego długofalowym dobrobytem[362].

Orientacja społeczna obejmuje zrównoważenie trzech aspektów tworzenia polityki marketingowej: zysków przedsiębiorstwa, pragnień konsumentów i interesów społeczeństwa (rysunek 38).



Rysunek 38. Trzy aspekty orientacji społecznej w marketingu

Źródło: Ph. Kotler, G. Armstrong, J. Saunders, V. Wong, *Marketing. Podręcznik…*, dz. cyt., s. 54.

[361] Ph. Kotler, G. Armstrong, J. Saunders, V. Wong, *Marketing. Podręcznik…*, dz. cyt., s. 53.
[362] Tamże, s. 53–54.

Świadczenie usług farmaceutycznych w aptece ogólnodostępnej w sposób ograniczony wpisuje się w zakres marketingu społecznego, chociaż już sama definicja apteki, określająca ją jako placówkę ochrony zdrowia publicznego, wskazuje na ścisły związek z orientacją społeczną. Dodatkowo charakter usług farmaceutycznych udzielanych przez farmaceutę jest skorelowany z ochroną zdrowia pacjenta i ochroną zdrowia publicznego. Farmaceuta bowiem jest przedstawicielem zawodu zaufania publicznego, czyli profesji istotnej z punktu widzenia interesu publicznego. Waga tego typu profesji wynika z regulacji zawartej w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, która wskazuje, że w drodze ustawy można tworzyć samorządy zawodowe, reprezentujące osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należytym wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony[363].

Ustawa zasadnicza wiąże zatem wykonywanie zawodu zaufania publicznego z istnieniem samorządu zawodowego, który sprawuje pieczę nad należytym wykonywaniem zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Wykaz zawodów zaufania publicznego można odtworzyć z regulacji kodeksu spółek handlowych, w którym określony został katalog tzw. wolnych zawodów[364]. Do wskazanego katalogu wolnych zawodów został zaliczony przez ustawodawcę m.in. zawód aptekarza, co daje mu uprawnienia do bycia partnerem w spółce partnerskiej.

Pieczę nad należytym wykonywaniem zawodu farmaceuty, jako reprezentację zawodowych, społecznych i gospodarczych interesów tego zawodu, sprawuje samorząd zawodu farmaceuty, który stanowią Naczelna Izba Aptekarska i okręgowe izby aptekarskie[365]. Zadaniami samorządu zawodu farmaceuty są w szczególności[366]:

- reprezentowanie zawodu farmaceuty i obrona jego interesów;
- troska o zachowanie godności i niezależności zawodu;
- kodyfikowanie, krzewienie i strzeżenie zasad etyki i deontologii zawodowej;
- integracja środowiska zawodowego;
- sprawowanie pieczy i nadzoru nad wykonywaniem zawodu;

[363] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483, ze zm., art. 17.

[364] Ustawa z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych, Dz.U. z 2000 r. Nr 94, poz. 1037, ze zm., art. 88.

[365] Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich, Dz.U. z 1991 r. Nr 41, poz. 179, ze zm., art. 1 ust. 1.

[366] Tamże, art. 7 ust. 1.

– współdziałanie z organami administracji publicznej, związkami zawodowymi i samorządami zawodowymi oraz innymi organizacjami społecznymi w sprawach związanych z wykonywaniem zawodu i innych dotyczących farmacji, a mających wpływ na ochronę zdrowia publicznego;
– współpraca z towarzystwami naukowymi, szkołami wyższymi i jednostkami badawczo-rozwojowymi w kraju i za granicą;
– prowadzenie działalności samopomocowej oraz innych form pomocy materialnej dla członków samorządu i ich rodzin;
– zajmowanie stanowiska w sprawach organizacji ochrony zdrowia i gospodarki produktami leczniczymi;
– udzielanie informacji dotyczących zasad wykonywania zawodu, zasad etyki zawodowej, przepisów dotyczących ochrony zdrowia i ubezpieczeń społecznych;
– wykonywanie innych zadań określonych odrębnymi przepisami.

Apteki ogólnodostępne w ramach prospołecznego systemu opieki zdrowotnej zobowiązane są z jednej strony do świadczenia usług farmaceutycznych w ramach pełnienia społecznej misji ochrony zdrowia publicznego, natomiast z drugiej – podlegają regułom gry rynkowej – realizują cele komercyjne[367]. Zatem w działalności operacyjnej aptek zidentyfikować można dwa wymiary: społeczny i ekonomiczny. Występowanie ich obok siebie w ramach prowadzonej aktywności rynkowej determinuje istnienie dwóch kategorii celów prowadzonej działalności operacyjnej.

W systemie prawa farmaceutycznego wyeksponowany jest głównie aspekt społeczny, na co wskazuje legalna definicja apteki, podkreślająca priorytetowy aspekt działalności apteki, jakim jest ochrona zdrowia publicznego, realizowana w ramach prospołecznego systemu opieki zdrowotnej, oraz wskazanie obszarów aktywności farmaceuty, czyli sprawowanie opieki farmaceutycznej, udzielanie usług farmaceutycznych, wykonywanie zadań i czynności zawodowych. Wymiar społeczny dostrzeżony również przez samorząd zawodu aptekarskiego, który w Kodeksie Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej zawarł, „co w zawodzie jest istotne, pożądane, dobre, moralne i słuszne, a co naganne" oraz określił „etyczną stronę przedsiębiorczości aptekarskiej" w formie zasad, reguł i norm, stanowiąc tym samym

[367] K. Żak, *Realizacja celów komercyjnych a społeczna misja apteki ogólnodostępnej – konflikt pomiędzy etyką a biznesem jako źródło występowania zjawisk patologicznych na aptecznym rynku farmaceutycznym*, „Prakseologia" 2018, 160, s. 124.

„kodeks profesjonalizmu zawodowego" obejmujący „wskazania powinności moralnych, obowiązków, umiejętności i kompetencji zawodowych"[368]. Kodeks Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej wskazuje, że „mechanizmy rynkowe, naciski społeczne lub wymagania administracyjne nie zwalniają Aptekarza z przestrzegania etyki zawodu"[369]. Zabrania farmaceutom reklamowania siebie i swoich usług oraz uczestnictwa w reklamie usług farmaceutycznych i ich promocji „niezgodnej z prawem lub dobrymi obyczajami", jak również przyczyniania się do zwiększenia konsumpcji produktów leczniczych[370]. Kodeks również obliguje farmaceutów do dbania o „racjonalną terapię środkami leczniczymi, nie umniejszając praw chorego" przy jednoczesnym zapobieganiu nadużywaniu i marnotrawieniu leków[371]. Zobowiązuje farmaceutę do zawarcia takiej umowy z pracodawcą (lub pracownikiem), która gwarantowałaby obu stronom możliwość wykonywania zawodu zgodnie z zasadami etyki[372]. Dokonując analizy regulacji Kodeksu Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej, zauważyć należy, że podstawowe zasady etyki zawodowej farmaceutów nie zmieniły się od starożytności, natomiast zmianie ulegają warunki wykonywania zawodu farmaceuty[373]. Z tego względu samorząd zawodu aptekarskiego w 2012 r. w kodeksie dokonał nowelizacji uregulowań, redefiniując zasady, reguły i normy poprzez określenie na nowo wskazań, powinności moralnych, obowiązków, umiejętności i kompetencji zawodowych. Celem nowelizacji kodeksu etyki zawodowej była reakcja na postępującą degradację zawodu farmaceuty, przejawiającą się tym, że funkcje społeczne przestały w działalności aptek odgrywać priorytetową rolę.

System prawa gospodarczego natomiast charakteryzuje przede wszystkim wymiar ekonomiczny, determinujący rynkową aktywność apteki. Apteka ogólnodostępna jako zorganizowany zespół składników materialnych i niematerialnych przeznaczony do prowadzenia działalności gospodarczej jest bowiem przedsiębiorstwem, a właściciel apteki występujący jako osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna prowadząca we własnym imieniu działalność gospodarczą – przedsiębiorcą[374]. Specyfi-

[368] Kodeks Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej, dz. cyt., s. 65.
[369] Tamże, art. 3 ust. 3.
[370] Tamże, art. 19.
[371] Tamże, art. 25 ust. 1.
[372] Tamże, art. 18 ust. 1.
[373] L. Krówczyński, *Etyka zawodowa farmaceutów*, Colegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1993, s. 6.
[374] Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, Dz.U. z 1964 r. Nr 16, poz. 93, ze zm., art. 55^1, 43^1.

ka świadczenia usług farmaceutycznych pokazuje, że wymiar ekonomiczny stanowi aspekt priorytetowy, albowiem w realiach gospodarki rynkowej realizacja celów komercyjnych umożliwia wypełnianie misji społecznej. Bez stosownych środków finansowych, pozyskanych na skutek realizacji celów komercyjnych, apteka nie będzie mogła wypełniać swojej misji społecznej, czyli chronić zdrowia pacjenta w ramach systemu ochrony zdrowia publicznego. Uwzględniając istotność wymiaru ekonomicznego dla rynkowego funkcjonowania apteki, wskazać należy, że pełni on nie tylko funkcję priorytetową, lecz także równoważną w odniesieniu do aspektu społecznego. Równoważność wymiaru społecznego i ekonomicznego wskazuje, że apteka stanowi unikalne połączenie elementów zawodowego i rynkowego[375]. Kategorię celów komercyjnych należy utożsamiać z realizacją następujących celów związanych z aktywnością marketingową[376]:

- wzrost poziomu jakości usług świadczonych dotychczasowym grupom nabywców (działania wspierające wzrost sprzedaży dotąd oferowanych produktów dotychczasowym grupom nabywców nie zawsze są wskazane, albowiem leki nie stanowią zwykłej kategorii produktów, a ich zażywanie powinno wynikać z konieczności życiowej; polecanie dodatkowego produktu w sposób nakazowy, np. w formie obligatoryjnego zalecenia lub zarządzenia bez zaznajamiania się ze specyfiką jednostki chorobowej pacjenta, należy uznać za działanie wbrew interesowi pacjenta);
- pozyskiwanie nowych grup nabywców dla dotychczas oferowanych produktów i usług (w obecnych realiach rynkowych jest możliwe wyłącznie kosztem odebrania nabywców podmiotom konkurencyjnym);
- oferowanie nowych produktów i usług w celu zdobycia nowych grup nabywców (można to osiągnąć poprzez efektywne, oparte na analizie potrzeb i oczekiwań klienta zarządzanie asortymentem);
- modyfikację świadczonych usług w celu osiągnięcia wzrostu sprzedaży wśród dotychczasowych grup nabywców (każdą modyfikację należy poprzedzić badaniem preferencji nabywców i analizą ofert konkurentów).

Zauważyć przy tym należy, że realizacja celów ekonomicznych (komercyjnych) apteki nie powinna pozostawać w sprzeczności z podstawowym aspektem jej funkcjonowania, jakim jest realizacja celów społecznych, związanych

[375] I. Thorner, *Pharmacy: The Functional…*, dz. cyt., s. 321.
[376] K. Żak, *Realizacja celów…*, dz. cyt., s. 127.

z ochroną zdrowia publicznego. Dualizm celów i zadań może jednak prowadzić do konfliktu wartości, który może stanowić źródło występowania zjawisk patologicznych na rynku. Na występowanie konfliktu wartości wskazują badania empiryczne przeprowadzone wśród farmaceutów – aptekarzy (tabela 9).

Tabela 9. Konflikt w aptece według farmaceutów

LP.	WYSZCZEGÓLNIENIE (KATEGORIA)	ODSETEK RESPONDENTÓW
1	Występowanie trudności z wykonywaniem zawodu farmaceuty w zgodzie z przepisami prawnymi i kodeksem etycznym	69,1%
2	Nie można pogodzić wykonywania zawodu farmaceuty z realizacją celów komercyjnych apteki	78,1%
3	Konflikt między realizacją celów komercyjnych i celów społecznych na stałe wpisany jest w zawód farmaceuty	80,2%
4	Trudności z pogodzeniem realizacji celów komercyjnych z realizacją celów społecznych utrudniają wykonywanie zawodu farmaceuty w zgodzie z obowiązującymi przepisami	76,9%
5	Realizacja celów komercyjnych wymusza łamanie przepisów prawnych i kodeksu etycznego	71,4%
6	Realizacja celów społecznych wymusza łamanie przepisów prawnych i kodeksu etycznego	9,1%

Źródło: K. Żak, *Działania marketingowe*…, dz. cyt., s. 253.

Farmaceuci wskazują na występowanie trudności związanych z wykonywaniem zawodu farmaceuty w zgodzie z prawem i zasadami etyki (69,1%) oraz pojawianie się problemów z harmonizacją celów komercyjnych z pełnieniem misji społecznej (76,9%). Twierdzą również, że w realiach rynkowych konflikt między realizacją celów komercyjnych i celów społecznych jest na stałe wpisany w zawód farmaceuty (80,2%), albowiem nie można pogodzić wykonywania zawodu farmaceuty z realizacją celów komercyjnych apteki (78,1%), a ich praktyczna realizacja wymusza działania wbrew obowiązującym przepisom (71,4%)[377].

Problematyka konfliktu wartości pomiędzy wymiarem społecznym a ekonomicznym w odniesieniu do praktyki aptecznej wynika z redefinicji roli apteki i jej ewolucji w kierunku dominacji celów komercyjnych nad celami społecznymi. Zmiany ekonomiczne i technologiczne na rynku farmaceutycznym powodują trudności we właściwej identyfikacji misji apteki, albowiem na przestrzeni ostatnich lat rola farmaceuty została sprowadzona

[377] K. Żak, *Działania marketingowe*…, dz. cyt., s. 245–246, 252–255.

do funkcji sprzedawcy czy wręcz „lekopodawcy”[378]. Aptekarze bowiem stopniowo zostali wyparci z roli wytwórców leków przez wyspecjalizowane w tej dziedzinie przedsiębiorstwa farmaceutyczne, które mocno premiowały farmaceutów sprzedających duże ilości produktów. Nastawienie na realizację planów sprzedażowych ograniczyło również zakres udzielanych porad związanych ze stosowaniem leków. Zauważyć przy tym należy, że choć z punktu widzenia apteki aspekt ekonomiczny jest istotny, to z perspektywy farmaceuty nie powinien mieć priorytetowego znaczenia. Jak słusznie zauważył W.I. Wardwell, „farmaceuta nie powinien sprzedawać leków w oparciu o maksymalizację sprzedaży detalicznej, ponieważ jest zobowiązany kierować się dobrem pacjenta oraz dokładnością”[379]. W latach sześćdziesiątych ubiegłego wieku E.R. Quinney, dokonując analizy i oceny zachowań farmaceutów, wskazał, że występują w tym zakresie dwie przeciwstawne role: orientacja „biznesowa” (ang. *business-role orientation*), oparta na dominującej roli celów komercyjnych, oraz orientacja „zawodowa” (ang. *professional-role orientation*), oparta na realizacji celów społecznych[380]. Każda z wyodrębnionych orientacji aktywności apteki ma inaczej rozłożone priorytety, które charakteryzują sposób realizacji celów i zadań. Orientacja „biznesowa” (sprzedażowa) większy nacisk kładzie na realizację planów sprzedażowych, natomiast orientacja „zawodowa” (społeczna) bardziej nastawiona jest na realizację celów społecznych. Niespełna dekadę później J. Ladinsky zauważył, że w aptekach dominuje podejście biznesowe i nastawienie na realizację celów komercyjnych, natomiast służba w ochronie interesu pacjenta nie stanowi już priorytetu[381]. L.S. Linn i M.S. Davis natomiast wskazali, że bardziej skłonni do udzielania porad i rekomendacji leków byli farmaceuci o orientacji „biznesowej”, co pokazuje próbę komercjalizacji profesjonalnego doradztwa oraz niedoszacowanie jego znaczenia przez farmaceutów

[378] Por. Th.H. McCormack, *The Druggists' Dilemma: Problems of a Marginal Occupation*, “American Journal of Sociology” 1956, 61 (4), p. 308–315.

[379] W.I. Wardwell, *Limited, Marginal, and Quasi-Practitioners*, [In:] Freeman H.E., Levine S., Reeder L.G. (ed.), *Handbook of Medical Sociology*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey 1963. Cyt. za: L.S. Linn, M.S. Davis, *Occupational Orientation and Overt Behavior-The Pharmacist as Drug Adviser to Patients*, “American Journal of Public Health” 1973, 63 (6), p. 502.

[380] E.R. Quinney, *Occupational Structure and Criminal Behavior: Prescription Violation by Retail Pharmacists*, “Social Problems” 1963, 11 (2), p. 179–185; E.R. Quinney, *Adjustment to Occupational Role Strain: The Case of Retail Pharmacy*, “The Southwestern Social Science Quarterly” 1964, 44 (4), p. 367–376.

[381] J. Ladinsky, *Professions and the Public Interest: Where Does Pharmacy Fit?*, “American Journal of Pharmacy” 1971, 143 (1), p. 24–30.

o orientacji „zawodowej”[382]. Koncentrując się na dualistycznej naturze roli farmaceutów, zauważono, że farmaceuci o orientacji „biznesowej” również porównują korzyści pod kątem ich zawodowych (społecznych) wartości, natomiast wszyscy farmaceuci, bez względu na orientację zawodową, są w takim samym stopniu motywowani przez charakter pełnionej misji, jak i kryterium dochodowe[383].

Choć świadczenie usług farmaceutycznych w aptece ogólnodostępnej wpisuje się w zakres marketingu społecznego, to jednak zauważyć należy, że orientacja społeczna w aptece ogólnodostępnej w realiach polskich nie może być zastosowana. Określając potrzeby, pragnienia i interesy rynku docelowego oraz dostarczając satysfakcji w sposób bardziej skuteczny i wydajny niż konkurencja, apteka realizuje wprawdzie zadania zorientowane prospołecznie, jednak zakres tych zadań jest mocno ograniczony przez wymiar prawny i ekonomiczny. Utrzymanie lub polepszenie dobrobytu konsumenta i społeczeństwa są poza zasięgiem apteki, ponieważ świadczy ona usługi farmaceutyczne, operując produktem, którego użycie powinno wynikać z konieczności życiowej, a nie zaspokajać potrzeby konsumpcyjne. Indywidualne podejście do procesu farmakoterapii powoduje, że punkt ciężkości prowadzonej działalności operacyjnej ukierunkowany jest na klienta (pacjenta), a nie całe społeczeństwo. Dobrostan całego społeczeństwa bowiem wymaga podejmowania całego katalogu działań, które są poza zasięgiem apteki, jak np. podejmowanie inicjatyw społecznych czy prospołeczna komunikacja marketingowa. W obecnych realiach prawnych działania te mogą zostać uznane za zabronioną formę reklamy apteki. Z tego względu prospołeczna aktywność apteki może zostać zakwalifikowana jako działanie charakterystyczne dla orientacji rynkowej (marketingowej), względnie holistycznej.

2.1.7. Orientacja na uczenie się (na wiedzę)

Orientacja na uczenie się (wiedzę) jest ukierunkowana na odkrywanie wiedzy w organizacji, aby lepiej komunikować się z otoczeniem[384]. Organizacyjne uczenie to mechanizm adaptacyjny oparty na zdolności organizacji do pozyskiwania i tworzenia wiedzy, usprawnianiu rutyn organizacyjnych,

[382] Por. L.S. Linn, M.S. Davis, *Occupational Orientation…*, dz. cyt., s. 503–508.
[383] C.L. Kronus, *Occupational Values, Role Orientations, and Work Settings: The Case of Pharmacy*, “The Sociological Quarterly” 1975, 16 (2), p. 171–183.
[384] A. Grinstein, *The relationships…*, dz. cyt., s. 118.

zapominaniu nieużytecznej wiedzy, odnajdywaniu i tworzeniu szans[385]. Jest on ściśle powiązany z improwizacją organizacyjną, czyli zdolnością organizacji do podejmowania spontanicznych, twórczych, intuicyjnych decyzji, które służą ustawicznemu budowaniu, integrowaniu, rekonfigurowaniu, wykorzystywaniu istniejących oraz nowych zasobów[386]. W procesie organizacyjnego uczenia, będącego integralnym elementem kultury organizacyjnej przedsiębiorstwa, suma doświadczeń uczestników służy pomnażaniu wspólnej wartości wiedzy[387]. Efektywne uczenie się w dużym stopniu jest uzależnione od rozwijania postaw uczestników organizacji w kierunku uczenia się[388]. Przekłada się to na dążenie do zastosowania nowych procesów myślowych, wymiany wiedzy, otwartości w wyrażaniu poglądów i wdrażania nowych procedur zachęcających pracowników do odrzucania przestarzałej wiedzy, stwarzając warunki zachęcające pracowników do krytycznej analizy stanu istniejącego[389].

Orientacja na uczenie się (na wiedzę) oznacza ciągły i ukierunkowany celowo proces realizowany przez przedsiębiorstwo, dążący do poszukiwania nowych rozwiązań w oparciu o analizę już istniejących procedur decyzyjnych pod kątem efektywności i maksymalizacji wyników[390]. Wiedza w tym przypadku stanowi kluczowy element budowania przewagi konkurencyjnej, albowiem pozyskane informacje, odpowiednio zinterpretowane i ocenione, służą podejmowaniu efektywnych decyzji, często o znaczeniu strategicznym. Zatem orientacja na uczenie się (na wiedzę) wymaga aktywnego rozwijania nowej wiedzy poprzez podważanie stanu istniejącego w celu zainicjowania procesu zmian zmierzających w kierunku efektywnej implementacji innowacyjnych

---

385 M. Bratnicki, *Przedsiębiorczość organizacyjna: orientacja, dynamiczna zdolność i kontekst*, [w:] Krupski R. (red.), *Rozwój szkoły zasobowej zarządzania strategicznego* (137–160), „Prace Naukowe Wałbrzyskiej Wyższej Szkoły Zarządzania i Przedsiębiorczości", Wydawnictwo Wałbrzyskiej Wyższej Szkoły Zarządzania i Przedsiębiorczości, Wałbrzych 2011, s. 149.

386 Tamże, s. 148–149.

387 M. Popper, R. Lipshitz, *Organizational learning: Mechanisms, culture and feasibility*, "Management Learning" 2000, 31 (2), p. 181–196.

388 J. Karpacz, *Orientacja organizacji na uczenie się a zmiana rutyn*, [w:] Lichtarski J., Nowosielski S., Osbert-Pociecha G., Tabaszewska-Zajbert E. (red.), *Nowe kierunki w zarządzaniu przedsiębiorstwem – wiodące orientacje* (712–725), „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu", 340, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2014, s. 714.

389 S.F. Slater, J.C. Narver, *Intelligence generation and superior customer value*, "Journal of the Academy of Marketing Science" 2000, 28 (1), p. 120–127.

390 Por. N. Kaya, J. Patton, *The effects of knowledge-based resources, market orientation and learning orientation on innovation performance: An empirical study of Turkish firms*, "Journal of International Development" 2011, 23 (2), p. 204–219.

procedur decyzyjnych[391]. Przedsiębiorstwo zorientowane na wiedzę ma większe możliwości tworzenia innowacyjnych rozwiązań i wdrażania ich w swojej praktyce operacyjnej[392]. Pozwala to nie tylko rozwijać kompetencje techniczne, lecz również społeczne, ponieważ umożliwia efektywne budowanie relacji z klientami[393]. Złożoność procesu organizacyjnego pozyskiwania wiedzy wymaga wielopłaszczyznowej i wielopoziomowej analizy[394].

Apteka ogólnodostępna, której działalność operacyjna jest oparta głównie na udzielaniu usług farmaceutycznych i sprawowaniu opieki farmaceutycznej, powinna mieć wdrożone mechanizmy organizacyjnego uczenia się, ponieważ zatrudnieni w niej farmaceuci, wykonujący samodzielny zawód medyczny, operują wiedzą pozyskaną w toku studiów farmaceutycznych oraz w ramach systemu kształcenia ustawicznego. System prawa farmaceutycznego obliguje farmaceutę do ustawicznego rozwoju zawodowego przez aktualizację wiedzy i umiejętności zawodowych[395]. Ma on również możliwość stałego aktualizowania wiedzy i umiejętności przez uczestnictwo w ramach kształcenia podyplomowego w[396]:

- szkoleniu specjalizacyjnym;
- kursach kwalifikacyjnych;
- studiach podyplomowych.

Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną powinien zatem wprowadzić rozwiązania techniczne umożliwiające pozyskiwanie, gromadzenie i magazynowanie oraz przetwarzanie i ocenę informacji pozyskanych wskutek prowadzonych badań rynkowych i marketingowych, które pozwalają m.in. na:

- wyodrębnienie poszczególnych segmentów rynkowych;
- identyfikację potrzeb nabywców;
- analizę preferencji zakupowych klientów;

---

[391] Por. J.M. Sinkula, W.E. Baker, T. Noordewier, *A framework for market-based organizational learning: Linking values, knowledge, and behaviour*, "Journal of the Academy of Marketing Science" 1997, 25 (4), p. 305–318; C. Moorman, A. Miner, *Organizational improvisation and organizational memory*, "The Academy of Management Review" 1998, 23 (4), p. 698–724.

[392] G.T.M. Hult, R.F. Hurley, G.A. Knight, *Innovativeness: Its antecedents and impact on business performance*, "Industrial Marketing Management" 2004, 34 (33), p. 429–438.

[393] T. Henning-Thurau, C. Thurau, *Customer orientation of service employees: Its impact on customer satisfaction, commitment, and retention*, "International Journal of Service Industry Management" 2004, 15 (5), p. 460–478.

[394] Por. R.J. Calantone, S.T. Cavusgil, Y. Zhao, *Learning orientation, firm innovation capability and firm performance*, "Industrial Marketing Management" 2002, 31 (6), p. 515–524.

[395] Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, Dz.U. z 2021 r., poz. 97, ze zm., art. 43 ust. 1.

[396] Tamże, art. 44.

– dostosowanie oferty asortymentowej do oczekiwań klientów;
– podwyższenie poziomu jakości świadczonych usług w aptece;
– zaspokojenie potrzeb konsumentów w sposób efektywniejszy od konkurencji;
– budowanie partnerskich relacji z klientami i dostawcami;
– kształtowanie prokonsumenckiej polityki cenowej;
– efektywną analizę działań konkurentów;
– podejmowanie odpowiednich (właściwych w danej sytuacji) decyzji operacyjnych.

System zarządzania wiedzą powinien umożliwiać wgląd do bazy danych, aby nowo zatrudnionym pracownikom umożliwić szybką aktualizację posiadanej wiedzy. Z tego względu istotne są odpowiednia klasyfikacja i grupowanie systemu katalogów i plików oraz stworzenie odpowiednich kategorii dostępności do informacji, aby zminimalizować ryzyko wycieku całości zgromadzonych danych.

W działalności operacyjnej aptek ogólnodostępnych istotne są również mechanizmy adaptacyjne, związane z koniecznością gromadzenia informacji pozyskanych w ramach obsługi klienta, również na bazie spontanicznej rozmowy. W ten sposób można pozyskać np. informacje o postrzeganej jakości obsługi, wymiaru satysfakcji z poziomu cen czy praktykach rynkowych stosowanych przez konkurencję.

Orientacja na uczenie się (wiedzę) w odniesieniu do aptek ogólnodostępnych nie stanowi typu orientacji wyłącznej, ale występuje obok jednego z podstawowych typów orientacji zarządzania marketingowego. Struktura podmiotowa (przedsiębiorstwo o określonej strukturze organizacyjnej), przeznaczenie apteki (świadczenie w szczególności usług farmaceutycznych) oraz specyfika rynku farmaceutycznego powodują, że poszczególne rodzaje aktywności, ukierunkowane na uczenie się i pozyskiwanie wiedzy, występują tutaj przy okazji prowadzonej działalności podstawowej.

2.1.8. Orientacja przedsiębiorcza (na przedsiębiorczość)

Orientacja przedsiębiorcza (na przedsiębiorczość) odzwierciedla skłonność przedsiębiorstw do ponoszenia ryzyka w dążeniu do innowacyjności, co pozwala przedsiębiorstwom zbić kapitał na pojawiających się okazjach, prowadząc do powstawania nowych produktów i organizacyjnego wzrostu[397]. Stanowi skorelowany zestaw działań i procesów w oparciu o skłonność

[397] A. Grinstein, *The relationships…*, dz. cyt., s. 118–119.

przedsiębiorstw do podejmowania wyższego ryzyka, proaktywnego poszukiwania szans biznesowych oraz orientacji proinnowacyjnej[398]. Może być również uznana za przewodnik zapewniający przedsiębiorstwom podstawę do podejmowania przedsiębiorczych decyzji i działań[399]. Intensywność dociekań naukowych powoduje, że orientacja przedsiębiorcza nie jest jednoznacznie definiowana. Wykaz podstawowych definicji przedstawiono w tabeli 10.

Tabela 10. Konceptualizacje orientacji przedsiębiorczej

AUTOR	DEFINICJA
Miller (1983)	Organizacja o orientacji przedsiębiorczej to taka, która angażuje się w innowacje, podejmuje ryzykowne działania i dąży, żeby jako pierwsza przedstawić innowacje na rynku i pokonać konkurencję
Covin i Slevin (1989)	Orientacja przedsiębiorcza odzwierciedla nastawienie organizacji, jej postawę do angażowania się w działania strategiczne mające charakter jednocześnie innowacyjny, proaktywny i obarczony ryzykiem, które bezpośrednio i znacząco wpływają na wyniki przedsiębiorstwa
Lumpkin i Dess (1996)	Orientacja przedsiębiorcza to procesy, praktyki i aktywności zarządcze o charakterze autonomicznym, innowacyjnym, ryzykownym, proaktywnym i agresywnie konkurencyjnym prowadzące do „nowego wejścia"
De Clercq, Thongpapanl i Dimov (2009)	Orientacja przedsiębiorcza to silne zobowiązanie do równoczesnego podejmowania ryzyka w wypróbowywaniu nowych produktów, wprowadzaniu innowacji w celu odmładzania oferty rynkowej i stawania się bardziej aktywnym niż rywale
Rauch, Wiklund, Lumpkin i Frese (2009)	Orientacja przedsiębiorcza to proces generowania strategii, którą menedżerowie wykorzystują do podejmowania decyzji poprzez upowszechnianie celów organizacji, utrzymywanie wizji i tworzenie trwałych przewag konkurencyjnych
Morris, Kuratko i Covin (2011)	Orientacja przedsiębiorcza to proces dotyczący metod, praktyk i stylów podejmowania decyzji, intencji i działań głównych uczestników procesu wytwórczego

Źródło: D. Miller, *The correlates of entrepreneurship in three types of firms*, "Management Science" 1983, 29 (7), p. 770–791; J.G. Covin, D.P. Slevin, *Strategic management of small firms in hostile and benign environments*, "Strategic Management Journal" 1989, 10 (11), p. 75–87; G.T. Lumpkin, G.G. Dess, *Clarifying the entrepreneurial orientation construct and linking it to performance*, "Academy of Management Review" 1996, 21 (1), p. 135–172; D. De Clercq, N. Thongpapanl, D. Dimov, *When good conflict gets better and bad conflict becomes worse: The role of social capital in the conflict — innovation relationship*, "Journal

[398] Por. M.P. Miles, D.R. Arnold, *The relationship between marketing orientation and entrepreneurial orientation*, "Entrepreneurship Theory and Practice" 1991, 15 (4), p. 49; D. Miller, P.H. Friesen, *Innovation in conservative and entrepreneurial firms: Two models of strategic momentum*, "Strategic Management Journal" 1982, 3 (1), p. 1–25.

[399] W. Dyduch, *Pomiar przedsiębiorczości organizacyjnej*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Karola Adamieckiego w Katowicach, Katowice 2008, s. 97.

of the Academy of Marketing Science" 2009, 37 (3), p. 283–297; A. Rauch, J. Wiklund, G.T. Lumpkin, M. Frese, *Entrepreneurial orientation and business performance: an assessment of past research and suggestions for the future*, "Entrepreneurship Theory & Practice" 2009, 33, p. 761–787; M.H. Morris, D.F. Kuratko, J.G. Covin, *Corporate entrepreneurship & innovation*, South-Western/Thomson Publishers, Mason, OH 2011. Cyt. za: J. Karpacz, *Orientacja przedsiębiorcza a rozwój zdolności dynamicznych – ujęcie literaturowe*, [w:] Paszkowski J., Stroińska E. (red.), *Uwarunkowania rozwoju regionalnego i lokalnego* (109–126), Wydawnictwo Społecznej Akademii Nauk, Łódź–Warszawa 2018, s. 111.

Różnorodność odnosi się również do wymiarów orientacji przedsiębiorczej, które są częstym tematem badawczym (tabela 11).

Tabela 11. Wymiary orientacji przedsiębiorczej

AUTOR	WYMIAR
Covin i Slevin (1989)	podejmowanie ryzyka, innowacyjność, proaktywność
Zahra (1991)	innowacyjność, podejmowanie ryzyka, proaktywność
Zahra (1993)	innowacyjność
Lumpkin i Dess (1996)	innowacyjność, podejmowanie ryzyka, proaktywność, agresywna konkurencyjność
Dyduch (2008)	innowacyjność, proaktywność, podejmowanie ryzyka, niezależność, konkurencyjna agresywność
Bratnicki i Gabryś (2011)	proaktywność, podejmowanie ryzyka, innowacyjność
Zbierowski (2012)	proaktywność, podejmowanie ryzyka, innowacyjność

Źródło: J.G. Covin, D.P. Slevin, *Strategic management…*, dz. cyt., s. 75–87; S.A. Zahra, *Predictors and financial outcomes of corporate entrepreneurship: An exploratory study*, "Journal of Business Venturing" 1991, 6 (4), p. 259–285; S.A Zahra, *Environment, corporate entrepreneurship, and financial performance: A taxonomic approach*, "Journal of Business Venturing" 1993, 8 (4), p. 319–340; G.T. Lumpkin, G.G. Dess, *Clarifying the entrepreneurial…*, dz. cyt., s. 135–172; W. Dyduch, *Pomiar przedsiębiorczości…*, dz. cyt., s.144–148; M. Bratnicki, B.J. Gabryś, *Orientacja przedsiębiorcza a sukces organizacji*, „Prace i Materiały Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego", 2011, 4/2, s. 63–72; P. Zbierowski, *Orientacja pozytywna organizacji wysokiej efektywności*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 189, 278. Cyt. za: J. Karpacz, *Orientacja przedsiębiorcza…*, dz. cyt., s. 112.

Orientacja przedsiębiorcza dotyczy potencjalnych intencji przedsiębiorczych podmiotu, zatem ma wymiar deklaracyjny, który w wyniku postępującej globalizacji rynków może prowadzić do konstrukcji międzynarodowej orientacji przedsiębiorczej (tabela 12).

Tabela 12. Konstrukt międzynarodowej orientacji przedsiębiorczej

WYMIAR	PODSTAWOWA CHARAKTERYSTYKA
Trójzmienny konstrukt międzynarodowej orientacji przedsiębiorczej	
Proaktywność	Wykorzystywanie nowych i istniejących międzynarodowych możliwości biznesowych [Wiklund i Shepherd, 2005]
Innowacyjność	Skłonność do eksperymentowania, wspieranie nowych międzynarodowych pomysłów i odbiegających od ustalonych praktyk [Miller, 1983; Lumpkin i Dess, 1996; Wiklund i Shepherd, 2005], a także opracowanie lub ulepszenie wyrobów i usług z przeznaczeniem na rynek międzynarodowy [Knight, 2001]
Podejmowanie ryzyka	Gotowość międzynarodowego przedsiębiorcy do inwestowania i przeznaczania zasobów do międzynarodowych projektów, które mają niepewne skutki lub niezwykle wysokie zyski i/lub straty [Lumpkin i Dess, 1996; Wiklund i Sheperd, 2005]
Wielozmienny konstrukt międzynarodowej orientacji przedsiębiorczej	
Agresywność konkurencyjna	Agresywne pozycjonowanie w stosunku do konkurentów w dążeniu przez umiędzynarodowioną firmę do osiągnięcia celów rynkowych [Knight, 2001]
Autonomia	Niezależne działanie ludzkie nakierowane na realizację międzynarodowej wizji biznesowej [Dess i Lumplin, 2005], zdolność do samodzielnego działania w poszukiwaniu międzynarodowych możliwości rynkowych [Lumpkin i Dess, 1996]

Źródło: J. Wiklund, D. Shepherd, *Entrepreneurial Orientation and Small Business Performance: A Configurational Approach*, "Journal of Business Venturing" 2005, 20 (1), p. 71–91; D. Miller, *The correlates of entrepreneurship…*, dz. cyt., p. 770–791; G.T. Lumpkin, G.G. Dess, *Clarifying the entrepreneurial…*, dz. cyt., p. 135–172; G.A. Knight, *Entrepreneurship and Strategy in the International SME*, "Journal of International Management" 2001, 7 (3); G.G. Dess, G.T. Lumpkin, *The Role of Entrepreneurial Orientation in Stimulating Corporate Entrepreneurship: Research Briefs*, "Academy of Management Executive" 2005, 19 (1); Ch. Glavas, Sh. Mathews, *How International Entrepreneurship Characteristics Influence Internet Capabilities for the International Business Processes of the Firm*, "International Business Review" 2014, 23 (1), p. 230; K. Wach, *Przedsiębiorczość jako czynnik rozwoju społeczno-gospodarczego: przegląd literatury*, „Przedsiębiorczość – Edukacja" 2015, 11, s. 16, 18; K. Wach, *Pomiar internacjonalizacji przedsiębiorstwa z perspektywy przedsiębiorczości międzynarodowej*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie" 2016, 17 (10), cz. I, s. 122. Cyt. za: K. Wach, *Orientacja przedsiębiorcza a wiedza w początkowym i dojrzałym etapie procesu internacjonalizacji przedsiębiorstw*, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach" 2017, 319, s. 271.

Dokonując oceny orientacji przedsiębiorczej, zauważyć należy, że w przedsiębiorstwie jest ona pochodną sumy trzech skorelowanych ze sobą wymiarów: innowacyjności, podejmowania ryzyka i proaktywności.

Wymiar innowacyjności odzwierciedla tendencje przedsiębiorstwa do angażowania się w proces twórczy[400]. Może stanowić cechę (zjawisko, proces) warunkującą wystąpienie zdecydowanie pozytywnie ocenianych i wysoce pożądanych zjawisk i procesów[401]. Charakteryzuje przedsiębiorstwa zorientowane na implementację innowacji technologicznych w każdym możliwym aspekcie prowadzonej działalności operacyjnej w celu racjonalizacji procedur operacyjnych i procesów wytwórczych w oparciu o optymalizację oferowanego asortymentu produktów i usług. Wzrost poziomu innowacyjności wymaga od przedsiębiorstwa koncentracji na badaniach, prowadzenia analiz oraz eksperymentowania, aby, wykorzystując kreatywność pracowników, generować nowe rozwiązania i budować przewagę konkurencyjną.

Podejmowanie ryzyka jako wymiar orientacji przedsiębiorczej (na przedsiębiorczość) determinuje podejście przedsiębiorstwa do wszystkich kwestii związanych z podejmowaniem decyzji. Odnosi się zatem do zachowań rynkowych i warunków prowadzenia działalności w warunkach niepewności poprzez określenie stosunku menedżerów do ryzyka, który może przybrać formę awersji do ryzyka, neutralności względem ryzyka i skłonności do ryzyka. Dokonując jednak analizy działalności operacyjnej przedsiębiorstw, zauważyć należy, że orientacja przedsiębiorcza implikuje skłonność do ryzyka jako podstawowy typ zachowań decydentów ukierunkowany na osiąganie wysokich zwrotów z zainwestowanego kapitału. Prowadzi to do podejmowania ryzykownych zachowań, opartych na kredytowanej działalności inwestycyjnej i zaciąganiu pożyczek przeznaczonych na finansowanie rozwoju oraz angażowanie znacznych zasobów, aby wykorzystać pojawiające się szanse rynkowe[402]. Agresywne działania rynkowe, podejmowane w oparciu o niedoszacowanie ryzyka, mogą jednak prowadzić do powstawania strat[403]. Niemniej jednak podejmowanie ryzyka w ramach orientacji przedsiębiorczej (na przedsiębiorczość) nie powinno się utożsamiać z lekkomyślnością menedżerów, lecz należy rozpatrywać jako zamierzone, przemyślane i skalkulowane działanie, bazujące na intuicji i wymiarze analitycznym[404].

---

[400] M. Gębczyńska, *Konstrukt i wymiary orientacji przedsiębiorczej – analiza teoretyczna*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej" 2017, 101, s. 155.

[401] J. Lichtarski, *O granicach innowacyjności przedsiębiorstwa*, [w:] Bieniok H., Kraśnicka T. (red.), *Innowacje zarządcze w biznesie i sektorze publicznym*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Karola Adamieckiego, Katowice 2008, s. 313–320.

[402] Por. J. Wiklund, D. Shepherd, *Entrepreneurial Orientation…*, dz. cyt., p. 71–91.

[403] Por. R.E. Morgan, C.A. Strong, *Business performance and dimensions of strategy orientation*, "Journal of Business Research" 2003, 56 (3), p. 163–176.

[404] Por. H.T. Keh, M.D. Foo, B.C. Lim, *Opportunity evaluation under risky conditions: The cognitive processes of entrepreneurs*, "Entrepreneurship Theory and Practice" 2002, 27 (2), p. 125–148.

Proaktywność jako wymiar orientacji przedsiębiorczej (na przedsiębiorczość) determinuje zachowania przedsiębiorstw stale poszukujących nowych możliwości i wykorzystujących szanse rynkowe, które dostosowują swoją aktywność do zmiennych warunków otoczenia oraz preferencji klientów. Obejmuje ona podejmowanie inicjatyw dotyczących kształtowania otoczenia dla własnych korzyści oraz reakcję na wyzwania stawiane przez konkurencję[405]. Z tego względu przedsiębiorstwa proaktywne często są pionierami i inicjatorami, co pozycjonuje proaktywność jako istotny wymiar orientacji przedsiębiorczej i główny antycypator nowych potrzeb i tworzenia rynków[406].

Obok wymienionych trzech podstawowych wymiarów orientacji przedsiębiorczej wyróżnia się niekiedy dwa dodatkowe: autonomię i agresywność. Prowadzi to do redefinicji orientacji przedsiębiorczej, która stała się zbiorem procesów, struktur, metod, praktyk, stylów, zachowań, jakie menedżerowie wykorzystują, aby działać w sposób przedsiębiorczy, uwzględniając w aktywności przedsiębiorstwa pięć wymiarów: innowacyjność, podejmowanie ryzyka, proaktywność, agresywną konkurencyjność i autonomię[407]. Mogą one w prowadzonej działalności operacyjnej występować z różnym natężeniem, uzależnionym od specyfiki otoczenia i kontekstu organizacyjnego[408].

Autonomia jako dodatkowy wymiar orientacji przedsiębiorczej (na przedsiębiorczość) odnosi się do swobody podejmowania decyzji przez menedżerów oraz wolności w profilowaniu aktywności rynkowej, niezależnie od występujących ograniczeń organizacyjnych i barier związanych z rozwojem przedsiębiorczości. Pojawiające się bowiem ograniczenia dostępności zasobów lub wynikające z działalności konkurencji dla autonomicznych i kreatywnych menedżerów stanowią wyzwania, a dla przedsiębiorstwa możliwość wykorzystania szans rynkowych. Autonomia zatem wpływa na klimat przedsiębiorczości organizacyjnej, stąd dla wielu często stanowi element warunkujący przedsiębiorczość[409].

---

405 W. Dyduch, *Pomiar przedsiębiorczości…*, dz. cyt., s. 99.

406 J. Karpacz, *Swoboda działania jako determinanta zmian w potencjale małych i średnich przedsiębiorstw*, „Organizacja i Kierowanie" 2012, 1A. Cyt. za: M. Gębczyńska, *Konstrukt i wymiary…*, dz. cyt., s. 156.

407 M. Gębczyńska, *Konstrukt i wymiary…*, dz. cyt., s. 157.

408 W. Dyduch, *Pomiar przedsiębiorczości…*, dz. cyt., s. 97.

409 M. Hadji, G. Cocks, J. Muller, *Toolkit for leaders: Entrepreneurship and leadership – prerequisites for a winning organization*, "Journal of Asian Entrepreneurship and Sustainability" 2007, 3 (3), p. 1–13.

Konkurencyjna agresywność, ostatni wymiar orientacji przedsiębiorczej, opisuje ambicje przedsiębiorstwa do osiągania wysokiej pozycji na rynku i chęć bezpośredniego pokonania konkurentów lub agresywnej reakcji na ich działania[410]. Zwiększanie udziału w rynku determinuje inicjację procesu inwestycyjnego w celu maksymalizacji wartości przedsiębiorstwa oraz racjonalizację jego wpływów i zysku. Przedsiębiorstwo zatem przeprowadza „bezpośredni atak lub przytłacza konkurencję", co wskazuje na ofensywny charakter jego strategii[411]. Agresywna konkurencyjność bowiem prowadzi do zwiększenia udziału w rynku kosztem konkurencji, co jest charakterystyczne dla polipolu jako typu struktury rynkowej.

Orientacja przedsiębiorcza (na przedsiębiorczość) jest charakterystyczna dla podmiotów funkcjonujących na aptecznym rynku farmaceutycznym i, podobnie jak orientacja na uczenie się (na wiedzę), występuje równorzędnie, obok jednego z wybranych, podstawowych typów orientacji zarządzania marketingowego. Biorąc pod uwagę specyfikę procesu świadczenia usług farmaceutycznych i dualizm celów oraz zadań apteki, zauważyć należy, że przedmiotowy typ orientacji jest charakterystyczny dla wymiaru ekonomicznego. Nie może więc stanowić dla apteki ogólnodostępnej orientacji wyłącznej. Komplementarny z wymiarem społecznym charakter orientacji przedsiębiorczej (na przedsiębiorczość) wynika z traktowania jej jako pomocniczego wskaźnika poziomu przedsiębiorczości organizacyjnej, albowiem odnosi się do aktywności rynkowej, procesów i aspektów decyzyjnych[412]. Apteka ogólnodostępna jest bowiem specyficznym podmiotem rynkowym o dychotomicznym charakterze: z jednej strony jest placówką ochrony zdrowia publicznego, a z drugiej – podmiotem prawa handlowego – przedsiębiorstwem. Ten ostatni aspekt uzasadnia proprzedsiębiorczą orientację apteki ogólnodostępnej i pozwala ją zakwalifikować do orientacji strategicznych, odnoszących się do zarządzania przedsiębiorstwem i podejmowania decyzji strategicznych.

[410] M. Gębczyńska, *Konstrukt i wymiary…*, dz. cyt., s. 157.

[411] P. Davidsson, F. Delmar, J. Wiklund, *Entrepreneurship as growth: growth as entrepreneurship*, [In:] Hitt M.A., Ireland R.D., Camp S.M., Sexton D.L. (eds.), *Strategic Entrepreneurship: Creating a New Mindset* (328–340), Blackwell Publishers, Oxford 2002.

[412] Por. S.A. Zahra, D.M. Garvis, *International corporate entrepreneurship and firm performance: The moderation effect of international environmental hostility*, "Journal of Business Venturing" 2000, 15, p. 469–492.

2.1.9. Orientacja na pracownika (klienta wewnętrznego)

Orientacja na pracownika (klienta wewnętrznego) kładzie nacisk na wewnętrzne zasoby ludzkie, mając w centrum zainteresowania satysfakcję pracowników i interesariuszy. Przedsiębiorstwa o orientacji propracowniczej charakteryzują się decentralizacją procesu decyzyjnego, inwestycjami w rozwój pracowników oraz odpowiedzialnością[413]. Filozofia działania przedsiębiorstw o orientacji na pracowników opiera się na założeniu, że tylko zadowoleni, zmotywowani i oddani pracownicy mogą być ambasadorami marki i będą w stanie pozyskać lojalnych klientów. Od pracowników bowiem zależą jakość i efektywność procesów zachodzących w przedsiębiorstwie, będących reakcją na decyzje kadry kierowniczej i potrzeby klientów[414]. Optymalizacja procesów zachodzących w przedsiębiorstwie wymaga identyfikacji i implementacji potrzeb klienta, albowiem bez tego usprawnianie nie będzie możliwe[415].

Pracownik w przedsiębiorstwie o orientacji propracowniczej jest traktowany w podwójnej roli: dostawcy i jednocześnie odbiorcy (klienta) wewnętrznego, co oznacza, że wynik (efekt) każdego realizowanego procesu jest przewidziany dla konkretnego odbiorcy (klienta)[416]. Powstaje w ten sposób wewnętrzny związek przyczynowo-skutkowy (dostawca – odbiorca) i łańcuch klientów wewnętrznych, zorientowanych na klientów zewnętrznych (rysunek 39)[417].

Efektywnie prowadzona działalność operacyjna wymaga zogniskowania i koordynacji działań wszystkich pracowników przedsiębiorstwa, aby podążali oni w wyznaczonym przez klientów zewnętrznych kierunku. Agregacja i koncentracja celów powinna ulec transpozycji do wnętrza przedsiębiorstwa na relację dostawca wewnętrzny – klient wewnętrzny.

---

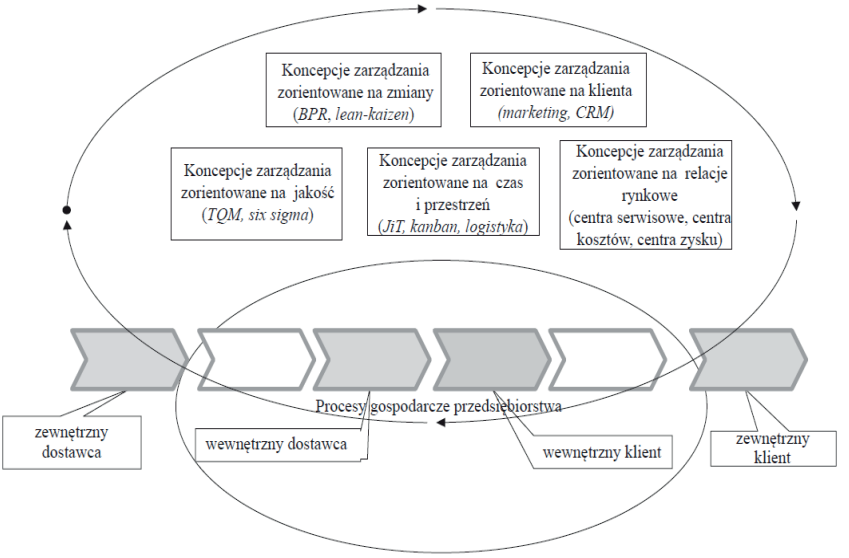
413 A. Grinstein, *The relationships…*, dz. cyt., p. 119.

414 S. Nowosielski, *Orientacja na pracownika jako klienta wewnętrznego w organizacji*, [w:] Gableta M., Pietroń-Pyszczek A. (red.), *Człowiek i praca w zmieniającej się organizacji. W kierunku respektowania interesów pracobiorców* (298–309), „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu", 223, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2011, s. 299.

415 Ch. Malorny, *TQM umsetzen*, Schäffer-Poeschel, Stuttgart 1999, 303 S.

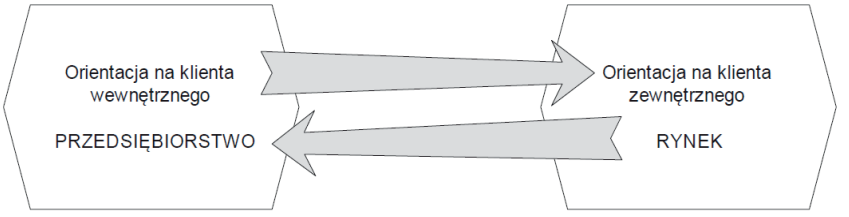
416 Klientem jest każda osoba (a także wewnętrzna komórka organizacyjna), która jest zainteresowana wynikiem działania procesu. S. Nowosielski, *Orientacja na pracownika…*, dz. cyt., s. 299.

417 R. Stöger, *Geschaeftsprozesse erarbeiten-gestalten-nutzen*, Schäffer-Poeschel, Stuttgart 2005, 2 S.



Rysunek 39. Koncepcje i metody zarządzania zorientowane na klienta wewnętrznego
Źródło: S. Nowosielski, *Orientacja na pracownika…*, dz. cyt., s. 302.

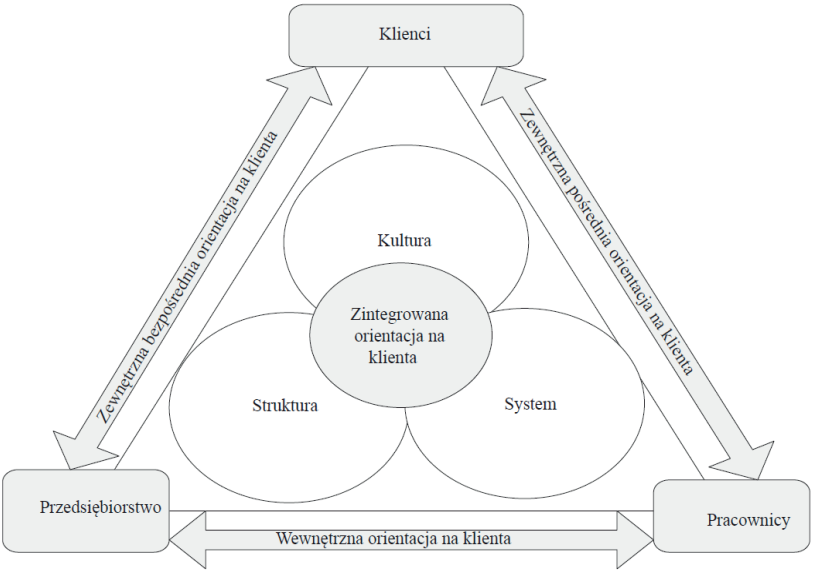
Systemowe ujęcie orientacji propracowniczej wymaga integracji wewnętrznej i zewnętrznej orientacji na klienta, albowiem harmonizacja dwukierunkowych relacji w tej orientacji powinna umożliwiać pełne wykorzystanie drzemiącego potencjału doskonalenia organizacji[418]. Szczególny w tym zakresie nacisk należy położyć na orientację wewnętrzną, albowiem orientację na zewnętrznego klienta można zbudować jedynie przez orientację na klienta wewnętrznego (rysunek 40)[419].



Rysunek 40. Integracja wewnętrznej i zewnętrznej orientacji na klienta
Źródło: M. Bruhn, *Integrierte Kundenorientierung. Implementierung einer kundenorientierten Unternehmensführung*, Gabler Verlag, Wiesbaden 2002, 26 S. Cyt za: S. Nowosielski, *Orientacja na pracownika…*, dz. cyt., s. 304.

[418] S. Nowosielski, *Orientacja na pracownika…*, dz. cyt., s. 304.
[419] Tamże.

Harmonizacja wewnętrznej i zewnętrznej orientacji na klienta wymaga również jednoczesnego uwzględnienia wielu różnych czynników, w tym także zachowania konkurentów, zakreślając w ten sposób ramy odniesienia dla kształtowania wewnętrznej orientacji na klienta (rysunek 41).

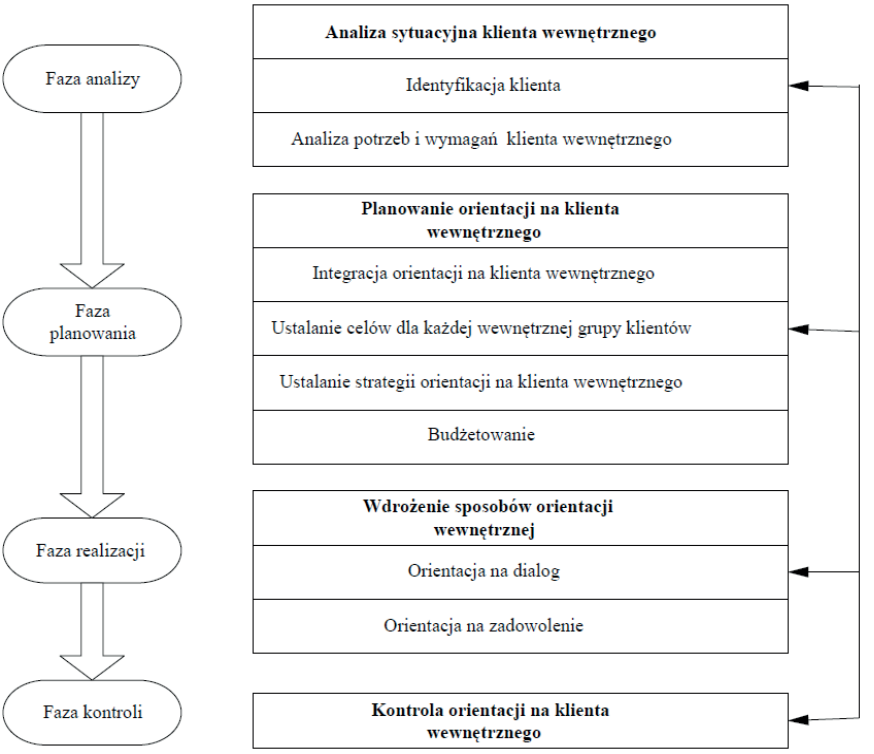


Rysunek 41. Ramy odniesienia dla kształtowania wewnętrznej orientacji na klienta
Źródło: M. Bruhn, *Integrierte Kundenorientierung*..., dz. cyt., 31 S.

Efektywna implementacja zewnętrznej orientacji na klienta wymaga procesowo zorientowanej struktury organizacyjnej, która, w przeciwieństwie do struktury funkcjonalnej, umożliwia i ułatwia poziome kontakty i współpracę między komórkami organizacyjnymi, sprzyjając relacjom dostawca – klient i orientacji na klienta. Istotna jest również technologia informacyjna, która zapewnia systemowo zindywidualizowane zarządzanie relacjami z klientem, ze szczególnym uwzględnieniem generowania informacji o kliencie, wykorzystywanych do projektowania działań dostosowawczych przedsiębiorstwa. Kontekst kulturowy natomiast odnosi się przede wszystkim do barier kulturowych, które mogą pojawić się w związku ze zmianami organizacyjnymi jako uboczny skutek implementacji przedmiotowych zmian. Chodzi tutaj głównie o wdrażanie działań, które będą zastępowały silną orientację pracownika na produkt i technologię – orientacją na klienta[420]. Wieloaspektowość problemów decyzyjnych związanych z implementacją wewnętrznej

[420] Tamże, s. 306.

orientacji na klienta powoduje, że należy przyjąć wielopoziomową metodykę wprowadzania jej do przedsiębiorstwa (rysunek 42).



Rysunek 42. Proces planowania wewnętrznej orientacji na klienta

Źródło: M. Bruhn, *Integrierte Kundenorientierung…*, dz. cyt., 30 S. Cyt. za: S. Nowosielski, *Orientacja na pracownika…*, dz. cyt., s. 307.

Orientacja na pracownika (klienta wewnętrznego) przyjmuje założenie, że każdy pracownik w przedsiębiorstwie ma swój udział w kreowaniu zadowolenia klienta zewnętrznego. Służyć temu powinno stosowanie szeregu zasad i podejmowanie wielu działań implementacyjnych[421]:

- stosowanie metody *management by walking and talking around*;
- pozytywne prezentowanie klienta w dyskusjach i spotkaniach;
- postrzeganie i traktowanie pracowników jako klientów wewnętrznych;
- regularne mierzenie satysfakcji pracowników;
- wyraźna obecność kierowników w orientacji na klienta;

[421] A.M. Schüller, *Kundenorientierung stärken – Kundennähe verbessern. Tipps für eine kundenorientierte Mitarbeiterentwicklung*, 2018. Pobrano z: https://nanopdf.com/download/kundenorientierung-strken-kundennhe-verbessern-tipps-fr_pdf (dostęp: 1.08.2022).

– ukierunkowanie celów pracowników na orientację na klienta;
– aktywne zaangażowanie pracowników w projektowanie procesów;
– regularne omawianie i analizowanie postaw zorientowanych na klienta;
– zachęcanie, mierzenie, promowanie i nagradzanie zachowań zorientowanych na klienta;
– ciągła praca nad optymalizacją procesów zorientowaną na klienta.

Charakterystycznym przejawem orientacji na pracownika (klienta wewnętrznego) jest praca zespołowa, ukierunkowana na rozwiązywanie istotnych problemów decyzyjnych oraz postępująca decentralizacja zarządzania, przejawiająca się w coraz szerszym delegowaniu uprawnień. Delegowanie zadań opiera się na kompetencyjnym zakresie obowiązków pracownika, co oznacza, że przydzielenie pracownikowi zakresu odpowiedzialności jest powiązane z przeniesieniem określonych uprawnień w ramach kompetencji przypisanych do konkretnego stanowiska.

Orientacja na pracownika (klienta wewnętrznego) jest charakterystyczna dla aptek ogólnodostępnych i, podobnie jak orientacja na uczenie się (na wiedzę) oraz orientacja przedsiębiorcza (na przedsiębiorczość), występuje równolegle, obok jednego z przyjętych, podstawowych typów orientacji zarządzania marketingowego. Sprzyja jej specyfika świadczenia usług farmaceutycznych, oparta na pracy farmaceuty, który ma obowiązek sprawowania opieki farmaceutycznej, udzielania usług farmaceutycznych i wykonywania zadań i czynności zawodowych. Klientem wewnętrznym jest zatem farmaceuta, którego jakość usług determinuje satysfakcję klienta zewnętrznego (pacjenta).

2.2. Orientacja aktywności apteki a charakter uwarunkowań prawnych

Specyfika procesu świadczenia usług farmaceutycznych w aptece ogólnodostępnej determinuje określone postawy farmaceutów, wskazując na istnienie dwóch przeciwstawnych ról: orientację „biznesową" (ang. *business-role orientation*), opartą na dominacji celów komercyjnych, oraz orientację „zawodową" (ang. *professional-role orientation*), związaną z wykonywaniem zawodu farmaceuty ukierunkowaną na realizację celów społecznych. Przedmiotowe role determinują wybór jednej z dwóch podstawowych orientacji aktywności apteki[422]:

[422] K. Żak, *Orientacja aktywności…*, dz. cyt., s. 21.

– orientacji sprzedażowej, charakterystycznej w 2018 r. dla ok. 88,5% aptek, opartej na aktywnym stosowaniu instrumentów komunikowania się z klientami i szerokim spektrum działań sprzedażowych w celu zbycia produktów w krótkim czasie, bez przykładania wagi do tego, kto i dlaczego dokonuje zakupu, aby osiągnąć zakładane zyski;
– orientacji rynkowej, charakterystycznej w 2018 r. dla ok. 11,5% aptek, ukierunkowanej na identyfikację potrzeb i oczekiwań nabywców oraz zaspokojenie ich w sposób lepszy, niż czynią to konkurenci, aby dzięki integracji działań marketingowych osiągnąć zyski generowane dzięki relacjom z klientami, których podstawę stanowi wartość i satysfakcja nabywcy.

Poszczególne rodzaje aktywności apteki różnią się od siebie nie tylko podstawą wyjściową podejmowanych działań, lecz również zakresem i sposobem zastosowania instrumentów i działań oraz podstawowym przedmiotem uwagi (tabela 13).

Tabela 13. Orientacja rynkowa vs. orientacja sprzedażowa

LP.	KRYTERIUM	ORIENTACJA RYNKOWA	ORIENTACJA SPRZEDAŻOWA
1	Punkt wyjścia podejmowanych działań	nabywca	produkt
2	Sposób realizacji celów działania	identyfikacja potrzeb i oczekiwań nabywcy	szerokie spektrum działań sprzedażowych
3	Kluczowy proces (zjawisko)	marketing	sprzedaż
4	Horyzont czasowy	długookresowy	krótkookresowy
5	Zakres badań i analiz	szeroki	wąski
6	Sposób konkurowania	wartość i satysfakcja nabywcy	cena
7	Sposób generowania zysku	relacje oparte na wartości i satysfakcji nabywcy	maksymalizacja sprzedaży
8	Zakres instrumentów i działań	szeroki	szeroki
9	Sposób stosowania instrumentów i podejmowania działań	zintegrowany	niezintegrowany
10	Podstawowy przedmiot uwagi	rynek	sprzedaż

Źródło: K. Żak, *Profesjonalny doradca…*, dz. cyt., s. 114–115.

Dominującym rodzajem aktywności apteki jest orientacja sprzedażowa (dystrybucyjna), albowiem wykształcenie się orientacji rynkowej (marketingowej) wymaga podjęcia szeregu kosztownych działań analityczno-badawczych (badanie preferencji klienta, badanie satysfakcji i lojalności klienta,

analiza poziomu cen, analiza konkurencji), integracyjnych (konsolidacja instrumentów marketing miksu, w tym komunikacji marketingowej) i proaktywnych (budowanie i pogłębianie relacji z klientami), na które niewiele tzw. aptek niezależnych może sobie pozwolić. Do podstawowych barier wdrażania orientacji rynkowej należy zaliczyć rygorystyczny system prawa farmaceutycznego, zakazujący reklamy apteki i jej działalności, a praktyka jego stosowania pokazuje, że przedmiotowy zakaz został rozciągnięty na pozostałe instrumenty komunikacji marketingowej, utrudniając prowadzenie działalności marketingowej *sensu largo*. To wszystko sprawia, że organ prowadzący aptekę musi bardzo uważać, aby aktywność operacyjna nie naraziła apteki na wysokie kary finansowe lub w skrajnych przypadkach na ryzyko cofnięcia zezwolenia na prowadzenie apteki. Niemniej zauważyć należy, że orientacja rynkowa daje największe szanse na osiąganie przewagi konkurencyjnej, więc warto podjąć wysiłki zmierzające do jej skutecznej implementacji[423]. Wpływa ona na innowacje produktowe, choć zakres jej oddziaływania uzależniony jest od poziomu turbulencji technologicznych i turbulencji rynkowych[424].

Ograniczenie w systemie prawa farmaceutycznego aktywności marketingowej, wprowadzone z dniem 1 stycznia 2012 r., spowodowało rezygnację lub znaczne ograniczenie aktywności marketingowej części aptek, co przyniosło upowszechnienie się orientacji sprzedażowej (tabela 14).

Tabela 14. Reorientacja aptek

RODZAJ ORIENTACJI AKTYWNOŚCI APTEKI	OKRES PRZED WEJŚCIEM W ŻYCIE ZMIAN PRAWA (XII 2011)		OKRES PO WEJŚCIU W ŻYCIE ZMIAN PRAWA (XII 2012)		UWAGI
	L_{ab}	%	L_{ab}	%	
Orientacja sprzedażowa (dystrybucyjna)	341	80,2	382	91,0	wzrost o 10,8 pp.
Orientacja rynkowa (marketingowa)	79	18,8	38	9,0	spadek o 9,8 pp.
RAZEM	420	100	420	100	

L_{ab} – liczba aptek biorących udział w badaniu; % – odsetek aptek.

Źródło: K. Żak, *Działania marketingowe…*, dz. cyt., s. 256, 330.

[423] G.T.M. Hult, D.J.Ketchen Jr., *Does market orientation…*, dz. cyt., p. 905.

[424] B.A. Lukas, O.C. Ferrell, *The effect of market…*, dz. cyt., p. 244; J.K. Han, N. Kim, R.K. Srivastava, *Market orientation…*, dz. cyt., p. 41.

Różnice i odrębności w podejściu do celów i zadań apteki we wskazanych typach orientacji przekładają się na prawidłowość udzielanych przez farmaceutów porad pacjentom. Skłonność farmaceutów do naruszania obowiązujących w tym zakresie zasad można określić na podstawie występowania poniższych przesłanek:

- nieudzielenie pacjentowi informacji o możliwości dokonania zakupu leku tańszego niż lek przepisany przez lekarza (o tej samej nazwie międzynarodowej, dawce, postaci farmaceutycznej, która nie powoduje powstania różnic terapeutycznych, oraz o tym samym wskazaniu terapeutycznym)[425];
- wydanie pacjentowi leku wymagającego ordynacji lekarskiej bez konieczności przedstawienia i otrzymania recepty[426];
- nieinformowanie pacjenta o przeciwwskazaniach przy stosowaniu leku w danej jednostce chorobowej (brak odmowy wydania leku)[427].

Natomiast skłonność do naruszania zasad etyki i deontologii zawodu farmaceuty można określić na podstawie[428]:

- nieudzielania informacji pacjentowi o działaniu leku;
- nieudzielania informacji pacjentowi o skutkach ubocznych stosowanych leków oraz
- polecanie dodatkowego produktu (bez wyraźnych wskazań terapeutycznych).

Wymienione przesłanki pośrednio określają standard jakości procesu świadczenia usług farmaceutycznych w aptece ogólnodostępnej i wskazują na występowanie różnic w podejściu poszczególnych farmaceutów do przestrzegania prawa oraz zasad etyki zawodowej (tabela 15).

---

[425] Stanowi to naruszenie „ustawy refundacyjnej" (Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, Dz.U. z 2011 r. Nr 122, poz. 696, ze zm., art. 44).

[426] Stanowi to naruszenie ustawy Prawo farmaceutyczne (Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 96 ust. 1 pkt 1), chyba że sytuacja uprawnia farmaceutę do stwierdzenia stanu nagłego zagrożenia zdrowia lub życia.

[427] Dotyczy sytuacji wskazującej na zagrożenie zdrowia lub życia, co uprawnia aptekarza do odmowy wydania leku (Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 96 ust. 5 pkt 1).

[428] K. Żak, *Działania marketingowe…*, dz. cyt., s. 259.

Tabela 15. Skłonność farmaceutów do naruszania obowiązujących przepisów prawa oraz zasad etyki zawodowej

LP.	KATEGORIA	WYSZCZEGÓLNIENIE						
		R	%	S	%	∑	%	C_{xy}
1	Informowanie pacjenta o przeciwwskazaniach przy stosowaniu leku w danej jednostce chorobowej (odmowa wydania leku)	71	89,9	82	24,1	153	36,4	0,53
2	Informowanie pacjenta o występowaniu tańszych zamienników leków	74	93,7	95	27,9	169	40,2	0,52
3	Informowanie pacjenta o skutkach ubocznych stosowanego leku	64	81,0	70	20,5	134	31,9	0,50
4	Informowanie pacjenta o działaniu leku	58	73,4	130	38,1	188	44,8	0,27
5	Wydanie pacjentowi leku wymagającego ordynacji lekarskiej bez okazania recepty	0	0	35	10,3	35	8,3	0,13
6	Polecanie dodatkowego produktu (bez wyraźnych wskazań terapeutycznych)	19	24,1	140	41,1	159	37,9	0,13
RAZEM		**79**	**100**	**341**	**100**	**420**	**100**	**(0, 1)**

R – liczba aptek o orientacji rynkowej (marketingowej); S – liczba aptek o orientacji sprzedażowej (dystrybucyjnej); % – odsetek wśród aptek danej kategorii; ∑ = R + S; C_{xy} – współczynnik zbieżności Cramera (0, 1)

Źródło: K. Żak, *Działania marketingowe…*, dz. cyt., s. 401–402.

Analizując reakcje farmaceutów w odniesieniu do poszczególnych kategorii, zauważyć należy, że[429]:

- w kategorii „informowanie pacjenta o przeciwwskazaniach przy stosowaniu leku w danej jednostce chorobowej (odmowa wydania leku)" w 63,6% aptek dochodzi do naruszenia przepisów prawa (prawo naruszają pracownicy 10,1% aptek o orientacji rynkowej oraz 75,9% aptek o orientacji sprzedażowej);
- w kategorii „informowanie pacjenta o występowaniu tańszych zamienników leków" w 59,8% aptek dochodzi do naruszenia przepisów prawa (prawo naruszają pracownicy 6,3% aptek o orientacji rynkowej oraz 72,1% aptek o orientacji sprzedażowej);
- w kategorii „informowanie pacjenta o skutkach ubocznych stosowanego leku" w 68,1% aptek dochodzi do naruszenia zasad

[429] Badanie empiryczne zostało przeprowadzone w 2012 r. z wykorzystaniem metodyki *mystery shopping* na próbie 420 farmaceutów – aptekarzy, po przeprowadzeniu badania ankietowego. Audytorami w badaniu były wyłącznie osoby legitymujące się dyplomem magistra farmacji i posiadające prawo wykonywania zawodu farmaceuty. Wyniki badania nie są reprezentatywne, należy je interpretować z dużą ostrożnością. Szczegółowo procedura badawcza została przedstawiona w: K. Żak, *Działania marketingowe…*, dz. cyt., s. 245–246, 258–271.

etyki zawodowej (normy etyczne naruszają pracownicy 19,0% aptek o orientacji rynkowej oraz 79,5% aptek o orientacji sprzedażowej);
– w kategorii „informowanie pacjenta o działaniu leku" w 55,2% aptek dochodzi do naruszenia zasad etyki zawodowej (normy etyczne naruszają pracownicy 26,6% aptek o orientacji rynkowej oraz 61,9% aptek o orientacji sprzedażowej);
– w kategorii „wydanie pacjentowi leku wymagającego ordynacji lekarskiej bez okazania recepty" w 8,3% aptek dochodzi do naruszenia przepisów prawa (prawo naruszają pracownicy 10,3% aptek o orientacji sprzedażowej);
– w kategorii „polecanie dodatkowego produktu (bez wyraźnych wskazań terapeutycznych)" w 37,9% aptek dochodzi do naruszenia zasad etyki zawodowej (normy etyczne naruszają pracownicy 24,1% aptek o orientacji rynkowej oraz 41,1% aptek o orientacji sprzedażowej).

Przedstawione wyniki badań wskazują, że w aptekach o orientacji sprzedażowej częściej dochodzi do naruszania norm prawnych i etycznych niż w aptekach o orientacji rynkowej. Zauważalna jest szczególnie korelacja pomiędzy rodzajem aktywności apteki a udzielaniem informacji pacjentowi o przeciwwskazaniach przy stosowaniu leku w danej jednostce chorobowej (0,53), udzielaniem informacji pacjentowi o występowaniu tańszych zamienników leków (0,52) oraz udzielaniem informacji pacjentowi o skutkach ubocznych stosowanego leku (0,50). Wynika to m.in. z[430]:
– presji części właścicieli aptek i menedżerów wywieranej na personel farmaceutyczny w celu realizacji planów sprzedażowych (wynikających m.in. z tzw. rynkowych warunków zatrudnienia);
– niskiej świadomości prawnej części aptekarzy, wynikającej z niezrozumienia misji apteki i roli farmaceuty w procesie świadczenia usług farmaceutycznych;
– niedostatecznej znajomości oraz lekceważenia przez część aptekarzy zasad etyki zawodowej poprzez większą koncentrację na celach komercyjnych niż zawodowych;
– nieprofesjonalnego podejścia części farmaceutów do wykonywania zawodu aptekarza – zawodu zaufania publicznego i samodzielnego zawodu medycznego;
– nieefektywnego działania organów nadzoru farmaceutycznego.

[430] K. Żak, *Działania marketingowe…*, dz. cyt., s. 315–316.

Problematyka prawidłowości udzielanych porad w przestrzeni publicznej pojawia się od dekad. W 1969 r. badano prawidłowość udzielanych porad pod kątem dbałości o zdrowie pacjentów i stwierdzono, że farmaceuci nastawieni na realizację celów komercyjnych bardziej koncentrują się na maksymalizacji marży niż na udzielaniu fachowych porad klientom[431]. Pojawiały się sugestie wprowadzenia zmian zasad dystrybucji produktów farmaceutycznych oraz konieczność reedukacji farmaceutów, by byli oni uczuleni na możliwość wystąpienia błędnej autodiagnozy pacjenta i prowadzili farmakoterapię, kierując się ich dobrem, a nie wyłącznie dbaniem o dochód apteki[432]. Wnioskowano również o zwiększenie kontroli nad dystrybucją leków i rozszerzenie uprawnień farmaceutów w procesie terapii lekowej[433]. Waga problemu była tak istotna, że została dostrzeżona przez Amerykańskie Stowarzyszenie Farmaceutyczne (ang. *American Pharmaceutical Association*), które zaproponowało przeklasyfikowanie leków i zmianę systemu dystrybucji w taki sposób, aby dać farmaceutom większe uprawnienia w zakresie kontroli, podnosząc tym samym rangę i odpowiedzialność zawodu farmaceuty[434].

Skłonność aptekarzy do naruszania norm prawnych i etycznych wskazuje na dewaluację zasad etyki zawodowej, co może wynikać z braku odpowiedniego kształcenia w toku studiów farmaceutycznych. Zauważyć przy tym należy, że orientacja rynkowa (marketingowa) stanowi docelowy typ orientacji aktywności, albowiem w obecnym stanie prawnym tylko ona umożliwia integrację funkcji zaopatrywania (zakupów), sprzedaży (świadczenia usług farmaceutycznych), marketingu (komunikacji marketingowej) w celu identyfikacji potrzeb nabywców oraz zaspokojenia ich w sposób lepszy, niż czynią to konkurenci[435]. Pozwala również dokonać harmonizacji celów spo-

[431] W pierwszym badaniu 83% farmaceutów (n = 36) sprzedało lek studentowi, który pozorował chorego na cukrzycę, mimo że składniki leku zawierały przeciwwskazania do stosowania przy cukrzycy. W drugim badaniu tylko 1 farmaceuta (z 12) udzielił klientowi porady odnośnie do zażywania leku, podobnie 1 farmaceuta (z 12) zauważył problem interakcji dwóch produktów leczniczych przepisanych przez lekarza, które w połączeniu mogły spowodować śmierć pacjenta, i powiadomił o tym fakcie lekarza. D.A.Knapp, H.H. Wolk, D.E. Knapp, T.A. Rudy, *The Pharmacist as a Drug Advisor*, "Journal of the American Pharmaceutical Association" 1969, 9 (10), p. 502.

[432] R.P. Penna, *Control of Over-the-Counter Medication through Reclassification*, "Journal of the American Pharmaceutical Association" 1965, 5 (11), p. 584–586.

[433] P.F. Parker, *Drugs and the People*, "American Journal of Hospital Pharmacy" 1967, 24 (7), p. 351–355.

[434] W.S. Apple, *Pharmacy's New Rx Evolution*, "Journal of the American Pharmaceutical Association" 1967, 7 (9), p. 474.

[435] K. Żak, *Orientacja aktywności…*, dz. cyt., s. 21.

łecznych (ochrona zdrowia publicznego) z celami *stricte* komercyjnymi, bez uszczerbku dla interesu pacjenta, co nie będzie możliwe w przypadku zastosowania orientacji sprzedażowej[436]. W kontekście efektywności operacyjnej wskazać również należy, że możliwe jest zwiększenie wyników biznesowych poprzez zastosowanie różnych kombinacji orientacji[437]. Połączenie orientacji rynkowej (marketingowej) z orientacją na uczenie się i/lub z orientacją na pracowników znacznie zwiększa prawdopodobieństwo osiągnięcia celów komercyjnych niż podjęta działalność wyłącznie w oparciu o orientację rynkową[438].

2.3. Budowanie przewagi konkurencyjnej apteki ogólnodostępnej

Aktywność rynkowa aptek ogólnodostępnych jest ściśle związana z funkcjonowaniem w warunkach wzmożonej konkurencji, ponieważ na rynku usług farmaceutycznych zauważalna jest przewaga podaży nad popytem, będąca pochodną struktury podmiotowej rynku. Z procesami konkurencyjnymi ściśle powiązane jest pojęcie „przewagi konkurencyjnej", która według M. Krzyżanowskiej stanowi zbiór atutów przedsiębiorstwa cenionych przez nabywców wyżej niż atuty rywali, dający podstawę do zaoferowania nabywcy większej wartości niż jego konkurenci i osiągania przez przedsiębiorstwo ponadprzeciętnych wyników[439]. Powinno to pociągać za sobą działania określające stopień odróżnienia się przedsiębiorstwa od konkurencji oraz oferujące wyższą wartość dla klienta.

Funkcjonowanie w warunkach wzmożonej konkurencji wymaga odpowiedniego zdefiniowania źródeł przewagi konkurencyjnej, których należy upatrywać zarówno w sposobie ukształtowania rynku i pozycji rynkowej przedsiębiorstwa, jak i w sferze wewnętrznej przedsiębiorstwa[440]. Z perspektywy uczestnika procesów rynkowych źródłem przewagi konkurencyjnej mogą być:

---

[436] Tamże.

[437] C.H. Noble, R.K. Sinha, A. Kumar, *Market Orientation and Alternative Strategic Orientations: A Longitudinal Assessment of Performance Implications*, "Journal of Marketing" 2002, 66 (4), p. 36.

[438] A. Grinstein, *The relationships between…*, dz. cyt., p. 126.

[439] M. Krzyżanowska, *Marketing a osiąganie*…, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Kluczowe…*, dz. cyt., s. 37.

[440] K. Żak, *Budowanie przewagi konkurencyjnej apteki ogólnodostępnej. Wyzwania dla przedsiębiorstwa funkcjonującego w warunkach wzmożonej konkurencji*, „Marketing i Rynek" 2018, 3, s. 13.

– kluczowe kompetencje jako zespołowa wiedza dotycząca tego, jak integrować wiele zdolności technologicznych i możliwości produkcyjnych na potrzeby kreowania nowych produktów i obsługiwania nowych nabywców na wielu rynkach (identyfikowane przez trzy podstawowe elementy: dostęp do szerokiego wyboru rynków, znaczący udział w dostarczaniu klientom korzyści z produktów finalnych, trudność w kopiowaniu przez konkurentów)[441];
– efektywność ekonomiczna przedsiębiorstwa, wynikająca z posiadanych rzadkich, trudnych do skopiowania i niezbywalnych zasobów[442];
– zdolności do kreowania innowacji wynikające z posiadanych kluczowych kompetencji (zestawu umiejętności, wiedzy i technologii charakteryzujących się istotnym wkładem w kreowanie wartości dla odbiorcy oraz możliwością wprowadzenia gamy nowych produktów; istotne są nie tyle nowe technologie, ile nowe koncepcje zaspokajania potrzeb nabywców na rynku)[443];
– potencjał przedsiębiorstwa wynikający z zasobów oraz powstających na ich bazie umiejętności[444];
– zdolność do generowania takich korzyści, jakich konkurenci nie są w stanie wykreować lub którym nie są w stanie dorównać[445];
– oferowanie wyższej wartości dla klienta poprzez niższe ceny lub dostarczenie większych korzyści uzasadniających wyższe ceny[446].

Osiągnięcie i utrwalenie przewagi konkurencyjnej oznaczają w pierwszej kolejności zwiększenie stopnia niezależności działania od konkurentów, a w konsekwencji rozszerzenie zakresu swobody operowania instrumentami w sposób umożliwiający zwiększenie efektów działania na rynku[447]. Ewolucję koncepcji przewagi konkurencyjnej przedstawiono w tabeli 16.

[441] C.K. Prahalad, G. Hamel, *The Core Competence of the Corporation*, "Harvard Business Review" 1990, 68 (3), p. 79–91.
[442] J. Barney, *Firm Resources and Sustained Competitive Advantage*, "Journal of Management" 1991, 17 (1), p. 116–117.
[443] T. Taranko, *Procesy konkurencyjne*…, dz. cyt., s. 27.
[444] M. Krzyżanowska, *Marketing a osiąganie*…, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Kluczowe…*, dz. cyt., s. 37.
[445] Ph. Kotler, K.L. Keller, *Marketing*, dz. cyt., s. 311.
[446] G. Armstrong, Ph. Kotler, *Marketing*…, dz. cyt., s. 294.
[447] L. Garbarski, I. Rutkowski, W. Wrzosek, *Marketing. Punkt*…, dz. cyt., s. 129.

Tabela 16. Ewolucja koncepcji przewagi konkurencyjnej

ETAP	KONCEPCJA PRZEWAGI KONKURENCYJNEJ
Etap 1. Wyłanianie się idei przewagi konkurencyjnej	przewaga zróżnicowana (*differential advantage*). W. Alderson, 1937
	pozycja najniższego kosztu/zróżnicowania (*lowest cost/most differentiated position*). W.K. Hall, 1980
	unikatowa przewaga (*unique advantage*). B.D. Henderson, 1983
Etap 2. Poszukiwanie źródeł przewagi konkurencyjnej	optymalizacja decyzji produkcyjnych/ekonomia skali/ekonomia zakresu, szkoła pozycyjna
	wiodąca pozycja kosztowa (*cost leadership*)/zróżnicowanie (*differentiation*)/koncentracja (*focus*). M.E. Porter, 1980, 1985
Etap 3. Dominacja ujęcia pozycyjnego w koncepcji przewagi konkurencyjnej	przewaga usytuowania (*positional advantage*). G.S. Day, R. Wensley, 1988
	akumulacja zasobów i trwałość przewagi konkurencyjnej. I. Dierickx, K. Cool, 1989
	kluczowe kompetencje (*core competencies*). C.K. Prahalad, G. Hamel, 1990
Etap 4. Koncentracja na zasobach jako źródle przewagi konkurencyjnej	zróżnicowanie i ograniczona mobilność zasobów. J. Barney, 1991
	uwarunkowania trwałości przewagi konkurencyjnej. M.A. Peteraf, 1993
	klasyfikacja zasobów. R. Hall, 1993
	instytucjonalny kontekst wykorzystywania zasobów. Ch. Oliver, 1997
Etap 5. Poszukiwanie szerszego kontekstu dla zasobowego ujęcia przewagi konkurencyjnej	marketing jako superkompetencja. U. Jüttner, H.R. Wehrli, 1994
	krótkotrwałe przewagi konkurencyjne. R.A. D'Aveni, 1994
	orientacja rynkowa jako źródło przewagi konkurencyjnej. S.D. Hunt, R. Morgan, 1995
Etap 6. Synteza różnych ujęć przewagi konkurencyjnej	strategiczne aktywa (*strategic assets*) i strategiczne czynniki rynku (*strategic industry factors*). R. Amit, P. Schoemaker, 1993
	zasoby spełniające te same funkcje jako substytuty. M.A. Peteraf, M. Bergen, 2003

Źródło: M. Krzyżanowska, *Wczesne koncepcje przewagi konkurencyjnej*, „Marketing i Rynek" 2007, 8; M. Krzyżanowska, *Nowoczesne koncepcje przewagi konkurencyjnej*, „Marketing i Rynek" 2007, 9. Cyt. za: M. Krzyżanowska, *Marketing a osiąganie*…, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Kluczowe…*, dz. cyt., s. 43.

Rodzaj przewagi konkurencyjnej na aptecznym rynku farmaceutycznym zależy od natury i charakterystyki relacji pomiędzy korzyściami oferowanymi klientowi przez aptekę a kosztami, jakie musi ona ponieść, aby te korzyści dostarczyć. Warunkiem koniecznym osiągania przez aptekę przewagi konkurencyjnej jest wykreowanie takiej oferty rynkowej, która dostarczy klientom korzyści o wysokiej jakości i wartości (wyższej od oferty podmiotów konkurencyjnych) przy relatywnie niskich kosztach (niższych od oferty podmiotów konkurencyjnych). Z tego względu można wyróżnić dwa podstawowe

rodzaje przewagi konkurencyjnej: przewagę kosztową i przewagę pozakosztową (rysunek 43).



Rysunek 43. Rodzaje przewagi konkurencyjnej

Źródło: K. Żak, *Budowanie przewagi…*, dz. cyt., s. 13.

Dualistyczne podejście do koncepcji przewagi konkurencyjnej nie jest jedynym ujęciem tej problematyki, albowiem W. Wrzosek rozróżnia trzy podstawowe jej rodzaje[448]:

- przewagę cenową (kształtowanie cen na poziomie niższym niż konkurenci);
- przewagę jakościową (kształtowanie jakości produktów oraz jakości działań na poziomie wyższym niż konkurenci);
- przewagę informacyjną (związaną z istnieniem konkurencji informacyjnej urzeczywistnionej za pomocą reklamy).

2.3.1. Przewaga kosztowa apteki ogólnodostępnej

Przewaga kosztowa (ang. *cost advantage*) określa dążenie podmiotu do niższego niż konkurenci poziomu kosztów, który umożliwia zaoferowanie nabywcom produktu tańszego od oferty podmiotów konkurencyjnych i realizowanie wyższego poziomu rentowności[449]. Zatem apteka ogólnodostępna powinna dążyć do osiągnięcia niższego niż konkurenci poziomu kosztów

[448] W. Wrzosek, *Funkcjonowanie*…, dz. cyt., s. 356–358.

[449] M. Krzyżanowska, *Marketing a osiąganie*…, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Kluczowe…*, dz. cyt., s. 37.

przy jednoczesnej racjonalizacji wydatków na działalność operacyjną. Punkt ciężkości należy przy tym oprzeć na minimalizacji kosztów w następujących dziedzinach:

- warunki lokalowe i wyposażenie pomieszczeń (posiadanie własnego lokalu lub jego najem na warunkach korzystniejszych od konkurencji oraz posiadanie innowacyjnych urządzeń wpływających na wysoką jakość usług farmaceutycznych i skracających czas ich realizacji, np. unguatora, komory laminarnej, sterylizatora, tabletkarki itp.);
- zatrudnianie personelu (niższy od konkurencji koszt zatrudnienia przy jednoczesnej wyższej wydajności pracy personelu);
- warunki handlowe z pośrednikami handlowymi (hurtowniami farmaceutycznymi) i innymi dostawcami (poziom marż handlowych, rabatów oraz inne warunki wpływające na koszty zakupu produktów korzystniejsze od warunków konkurencji) oraz zdolność do ich renegocjacji;
- działalność operacyjna oparta na trzech filarach:
  - optymalizacja zamawiania towaru i efektywne zarządzanie stanami magazynowymi (wyższy poziom rotacji towaru od konkurencji; niższe stany magazynowe),
  - racjonalizacja polityki cenowej i poziomu marż (wyższy poziom rentowności od konkurencji, niższy poziom cen),
  - maksymalizacja efektywności komunikacji marketingowej, związana z ergonomicznym wykorzystaniem instrumentów marketingowych (korzystniejsze warunki współpracy z agencjami reklamowymi i niższe koszty najmu powierzchni pod reklamę zewnętrzną od konkurencji).

Zauważyć przy tym należy, że na poziom kosztów prowadzenia działalności wpływają również reputacja i marka właściciela apteki oraz kultura organizacyjna w przedsiębiorstwie. Podmioty niecieszące się renomą i niemające dobrej opinii wśród farmaceutów mają trudności z pozyskaniem wysokiej klasy specjalistów do pracy w aptece, przez co często muszą oferować znacznie wyższe niż średnia na rynku wynagrodzenie oraz dodatkowe formy zachęty. Podnosi to koszty rynkowego funkcjonowania i może mieć decydujący wpływ na lokalną pozycję rynkową i konkurencyjną. Reputacja i marka właściciela apteki jest również istotna w sytuacji pozyskiwania finansowania ze źródeł zewnętrznych, zwłaszcza możliwości otrzymania od kontrahenta kredytu kupieckiego. Jeżeli właściciel apteki nie ma renomy i dobrej historii współpracy, to może mieć trudności z uzyskaniem od swojego partnera

biznesowego kredytu kupieckiego albo będzie musiał przedstawić dodatkowe zabezpieczenie spłaty, np. poprzez podpisanie weksla własnego *in blanco*[450].

2.3.2. Przewaga pozakosztowa apteki ogólnodostępnej

Przy dużym natężeniu podmiotowym rynku i intensywnej konkurencji budowanie przewagi konkurencyjnej coraz częściej odnosi się do przewagi pozakosztowej. Przedsiębiorstwo może osiągnąć przewagę pozakosztową (zróżnicowaną – ang. *differentiation advantage*), jeżeli posiada zdolność do zaoferowania nabywcom większych korzyści w porównaniu z konkurentami, wynikających z cech technicznych produktu, jego dostępności lub wizerunku[451]. Specyficzne uwarunkowania procesu świadczenia usług farmaceutycznych umożliwiają zdefiniowanie przewagi pozakosztowej apteki jako zdolności do zaoferowania klientom (pacjentom) korzyści o wyższej wartości w porównaniu z konkurentami poprzez lepszą dostępność szerokiego asortymentu produktów farmaceutycznych oraz wyższą jakość świadczenia usług farmaceutycznych. Punktem wyjścia przy projektowaniu działań zmierzających do zdobycia przewagi pozakosztowej powinna być odpowiednia identyfikacja preferencji nabywców usług farmaceutycznych, którą można osiągnąć poprzez analizę czynników decydujących o wyborze apteki przez klienta (rysunek 44).

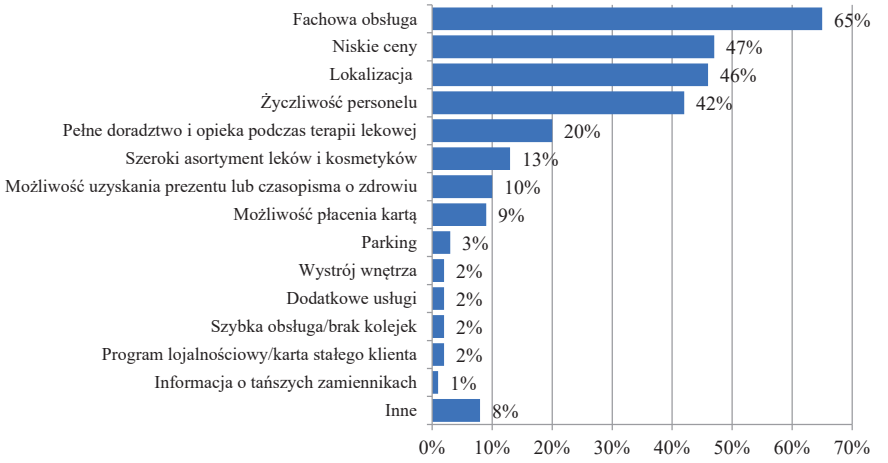
Analiza zachowań konsumentów wskazuje na kluczową rolę, poza lokalizacją i ceną, takich czynników, jak fachowa obsługa, życzliwość personelu i pełne doradztwo w ramach procesu farmakoterapii. Dla klientów aptek ważna jest również dostępność szerokiej gamy asortymentu leków i kosmetyków oraz możliwość płacenia kartą[452].

---

[450] Por. T. Janicka-Michalak, *Weksel własny in blanco jako instrument zabezpieczenia kredytu kupieckiego apteki ogólnodostępnej*, materiał w trakcie procesu recenzowania i publikacji pokonferencyjnej w ramach konferencji naukowej „Nauki o zarządzaniu i jakości wobec współczesnych wyzwań nauki i biznesu w turbulentnym otoczeniu", realizowanej 19–21 października 2022 r. na Wydziale Zarządzania Politechniki Rzeszowskiej.

[451] M. Krzyżanowska, *Marketing a osiąganie…*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Kluczowe…*, dz. cyt., s. 38.

[452] K. Żak, *Cele i zadania apteki a jej działalność marketingowa*, „Biuletyn Informacyjny Kierownika Apteki" 2016, 55, s. 58.



Rysunek 44. Determinanty wyboru apteki

Źródło: K. Szalonka, *Opieka farmaceutyczna*…, dz. cyt., s. 160.

Przewaga pozakosztowa apteki może wynikać ze sfery zewnętrznej – jej pozycji rynkowej, stanowiącej efekt ukształtowania się rynku farmaceutycznego, oraz ze sfery wewnętrznej przedsiębiorstwa – posiadanych kluczowych kompetencji. Według C.K. Prahalada i G. Hamela kluczowe kompetencje to zbiorowe uczenie się i harmonizacja różnorodnych umiejętności oraz integracja strumieni technologii, zaangażowanie w komunikację i głębokie zaangażowanie w przekraczanie granic organizacyjnych, które wymagają stałej pielęgnacji i ochrony, są trudne do skopiowania oraz nie zmniejszają się wraz z upływem czasu[453]. Na bazie posiadanych kluczowych kompetencji apteka ogólnodostępna może dążyć do zdobycia przewagi pozakosztowej, podejmując następujące rodzaje aktywności:

- prowadzenie efektywnej i stabilnej polityki kadrowej w oparciu o zatrudnianie wysoko wykwalifikowanego i wyspecjalizowanego personelu fachowego (doświadczonych farmaceutów – profesjonalnych menedżerów farmacji z kompetencjami w zakresie zarządzania marketingowego);
- wysoka jakość sprawowanej przez farmaceutów opieki farmaceutycznej oraz profesjonalizm w udzielaniu usług farmaceutycznych i wykonywaniu zadań oraz czynności zawodowych, oparty na kompleksowym, wysokojakościowym doradztwie;

[453] C.K. Prahalad, G. Hamel, *The Core Competence*..., dz. cyt., p. 81.

– utrzymanie wysokiego poziomu jakości obsługi klienta poprzez[454]:
  - ***s-incerity*** – szczerość wobec klientów,
  - ***e-nthusiasm*** – entuzjazm w obsługiwaniu klientów oraz wykonywaniu wszystkich obowiązków w aptece,
  - ***r-espect*** – szacunek dla każdego klienta, niezależnie od tego kim jest, jakie ma dochody, co sobą reprezentuje,
  - ***v-isuel*** – odpowiedniej klasy prezentację wszystkich pracowników, którzy przez to odgrywają znaczącą rolę w tworzeniu marki i budowaniu wizerunku apteki,
  - ***i-nformation*** – pełną informację wyczerpującą wątpliwości klienta,
  - ***c-ourtesy*** – grzeczność, uprzejmość wobec każdego klienta,
  - ***e-ager*** – ochotę, zaangażowanie, chęć świadczenia usług dla klientów na najwyższym poziomie;
– prowadzenie działalności operacyjnej w oparciu o:
  - orientację na klienta, czyli przyjęcie odpowiedniego sposobu postępowania polegającego na podejmowaniu działań zmierzających do zrozumienia istoty potrzeb nabywców oraz zaspokojenia ich w sposób lepszy, niż czynią to konkurenci,
  - zapewnienie dostępności szerokiego asortymentu leków i kosmetyków, aby klient mógł dokonać zakupów podczas pierwszej wizyty w aptece (bez konieczności oczekiwania na realizację zamówienia przez aptekę),
  - zaopatrywanie apteki w asortyment z opcją dostawy towaru co najmniej dwa razy dziennie, co umożliwia skrócenie czasu oczekiwania na zamówione przez klienta leki,
  - skracanie czasu wytwarzania leków recepturowych i aptecznych (o ile technologia ich wytwarzania na to pozwala),
  - profesjonalną komunikację marketingową związaną z efektywnym wykorzystaniem instrumentów marketingowych (gdzie efekty przewyższają koszty),
  - dążenie do osiągnięcia efektywności operacyjnej poprzez integrację i harmonizację funkcji zaopatrywania (zakupów), sprzedaży (świadczenia usług farmaceutycznych) i marketingu (komunikacji marketingowej),
  - budowanie, umacnianie i rozwijanie relacji z przedstawicielami innych zawodów medycznych.

[454] H. Mruk, *Usługi doradztwa siłą apteki*, [w:] Mruk H. (red.), *Marketingowe zarządzanie apteką* (109–121), ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013, s. 120–121.

Dążąc do osiągnięcia przewagi pozakosztowej, należy pamiętać, że trwałych pozycji rynkowych nie buduje się na pustych obietnicach[455]. Wywołuje to konieczność prowadzenia systemowych analiz poziomu jakości obsługi oraz badań satysfakcji i lojalności klienta w celu optymalnego dostosowania oferty apteki do zmieniających się preferencji nabywców.

W XXI w. prawdziwym sposobem na wyróżnienie się na rynku jest doświadczenie konsumenckie rozumiane jako „suma wszystkich punktów styku klienta z marką, zarówno tych on-line, jak i off-line, reprezentowanych tak przez ludzi, jak i przez nową technologię (boty, sztuczną inteligencję i „rzeczy")"[456]. Zasadza się ono bowiem na „uczuciach rodzących się w klientach, kiedy się stykają z produktem, pracownikami i różnymi kanałami sprzedażowymi, serwisowymi i marketingowymi"[457]. Im więcej punktów styku klienta z apteką, tym lepiej. Z tego względu z punktu widzenia apteki ogólnodostępnej jako placówki ochrony zdrowia publicznego świadczącej usługi farmaceutyczne istotny jest każdy aspekt jej działalności, wpływający na jakość udzielanych przez farmaceutę usług i poziom zadowolenia klienta. Każdy klient jest „na wagę złota", dlatego wygląd apteki i jej wnętrze, a nawet proces obsługi muszą zostać starannie zaplanowane, aby zmaksymalizować liczbę bodźców wpływających na pozytywny odbiór apteki. Tak „dopieszczony" klient stanie się lojalnym ambasadorem apteki.

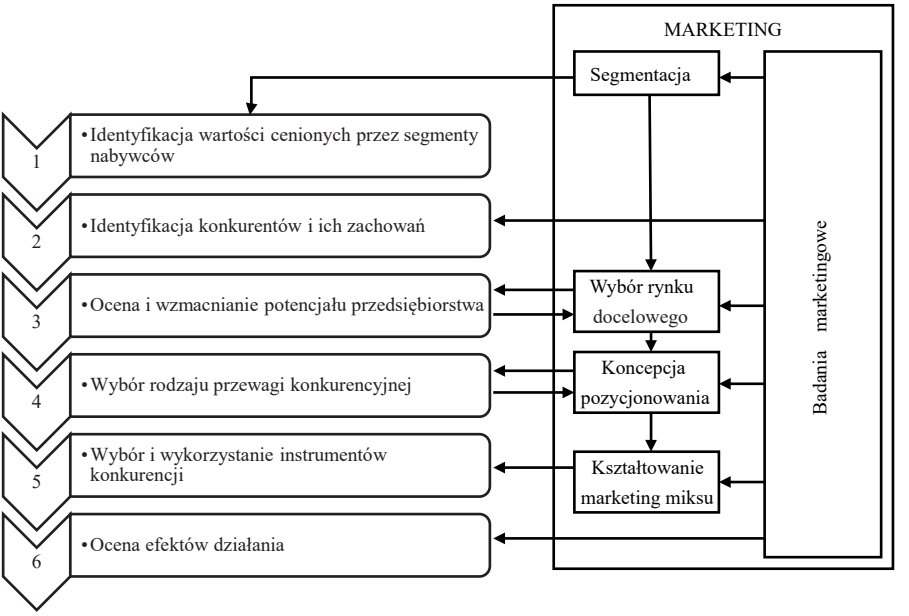
2.3.3. Etapy budowania przewagi konkurencyjnej apteki ogólnodostępnej

Budowanie przewagi konkurencyjnej apteki ogólnodostępnej w warunkach wzmożonej konkurencji jest niezwykle wymagającym i złożonym procesem, stanowiącym trudne wyzwanie dla właścicieli, menedżerów i farmaceutów. Trudności pojawiają się już na samym początku i zazwyczaj dotyczą właściwej identyfikacji źródeł przewagi konkurencyjnej oraz sposobów utrwalenia i określenia wartości dla apteki. Wynika to z różnorodnych koncepcji i podejść, albowiem nie wszyscy w aptece rozumieją istotę przewagi konkurencyjnej w tworzeniu wartości oraz nie zawsze wykorzystują szanse i dostrzegają zagrożenia z tym związane.

Warunkiem *sine qua non*, pozwalającym na sprawne i efektywne osiągnięcie przewagi konkurencyjnej apteki, jest dostrzeżenie prowadzonych

[455] Ph. Kotler, G. Armstrong, J. Saunders, V. Wong, *Marketing. Podręcznik…*, dz. cyt., s. 484.
[456] T. Bova, *IQ wzrostu*, MT Biznes, Warszawa 2019, s. 24.
[457] Tamże.

działań i ich akceptacja przez nabywców usług farmaceutycznych, wyrażona rosnącym popytem i przejawiająca się wzrostem liczby dokonywanych transakcji. Identyfikacja źródeł przewagi konkurencyjnej oraz opracowanie katalogu planowanych działań nie są proste w realizacji i mogą nie wystarczyć, aby zrealizować zakładane cele, ponieważ najistotniejsze problemy ujawniają się w fazie wdrażania. Implementacja działań ukierunkowanych na osiąganie przewagi konkurencyjnej stanowi wielopoziomowy i wielowymiarowy proces, angażujący wiedzę zdobytą na bazie zebranych za pomocą badań marketingowych informacji oraz wykorzystujący instrumenty marketingu (rysunek 45).



Rysunek 45. Proces budowania przewagi konkurencyjnej

Źródło: M. Krzyżanowska, *Marketing a osiąganie…*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Koncepcja…*, dz. cyt., s. 60.

Sześcioetapowy proces budowania przewagi konkurencyjnej umożliwia implementację działań ukierunkowanych na oferowanie nabywcy większej wartości niż jego konkurenci, zwiększając prawdopodobieństwo osiągnięcia ponadprzeciętnych wyników[458]:

– ETAP 1: Identyfikacja wartości cenionych przez segmenty nabywców – segmentacja rynku (podział nabywców na jednorodne, odrębne

[458] K. Żak, *Budowanie przewagi…*, dz. cyt., s. 17–18.

i mierzalne grupy) i określanie korzyści poszukiwanych przez poszczególne grupy klientów oraz kosztów, jakie są oni skłonni ponieść, aby przedmiotowe korzyści otrzymać – wyznacza przestrzeń konkurencji, na której apteka będzie rywalizować z innymi placówkami świadczącymi usługi farmaceutyczne oraz tworzy podstawy podejmowania decyzji operacyjnych;

– ETAP 2: Identyfikacja konkurentów i ich zachowań – rozpoznanie konkurencyjne rynku poprzez wskazanie potencjalnych konkurentów i prognoza ich zachowań na podstawie wyników badań marketingowych – wyznacza obszary (lokalizacje) dla prowadzonej działalności operacyjnej;
– ETAP 3: Ocena i wzmacnianie potencjału przedsiębiorstwa – analiza możliwości zaspokojenia potrzeb klientów (po rozpoznaniu ich oczekiwań i zdolności konkurentów do ich spełnienia) oraz projektowanie działań zmierzających do zaspokojenia potrzeb klientów w sposób lepszy, niż czyni to konkurencja – wyznacza grupy nabywców oraz wskazuje kierunki możliwych działań związanych ze wzmacnianiem potencjału apteki;
– ETAP 4: Wybór rodzaju przewagi konkurencyjnej – określenie aspiracji apteki zmierzającej do osiągnięcia przewagi konkurencyjnej – wyznacza zakres podejmowanych działań ukierunkowanych na osiągnięcie przewagi konkurencyjnej i ich powiązanie z pozycjonowaniem apteki (zgodnym z wybranym rodzajem przewagi konkurencyjnej, np. tania apteka, apteka o najwyższym poziomie jakości świadczenia usług, apteka przyjazna klientowi);
– ETAP 5: Wybór i wykorzystanie instrumentów konkurencji – podejmowanie konkretnych aktywności zorientowanych na zaspokajanie potrzeb nabywców, których efekty odczuwalne będą również przez konkurentów (np. ustalenie niskich cen, zaopatrzenie w szeroki asortyment leków, suplementów diety i kosmetyków, profesjonalna realizacja opieki farmaceutycznej, wprowadzenie wysokich standardów obsługi klienta) – wyznacza zakres wykorzystania instrumentów marketingowych, w tym marketing miksu, oraz określa ich wzajemne zależności, wzmacniając proces budowania przewagi konkurencyjnej;
– ETAP 6: Ocena efektów działania – analiza podejmowanych działań pod kątem ustalenia, czy apteka osiągnęła przewagę konkurencyjną, czy też nie – wyznacza zakres prowadzenia badań marketingowych,

ukierunkowanych na analizę i ocenę skuteczności wykorzystania instrumentów marketingowych, w tym marketing miksu.

Proaktywne budowanie przewagi konkurencyjnej, wsparte efektywnym wykorzystaniem instrumentów marketingowych, umożliwi tworzenie warunków do jak najlepszego wykorzystania potencjału przedsiębiorstwa w określonej sytuacji rynkowej dzięki tworzeniu dobrych podstaw podejmowania decyzji w działalności operacyjnej oraz wykorzystania efektów synergii jako rezultatu wzajemnego oddziaływania instrumentów marketingu[459]. Istotne jest, aby podejmowane działania dostarczały klientom trwałych korzyści o wyższej wartości niż oferta konkurencji oraz aby ich efekty były stale monitorowane i analizowane pod kątem operatywności. Apteki ogólnodostępne najdłużej funkcjonujące na rynku, w pełni wykorzystujące swoje atuty wynikające z przewagi konkurencyjnej, mają lepszą kondycję ekonomiczną od podmiotów konkurencyjnych, ponieważ[460]:

- posiadają najlepszą lokalizację w mieście lub rejonie miasta;
- mają największą grupę klientów;
- mają dużą wiedzę o konsumentach;
- zatrudniają sprawdzony i profesjonalnie przygotowany personel;
- mają najdłuższą historię współpracy z hurtowniami;
- mają wypracowane strategie kosztowe i strategie konkurencji.

W ramach kreowania przewagi konkurencyjnej apteki posiadły umiejętność materializowania tego, co jest z reguły niematerialne, czyli usług, znacznie zwiększając efektywność prowadzenia działalności operacyjnej[461].

2.3.4. Opieka farmaceutyczna jako źródło przewagi konkurencyjnej apteki ogólnodostępnej

Wykonywanie zawodu farmaceuty zorientowane na ochronę zdrowia pacjenta oraz ochronę zdrowia publicznego, polegające m.in. na sprawowaniu opieki farmaceutycznej, obliguje organ prowadzący aptekę do stworzenia warunków umożliwiających jej profesjonalną realizację. Opieka farmaceutyczna wpisuje się w społeczny aspekt funkcjonowania apteki, jednak

[459] M. Krzyżanowska, *Marketing a osiąganie...*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Koncepcja…*, dz. cyt., s. 61.

[460] K. Szalonka, *Nowe trendy…*, dz. cyt., s. 142.

[461] H. Mruk, M. Michalik, *Sposoby zwiększania skuteczności działania podmiotów w opiece zdrowotnej*, [w:] Ryć K., Sobczak A. (red.), *Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna? Koncepcje, regulacje, zarządzanie* (167–176), Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2010, s. 173.

pomimo wyraźnej dekretacji ustawowej potencjał opieki farmaceutycznej nie jest w aptekach w pełni wykorzystywany, bowiem w poszczególnych programach opieki farmaceutycznej bierze udział znikomy odsetek aptek i nic dziś nie wskazuje, aby przedmiotowy stan mógł się zmienić. Trudności bowiem wynikają z nieuzasadnionych obaw farmaceutów, że ich wiedza w zakresie farmakoterapii jest niewystarczająca, oraz z konieczności przyjęcia na siebie dodatkowej odpowiedzialności za zdrowie i życie pacjenta, co przy nieprecyzyjnym i niespójnym systemie prawa farmaceutycznego może skutkować eskalacją roszczeń pacjentów, z konsekwencjami prawnymi włącznie[462]. Z tego względu istotny jest właściwy akcent położony na edukację, aby zwiększyć wiedzę i kompetencje farmaceutów zarówno w zakresie opieki farmaceutycznej, jak i prawa farmaceutycznego.

Konieczność odpowiedniej edukacji farmaceutów w celu profesjonalizacji zarządzania farmakoterapią pacjenta nie jest nowym postulatem, lecz w przestrzeni publicznej funkcjonuje od wielu lat. Wiele autorytetów w dziedzinie farmacji zostało propagatorami koncepcji zwiększenia odpowiedzialności zawodowej farmaceutów, aby odwrócić pojawiające się w latach 70. ubiegłego wieku coraz powszechniejsze koncepcje postrzegania farmaceutów wyłącznie jako sprzedawców leków[463]. Z tego względu postulowano położenie nacisku na kwestię należytej edukacji farmaceutów w zakresie komunikacji z pacjentami i przedstawicielami zawodów medycznych, aby stworzyć skuteczny system nadzoru nad stosowaniem leków[464]. Zauważono bowiem, że rosnąca świadomość społeczeństwa odnośnie do konsumpcji leków będzie powodowała zwiększenie zapotrzebowania na odpowiedni poziom wiedzy fachowej farmaceuty[465]. Propagując większy nacisk na edukację i zwiększenie roli farmaceuty w procesie farmakoterapii pacjenta, dostrzeżono również problem związany z obawami farmaceutów odnoszącymi się do zwiększenia odpowiedzialności zawodowej i braku przekonania do kwestii doradztwa z powodu obaw przed sankcjami prawnymi[466]. Pojawiały się postulaty zwiększenia roli władz państwowych na rynku farmaceutycznym w celu zagwarantowania bezpieczeństwa procesu świadczenia usług

[462] K. Żak, *Implementacja programu opieki farmaceutycznej w aptece ogólnodostępnej – dostosowanie do potrzeb osób niepełnosprawnych*, „Ekonomia – Wroclaw Economic Review" 2017, 23 (1), s. 88.

[463] L.S. Linn, M.S. Davis, *Occupational Orientation…*, dz. cyt., p. 502.

[464] W.S. Apple, *Pharmacy's New…*, dz. cyt., p. 474.

[465] Por. K. Szalonka, *Marketing…*, dz. cyt., s. 44–50.

[466] W.S. Apple, *Pharmacists as Professionals*, "Journal of the American Pharmaceutical Association" 1968, 8 (7), p. 344.

farmaceutycznych[467]. Koncepcja ta miała przeciwników, którzy twierdzili, że problem właściwego doradztwa może być rozwiązany wyłącznie przez edukację i perswazję moralną, a nie przez dodatkowe regulacje prawne[468]. Wskazano również na konieczność dodatkowej edukacji farmaceutów z zakresu etyki[469].

Opieka farmaceutyczna w perspektywie długofalowej może stanowić źródło przewagi konkurencyjnej, pod warunkiem że jest prowadzona profesjonalnie i ma na celu poprawę jakości życia pacjenta. Tylko wtedy pozwala na osiągnięcie następujących korzyści[470]:

- wzrost znaczenia apteki i jej pozycji w systemie ochrony zdrowia publicznego jako placówki zorientowanej na klienta (przedkładającej dobro pacjenta ponad wszystko) w wyniku racjonalizacji procesu farmakoterapii pacjenta, mającej na celu uniknięcie niepożądanych interakcji lekowych oraz minimalizację marnotrawstwa produktów leczniczych;
- poprawa pozycji rynkowej oraz zdolności konkurencyjnych apteki poprzez wzrost poziomu lojalności i satysfakcji pacjentów wynikający z preferowania przez nich tych aptek, w których dostępne są usługi związane z zarządzaniem ich terapią farmakologiczną[471];
- wzrost znaczenia apteki w relacjach z lekarzami i przedstawicielami innych zawodów medycznych, co znacznie zwiększa szanse osiągnięcia sukcesu ekonomicznego[472];
- wzrost znaczenia farmaceuty w systemie ochrony zdrowia pacjenta oraz wzrost jego poziomu satysfakcji z wykonywanej pracy,

[467] D.A. Knapp, H.H. Wolk, D.E. Knapp, T.A. Rudy, *The Pharmacist…*, dz. cyt., p. 502.

[468] D.B. Resnik, P.L. Ranelli, S.P. Resnik, *The Conflict Between Ethics and Business in Community Pharmacy: What About Patient Counseling?*, "Journal of Business Ethics" 2000, 28 (2), p. 179–186.

[469] Tamże.

[470] K. Żak, *Opieka farmaceutyczna czy profesjonalne doradztwo? Bariery wdrażania opieki farmaceutycznej w Polsce*, „Ekonomia – Wroclaw Economic Review" 2018, 24 (4), s. 70.

[471] J.M. Brooks, D.G. Klepser, J.M. Urmie, K.B. Farris, W.R. Doucette, *Effect of Local Competition on the Willingness of Community Pharmacies to Supply Medication Therapy Management Services*, "Journal of Health and Human Services Administration" 2007, 30 (1), p. 4–27.

[472] D. Scharitzer, H.C. Kollarits, *Satisfied Customers: Profitable Customer Relationships: Pharmaceutical Marketing: How Pharmaceutical Sales Representatives Can Achieve Economic Success Through Relationship Management With Settled General Practitioners – An Empirical Study*, "Total Quality Management & Business Excellence" 2000, 11 (7), p. 955–965.

wynikający z rosnącego prestiżu zawodu aptekarza i podniesienia jego rangi w realizacji społecznej misji apteki[473].

Korzyści związane z implementacją opieki farmaceutycznej w praktyce aptecznej mogą w widoczny sposób przełożyć się na wzrost przychodów ze sprzedaży apteki poprzez zwiększenie liczby bardziej lojalnych i zadowolonych z jakości usług apteki klientów, bowiem dostrzeżenie przez konsumenta wartości dodanej w katalogu usług farmaceutycznych, przynoszącej odczuwalne efekty, może spowodować wzrost zainteresowania się apteką wśród miejscowej ludności. Zauważyć przy tym należy, że samo wdrożenie opieki farmaceutycznej może nie wystarczyć do poprawy pozycji konkurencyjnej apteki, ponieważ dla pacjenta istotna jest jakość sprawowanej opieki farmaceutycznej, która powinna wpływać przynajmniej na poprawę jego stanu zdrowia, bez konieczności ponoszenia przez pacjenta dodatkowych kosztów. Z tego względu istotna jest strategia wdrażania opieki farmaceutycznej, która powinna harmonizować szereg celów działania[474]:

1. Wydawanie produktów leczniczych:
   - wydawanie produktów leczniczych i/lub wyrobów medycznych w optymalnych warunkach i w zgodzie z obowiązującym prawem,
   - wykrywanie i rozwiązywanie rzeczywistych i potencjalnych problemów lekowych;
2. Konsultacje i poradnictwo (doradztwo) farmaceutyczne:
   - instruowanie pacjenta w zakresie optymalnego rozwiązywania jego problemów zdrowotnych wraz z wyborem najbardziej odpowiedniego produktu leczniczego, jeżeli to możliwe,
   - rozstrzyganie wątpliwości, jakie pojawią się u pacjenta, lub uzupełnianie niedoborów informacji, stwierdzonych przez farmaceutę,
   - ochrona pacjenta przed problemami lekowymi,
   - ocena sytuacji, czy dany problem zdrowotny jest konsekwencją jakiegoś problemu lekowego;
3. Ocena i monitorowanie farmakoterapii:
   - dążenie do uzyskania maksymalnej efektywności leczenia farmakologicznego (optymalizacja farmakoterapii),

[473] J. Łazowski, *Podstawy opieki…*, dz. cyt., s. 95; A. Skowron, *Opieka farmaceutyczna – Jak zacząć?*, „Aptekarz Polski. Pismo Naczelnej Izby Aptekarskiej" 2008, 27 (5e), s. 6.

[474] J.T. Marczak, *Strategia wdrażania opieki farmaceutycznej*, „Biuletyn Naczelnej Rady Aptekarskiej" 2007, 6 (17), s. 2.

– minimalizacja zagrożeń związanych ze stosowaniem produktu leczniczego, przyczyniająca się do zwiększonego bezpieczeństwa farmakoterapii,
– racjonalizacja stosowania produktów leczniczych, stanowiących zasadnicze narzędzie terapeutyczne,
– polepszenie jakości życia pacjenta.

Wielopoziomowość celów pokazuje, że opieka farmaceutyczna wymaga podejścia procesowego, albowiem istnieje konieczność realizacji wieloetapowych, następujących po sobie działań[475]:

– etap 1: nawiązanie profesjonalnych relacji z pacjentem;
– etap 2: zebranie informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta;
– etap 3: wykrycie problemów lekowych;
– etap 4: rozwiązanie problemów lekowych;
– etap 5: określenie celów terapeutycznych;
– etap 6: wskazanie dostępnych alternatyw terapeutycznych;
– etap 7: wybór najlepszego rozwiązania terapeutycznego;
– etap 8: opracowanie i wdrożenie planu opieki farmaceutycznej;
– etap 9: kontynuacja opieki i ocena uzyskanych efektów.

Istotnym wsparciem implementacji opieki farmaceutycznej w praktyce aptecznej może być prowadzony od 2009 r. program naukowo-szkoleniowy FONTiC, będący kontynuacją i rozszerzeniem projektu „Farmaceutyczna Opieka w Nadciśnieniu Tętniczym i Cukrzycy", dający możliwość[476]:

– bezpiecznego gromadzenia danych pacjentów objętych opieką farmaceutyczną;
– przygotowywania automatycznych raportów umożliwiających farmaceutom ocenę skuteczności farmakoterapii i opieki farmaceutycznej;
– oceny jakości życia pacjentów przy pomocy zwalidowanych kwestionariuszy ogólnych;
– oceny wiedzy pacjentów przy pomocy specjalistycznych kwestionariuszy;
– monitorowania farmakoterapii dzięki gromadzeniu informacji o wartościach wybranych parametrów klinicznych;

[475] A. Skowron, *Proces opieki farmaceutycznej*, [w:] Brandys J. (red.), *Opieka farmaceutyczna w prawie i praktyce*, Dr Josef Raabe Spółka Wydawnicza Spółka z o.o., Warszawa 2005, s. 3–13.

[476] A. Skowron, W. Polak, S. Polak, M. Polak, *Dokumentowanie opieki farmaceutycznej z wykorzystaniem bazy FONTIC*, „Farmacja Polska" 2010, 66 (6), s. 394.

– przygotowania, analizowania i poprawiania planu opieki farmaceutycznej;
– przygotowania planu edukacji pacjenta.

FONTiC to usługa sieciowa dostępna z poziomu dowolnej przeglądarki internetowej, która umożliwia centralizację baz danych i udostępnienie aplikacji oraz daje możliwość analizy danych w czasie rzeczywistym, bez potrzeby tworzenia dodatkowego kanału pomiędzy farmaceutami a jednostką naukowobadawczą. Modułowa konstrukcja bazy umożliwia tworzenie dowolnych konfiguracji w zakresie uprawnień do korzystania z poszczególnych elementów w oparciu o cztery poziomy dostępu: administrator systemu, farmaceuta, lekarz oraz pacjent z odpowiednimi dla każdego poziomu uprawnieniami w zakresie dodawania nowych informacji, podglądu i/lub poprawiania zgromadzonych danych oraz tworzenia raportów[477]. Zatem rodzaj udostępnianych danych w bazie jest maksymalnie ograniczany i zależy od roli danego użytkownika w programie FONTiC[478].

Implementacja opieki farmaceutycznej w Polsce napotyka wiele barier, które stanowią naturalny przejaw oporu wobec niewłaściwie zaprojektowanych i wprowadzonych zmian systemu świadczenia usług farmaceutycznych. Brak wsparcia ze strony ustawodawcy w postaci szczegółowych przepisów wykonawczych do ustawy o zawodzie farmaceuty przy jednoczesnym braku efektywnej kampanii promocyjnej wśród pacjentów, lekarzy i farmaceutów skutkuje niewielkim zainteresowaniem wskazanych przedstawicieli zawodów medycznych partycypacją w sprawowaniu opieki farmaceutycznej. Szczegółowo bariery wdrożenia opieki farmaceutycznej przedstawiono w tabeli 17. Dokonując oceny wyników badania empirycznego, zauważyć należy, że występowanie barier wdrażania opieki farmaceutycznej nie jest uzależnione od wykształcenia właściciela apteki, zatem nie zależy od tego, czy jest on farmaceutą, czy też nie.

[477] K. Żak, *Opieka farmaceutyczna…*, dz. cyt., s. 72.
[478] A. Skowron, W. Polak, S. Polak, M. Polak, *Dokumentowanie opieki…*, dz. cyt., s. 394–395.

Tabela 17. Bariery wdrożenia opieki farmaceutycznej w aptece ogólnodostępnej według farmaceutów

LP.	BARIERY WDROŻENIA OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ W APTECE OGÓLNODOSTĘPNEJ	APTEKI (N = 111)		WSPÓŁZALEŻNOŚĆ OD RODZAJU WYKSZTAŁCENIA WŁAŚCICIELA APTEKI		
		∑	%	F Tak / Nie	NF Tak / Nie	χ^2_{Yates} / C_{xy}
1	Brak precyzyjnych regulacji prawnych	89	80,2	45	44	2,9716
				6	16	B/0,16*
2	Brak wymiernych korzyści dla apteki	87	78,4	40	47	0,0479
				11	13	B
3	Brak dostatecznej ilości czasu dla pacjenta	66	59,5	31	35	0,0046
				20	25	B
4	Brak zainteresowania pacjenta	65	58,6	32	33	0,3997
				19	27	B
5	Brak promocji opieki farmaceutycznej wśród pacjentów	63	56,8	31	32	0,3569
				20	28	B
6	Brak możliwości efektywnej współpracy ze środowiskiem lekarzy	61	55,0	31	30	0,8962
				20	30	B
7	Brak wspólnego zintegrowanego systemu informatycznego na linii aptekarz – lekarz	57	51,4	25	32	0,0690
				26	28	B
8	Zbyt duże koszty dla apteki	44	39,6	19	25	0,0778
				32	35	B
9	Zbyt duży zakres dodatkowych obowiązków dla farmaceuty	32	28,8	15	17	0,0073
				36	43	B
10	Brak odpowiedniego przygotowania farmaceuty	25	22,5	11	14	0,0004
				40	46	B
11	Brak stanowiska konsultacyjnego w aptece	21	18,9	9	12	0,0052
				42	48	B
12	Negatywne nastawienie lekarzy do współpracy	19	17,1	9	10	0,0135
				42	50	B

Uwagi: ∑ – liczba aptek; % – odsetek aptek; F – liczba aptek, w których właścicielem jest farmaceuta; NF – liczba aptek, których właścicielem nie jest farmaceuta; TAK = zdecydowanie tak + raczej tak, NIE = nie wiem + raczej nie + zdecydowanie nie; $\chi^2_{0,05,1}$= 3,8415, $\chi^2_{0,1,1}$= 2,7055; B – brak statystycznie istotnej zależności pomiędzy zmiennymi X i Y (wartość $\chi^2_{Yates} < \chi^2_{0,05,1}$); * Decyzja niejednoznaczna: przy innym, akceptowalnym teoretycznie poziomie istotności α= 0,1, wartość $\chi^2_{0,1,1}$ = 2,7055; dla $\chi^2_{Yates} \in \langle 2{,}7055, n\rangle$ zależność korelacyjna jest istotna.

Źródło: K. Żak, *Opieka farmaceutyczna…*, dz. cyt., s. 76.

Efektywne sprawowanie opieki farmaceutycznej w aptece ogólnodostępnej stanowi duże wyzwanie organu prowadzącego, ponieważ wymaga

podjęcia wielu działań związanych z reorganizacją działalności operacyjnej. Do najtrudniejszych aspektów implementacyjnych należy zaliczyć konieczność wprowadzenia zmian w mentalności personelu fachowego, aby zachęcić pracowników do podejmowania nowych wyzwań i przekonać do nowych obowiązków i zadań. Można to osiągnąć poprzez odpowiedni system zachęt powiązany z systemem motywacyjnym. Istotne są również działania organizacyjne, albowiem wymagają one dużych inwestycji związanych z koniecznością wygospodarowania miejsca na stworzenie stanowiska (punktu) konsultacyjnego, aby zapewnić swobodę i poufność rozmowy z pacjentem. Stworzenie takiego stanowiska (punktu) wymaga przestrzegania poniższych zasad[479]:

- usytuowanie w izbie ekspedycyjnej jako miejscu łatwo dostępnym dla pacjenta i farmaceuty;
- usytuowanie na uboczu głównych szlaków komunikacyjnych izby ekspedycyjnej: wejście – miejsce dyspensowania – kasa – wyjście;
- wizualizacja otoczenia eksponująca wymiar społeczny (medyczny) apteki – placówki ochrony zdrowia publicznego, w której świadczone są usługi farmaceutyczne;
- zapewnienie podstawowego wyposażenia stanowiska/punktu konsultacyjnego: niski stolik i co najmniej dwa „wygodne" krzesła (należy przewidzieć możliwość udziału w rozmowie małżonki(-a) lub opiekuna pacjenta) oraz sprzęt i materiały informacyjne (pomocnicze), z których może korzystać farmaceuta prowadzący konsultacje;
- oddzielenie od siebie każdego stanowiska w przypadku tworzenia kilku stanowisk/punktów konsultacyjnych;
- oznakowanie każdego stanowiska/punktu konsultacyjnego jako miejsca przeznaczonego do prywatnych rozmów pacjenta z farmaceutą;
- wydzielenie w pobliżu stanowiska/punktu konsultacyjnego miejsca dla oczekujących na swoją kolej pacjentów, wyposażonego w „wygodne" krzesła i materiały informacyjne (w większych aptekach).

Bariery wdrażania opieki farmaceutycznej wynikające zarówno z czynników zewnętrznych (nieprecyzyjny system prawa farmaceutycznego, brak wymiernych korzyści dla apteki i kampanii promocyjnej skierowanej do pacjenta, lekarza i farmaceuty), jak i wewnętrznych (brak stanowiska

[479] J. Łazowski, *Skuteczne wdrażanie opieki farmaceutycznej do praktyki aptek ogólnodostępnych*, [w:] Brandys J. (red.), *Opieka farmaceutyczna w prawie i praktyce*, Dr Josef Raabe Spółka Wydawnicza Sp. z o.o., Warszawa 2005, s. 7–8.

konsultacyjnego i profesjonalnego przygotowania farmaceuty) mogą zostać zminimalizowane, a nawet usunięte w wyniku zastosowania i harmonizacji wieloetapowych i wielopoziomowych działań przez następujące organy, instytucje i przedstawicieli zawodu[480]:

1. Władze polityczne:
   – harmonizacja systemu prawa farmaceutycznego poprzez precyzyjne wskazanie celów i charakterystyki poszczególnych programów opieki farmaceutycznej oraz określenie poziomów odpowiedzialności poszczególnych przedstawicieli zawodów medycznych, jak również zasad gromadzenia, przechowywania i udostępniania bazy pacjentów,
   – określenie zasad współpracy farmaceuty z przedstawicielami poszczególnych zawodów medycznych w zakresie efektywnego sprawowania opieki farmaceutycznej,
   – opracowanie systemu monitorowania efektów opieki farmaceutycznej oraz efektywnych mechanizmów kontroli,
   – opracowanie systemu zachęt dla aptekarzy (zarówno dla właścicieli aptek, jak i jej pracowników);
2. Ośrodki naukowe:
   – zwiększenie nacisku na jakość kształcenia w zakresie efektywnej realizacji opieki farmaceutycznej w oparciu o poszczególne jej programy,
   – popularyzacja korzyści opieki farmaceutycznej;
3. Organy nadzoru farmaceutycznego i samorząd zawodu aptekarskiego:
   – popularyzacja opieki farmaceutycznej wśród farmaceutów i lekarzy,
   – promocja opieki farmaceutycznej wśród pacjentów,
   – opracowanie efektywnych procedur kontrolnych (zorientowanych na efektywność) oraz promowanie zachowań proetycznych;
4. Właściciele aptek:
   – stworzenie w miejscu pracy warunków do efektywnego sprawowania opieki farmaceutycznej (wydzielenie powierzchni na stanowisko konsultacyjne, stworzenie profesjonalnego punktu konsultacyjnego, zapewnienie odpowiedniej obsady kadrowej),
   – dbanie o to, aby czynności zastrzeżone dla aptekarza były wykonywane wyłącznie przez osoby uprawnione,
   – popularyzowanie opieki farmaceutycznej wśród personelu apteki;
5. Farmaceuci – aptekarze:
   – aktywny udział w poszczególnych programach opieki farmaceutycznej,

[480] K. Żak, *Opieka farmaceutyczna…*, dz. cyt., s. 79–80.

– udzielanie porad i konsultacji w zgodzie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną, kierowanie się dobrem pacjenta ze zrozumieniem odpowiedzialności za jego zdrowie i życie,
– samodoskonalenie umiejętności zawodowych.

Budowanie przewagi konkurencyjnej w oparciu o opiekę farmaceutyczną powinno polegać na wskazywaniu zalet i korzyści, jakie otrzyma pacjent, farmaceuta i właściciel apteki. Wysoka jakość opieki farmaceutycznej może zostać osiągnięta tylko wtedy, kiedy dokona się profesjonalnej komercjalizacji niematerialnych usług farmaceutycznych poprzez harmonizację zasobów ludzkich, finansowych i organizacyjnych. Nie będzie to możliwe bez farmaceuty, którego obecność w aptece warunkuje sprawowanie opieki farmaceutycznej w ogóle. Od jego poziomu wiedzy i kompetencji oraz jakości pracy będzie zależało, czy w aptece będzie sprawowana opieka farmaceutyczna, czy tylko specjalistyczne doradztwo.

Rozdział 3.

Determinanty jakości usług farmaceutycznych a orientacja aktywności

3.1. Wyznaczniki jakości usług farmaceutycznych

Nauka o jakości (kwalitologia) jest stosunkowo młodą, powstałą w latach 70. XX w., dyscypliną naukową, której założenia nie są w pełni ukształtowane. Podmiotem zainteresowania kwalitologii jest jakość (ang. *quality*), która może być różnie definiowana (tabela 18).

Tabela 18. Przegląd podstawowych definicji jakości

TWÓRCA	DEFINICJA
R.W. Griffin	ogół cech produktu lub usługi decydujących o ich zdolności do zaspokajania stwierdzonych lub potencjalnych potrzeb
J. Oakland	stopień zaspokajania potrzeb i spełnienia wymagań klienta
J. Juran	przede wszystkim przydatność użytkowa, wolność od wad
P. Crosby	zgodność wyrobu z wyspecyfikowanymi wymaganiami
W.E. Deming	przewidywany stopień jednorodności i niezawodności przy możliwie niskich kosztach i dopasowaniu do wymagań rynku
A. Feigenbaum	zbiorcza charakterystyka produktu i serwisu, z uwzględnieniem marketingu, projektu, wykonania i utrzymania, która powoduje, że dany produkt i serwis spełniają oczekiwania użytkownika
ISO 9000: 2000	stopień, w jakim zestaw naturalnych właściwości (fizycznych, czasowych, ergonomicznych, funkcjonalnych) produktu spełnia potrzeby lub oczekiwania, które zostały ustalone, przyjęte zwyczajowo lub są obowiązkowe

Źródło: R.W. Griffin, *Podstawy zarządzania*…, dz. cyt., s. 689; A. Hamrol, W. Mantura, *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002, s. 114–115; S. Wawak, *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Helion, Gliwice 2006, s. 12; J.M. Juran, *Juran on Quality by Design. The New Steps for Planning Quality into Goods and Services*, The Free Press, Don Mills 1992, p. 9.

Mnogość definicji jakości i brak jednoznaczności w jej definiowaniu prowadzi w przedsiębiorstwach do poważnych nieporozumień i inicjatyw mających sprzeczne cele, co uniemożliwia skuteczne świadczenie usług, a w efekcie osiągnięcie sukcesu rynkowego i finansowego[481]. Podstawowe ujęcia jakości to[482]:

[481] W. Urban, *Zarządzanie jakością usług*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2018, s. 9.

[482] Tamże, s. 9–16.

– jakość transcendentna – odnosząca się do doskonałości produktu (np. supernowoczesny, najnowocześniejszy) lub usługi (np. bezbłędność, mistrzostwo realizacji usługi, doskonałość, perfekcja[483]);
– jakość jako suma cech produktu (jakość produktowa) – odnosząca się do cech produktu (funkcjonalność, „jakość typu" jako suma cech technicznych i użytkowych produktu odnoszące się do potrzeb konsumentów)[484];
– jakość jako stopień osiągnięcia wzorca (jakość produkcyjna, przemysłowa) – stopień, w jakim produkt spełnia ustalone dla niego wymagania;
– jakość jako doświadczenia klientów – subiektywna ocena produktu przez klienta w odniesieniu do własnych korzyści, potrzeb, preferencji[485].

Wieloaspektowość ujęcia jakości pokazuje również D.A. Garvin, który wyodrębnił osiem jej wymiarów[486]:
– wykonanie (ang. *performance*) – określające główne cechy charakteryzujące działanie produktu;
– właściwości (ang. *features*) – oznaczające uzupełnienie podstawowych cech działania produktu;
– niezawodność (ang. *reliability*) – definiowana jako prawdopodobieństwo prawidłowego działania w określonym czasie;
– zgodność (ang. *conformance*) – oznaczająca stopień, w jakim projekt wyrobu i jego cechy użytkowe spełniają ustalone normy;
– trwałość (ang. *durability*) – określana jako długość cyklu życia produktu;
– łatwość w użytkowaniu (ang. *serviceability*) – definiowana jako szybkość i łatwość naprawy;
– estetyka (ang. *aesthetics*) – charakteryzująca wygląd produktu, zapach, smak, odbiór za pomocą zmysłu dotyku;
– postrzegana jakość (ang. *perceived quality*) – oznaczająca opinię klienta o produkcie.

[483] Por. K. Rogoziński, *Zarządzanie wartością z klientem*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 220.
[484] D.A. Garvin, *Managing Quality. The Strategic and Competitive Edge*, The Free Press, New York 1988, p. 42.
[485] G.F. Smith, *The Meaning of Quality*, "Total Quality Management" 1993, 4 (3), p. 236.
[486] D.A. Garvin, *Competing on the Eight Dimensions of Quality*, "Harvard Business Review" 1987, 65 (6), p. 99–110.

W odniesieniu do usług trudności w definiowaniu jakości wynikają ze specyficznych właściwości usług, jakimi są[487]:

- niematerialność – usług nie można zobaczyć, posmakować, dotknąć, usłyszeć ani powąchać przed dokonaniem zakupu (w celu zminimalizowania niepewności wynikającej z niematerialności usług potencjalni konsumenci szukają dowodów na wysoką jakość danych usług poprzez obserwację miejsca, personelu, sprzętu, materiałów komunikacyjnych, symboli oraz ceny);
- nierozłączność świadczenia i konsumpcji – usługi zazwyczaj są świadczone i konsumowane jednocześnie, co sprawia, że dostawcy usług i konsumenci stają się ich częścią;
- nietrwałość – usługa istnieje tylko w momencie świadczenia, choć jej efekty mogą być rozłożone w czasie, jak i trwałe (nie można magazynować usług, lecz jedynie umożliwić ich świadczenie w razie zaistnienia takiej potrzeby);
- różnorodność – usługi są bardzo zróżnicowane, ponieważ zależą one od dostawcy oraz miejsca i czasu ich świadczenia.

Niematerialność jako cecha konstytutywna usługi powoduje największe problemy w definiowaniu jakości usług, związane z trudnościami parametryzacji produktów niematerialnych. Nierozłączność świadczenia usługi i konsumpcji sprawia z jednej strony, że jakość usługi nie może być sprawdzona przed jej sprzedażą, z drugiej, że konsument, uczestnicząc bezpośrednio w procesie świadczenia usług, sam często wpływa na jego przebieg, oceniając różne aspekty nie tylko samego produktu usługowego, ale i procesu jego świadczenia[488]. Zatem przy określaniu jakości usług decydującą rolę odgrywa klient i stopień jego zadowolenia. Z tego względu „jakość usługi to stopień spełnienia oczekiwań nabywców"[489]. W odniesieniu do usług jakość jest rozpatrywana przez pryzmat doświadczeń klientów i odnosi się do ich preferencji. Istotne są następujące wymiary jakości:

- jakość techniczna – to, co jest dostarczane klientom[490];
- jakość funkcjonalna – w jaki sposób to jest dostarczane klientom[491];

---

[487] Ph. Kotler, J. Shalowitz, R.J. Stevens, *Marketing strategiczny…*, dz. cyt., s. 369–375.

[488] A. Jonas, *Jakość usług*, [w:] Czubała A., Jonas A., Smoleń T., Wiktor J.W., *Marketing usług* (140–188), Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2006, s. 141.

[489] V.A. Zeithaml, A. Parasuraman, L.L. Berry, *Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations*, Free Press, New York 1990, p. 19.

[490] Ch. Grőnroos, *A Service Quality Model and its Marketing Implication*, "European Journal of Marketing" 1984, 18 (4).

[491] Tamże.

– jakość materialna – suma elementów materialnych wchodzących w zakres usługi (miejsce świadczenia usługi, narzędzia wykorzystywane przy jej świadczeniu)[492];
– jakość interakcyjna – interakcja, jaka zachodzi pomiędzy klientem a przedsiębiorstwem (dwa elementy wchodzące w bezpośredni kontakt z konsumentem: personel usługowy, wyposażenie)[493];
– jakość firmowa – związana z wizerunkiem i zaufaniem klienta do przedsiębiorstwa świadczącego usługę (jakość symboliczna)[494].

W kontekście współtworzenia usług jakość składa się z trzech składników występujących jednocześnie podczas świadczenia usługi[495]:
– jakość zdefiniowanych wymagań, czyli jakość, która ma z góry określone wymagania;
– jakość odkrywania, czyli jakość oparta na wyłaniających się wymaganiach;
– jakość na wyczucie, czyli jakość polegająca na prognozach oczekiwań klientów.

W praktyce dominuje pogląd, że usługa ma odpowiednią jakość, jeśli jej realizacja spełnia lub przekracza oczekiwania nabywców"[496]. Oczekiwania klientów nie są stałe i zależą od wielu czynników[497]:
– ceny produktu – im wyższa cena, tym większe oczekiwania;
– obecnych potrzeb konsumenta – klient oczekuje poświęcenia mu pewnej ilości czasu, wysłuchania jego wymagań, dokładnych wyjaśnień oraz udzielenia mu porady;
– wcześniejszych doświadczeń – klienci, którzy mieli do czynienia z usługami na wysokim poziomie, przy następnym korzystaniu z usług będą oczekiwać co najmniej podobnego poziomu;
– stopnia złożoności usługi – jeżeli usługa jest skomplikowana i klient jej nie rozumie, jego oczekiwania mogą nie być adekwatne do istoty usługi;
– wizerunku przedsiębiorstwa usługowego oraz nastawienia konsumenta do usługi i danego przedsiębiorstwa – im lepiej postrzegane jest przedsiębiorstwo, tym większe oczekiwania jego klientów;

[492] U. Lehtinen, J.R. Lehtinen, *Two Approaches to Service Quality Dimensions*, "The Service Industries Journal" 1991, 11 (3), p. 288.
[493] Tamże.
[494] Tamże.
[495] W. Urban, *Zarządzanie jakością*…, dz. cyt., s. 17.
[496] V.A. Zeithaml, A. Parasuraman, L.L. Berry, *Delivering Quality*…, dz. cyt., s. 19.
[497] A. Jonas, *Jakość*…, dz. cyt., s. 142.

– obietnic składanych przez usługodawcę – jeżeli przedsiębiorstwo w swoich działaniach podkreśla, że świadczy usługi na najwyższym poziomie, to oczekiwania klientów wobec niego będą duże;
– informacji uzyskanych od znajomych – jeżeli np. znajomi uprzedzili klienta o niskim poziomie świadczenia usług w danym przedsiębiorstwie, jego oczekiwania będą niewielkie;
– innych możliwości zaspokojenia danej potrzeby – im większa możliwość porównania usług świadczonych przez różne przedsiębiorstwa, tym większe wymagania konsumentów, łatwiej bowiem znaleźć podmiot świadczący usługi lepszej jakości.

Poziom oczekiwań klientów zmienia się więc wprost proporcjonalnie do ich doświadczenia i rozszerzania się oferty rynkowej: im lepsza jest oferta rynkowa i jakość świadczonych usług, tym większe są oczekiwania i wymagania nabywców[498]. Kierownicy przedsiębiorstw usługowych jakość usługi utożsamiają z[499]:
– zadowoleniem klienta z usługi (74 wskazania);
– spełnianiem potrzeb i oczekiwań klientów (38 wskazań);
– terminowością realizacji usługi (34 wskazania);
– rzetelnością realizacji usługi (19 wskazań);
– szybkością realizacji usługi (18 wskazań);
– zgodnością usługi z wymaganiami (74 wskazania);
– uczciwością podmiotu świadczącego usługi (4 wskazania);
– solidnością usługi (4 wskazania).

„Jakość usług farmaceutycznych" jest pojęciem niedookreślonym, albowiem nie zostało wprost zdefiniowane w systemie prawa farmaceutycznego. Literatura przedmiotu wskazuje na trudności związane z definiowaniem jakości z uwagi na problemy, jakie sprawia wyznaczenie materialnej strony niematerialnych usług. Usługi farmaceutyczne jako specyficzny i wysoce specjalistyczny rodzaj usług stanowią kategorię niezwykle ważną z punktu widzenia jakości systemu ochrony zdrowia publicznego i systemu ochrony zdrowia pacjenta oraz oczekiwań szczególnego rodzaju nabywców – pacjentów. Istota usług farmaceutycznych dla poszczególnych grup pacjentów wynika ze szczególnej roli farmaceuty w procesie farmakoterapii pacjenta, co

[498] K. Żak, *Wpływ niedoborów farmaceutów w aptekach ogólnodostępnych na jakość świadczenia usług farmaceutycznych w Polsce*, [w:] Siedlecka A., Guzal-Dec D. (red.), *Rynek pracy wobec wyzwań przyszłości – ujęcie interdyscyplinarne* (256–271), Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Biała Podlaska 2021, s. 262.
[499] W. Urban, *Zarządzanie jakością*…, dz. cyt., s. 22.

zostało wskazane wprost w systemie prawa farmaceutycznego. Farmaceuta bowiem jest jedynym przedstawicielem zawodów medycznych uprawnionym do udzielania usług farmaceutycznych. Szczegółowość i charakter regulacji wyznaczają determinanty jakości usługi farmaceutycznej[500]:

- wiarygodność usługodawcy – usługi farmaceutyczne świadczone są w aptece – „placówce ochrony zdrowia publicznego, w której osoby uprawnione świadczą w szczególności usługi farmaceutyczne" (ustawa Prawo farmaceutyczne, art. 86);
- fachowość personelu – klient otrzymuje usługę od profesjonalisty – gwarantem jakości usługi jest farmaceuta, który musi posiadać odpowiednie kwalifikacje do wykonywania zawodu: rozpoczęcie i ukończenie co najmniej pięcioletnich studiów na kierunku farmacja, obejmujących co najmniej sześciomiesięczną praktykę zawodową w aptece, i uzyskanie tytułu magistra farmacji, posiadanie prawa wykonywania zawodu (ustawa o zawodzie farmaceuty, art. 5 ust. 1);
- zróżnicowanie – katalog usług farmaceutycznych jest zróżnicowany, ale ograniczony zakresowo przez ustawodawcę poprzez wskazanie, jakie czynności obejmują usługi farmaceutyczne (ustawa o zawodzie farmaceuty, art. 4);
- bezpieczeństwo – wyodrębnienie wyspecjalizowanej instytucji kontrolnej – Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej (wykonującej zadania poprzez Głównego Inspektora Farmaceutycznego oraz wojewódzkich inspektorów farmaceutycznych), do której zakresu zadań należy nadzór nad: 1. warunkami wytwarzania i importu produktów leczniczych, 2. warunkami wytwarzania, importu i dystrybucji substancji czynnej, 3. jakością, obrotem i pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi, 4. obrotem wyrobami medycznymi – w celu zabezpieczenia interesu społecznego w zakresie bezpieczeństwa zdrowia i życia ludzi przy stosowaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych znajdujących się w hurtowniach farmaceutycznych, aptekach, działach farmacji szpitalnej, punktach aptecznych i placówkach obrotu pozaaptecznego (ustawa Prawo farmaceutyczne, art. 108, 112);
- dostępność usług, co wynika z odpowiedniej dla zaspokojenia potrzeb ludności liczby aptek (12 080 aptek ogólnodostępnych według stanu na dzień 31 grudnia 2020 r.[501]);

[500] K. Żak, *Wpływ niedoborów…*, dz. cyt., s. 262–264.

[501] Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i ochrona… Aneks tabelaryczny*…, dz. cyt., tabela 75.

– odpowiedni tryb postępowania farmaceuty wynikający z wiedzy i umiejętności nabytych w toku pięcioletnich studiów farmaceutycznych, doświadczenia zdobytego podczas praktyk i stażu w aptece oraz kompetencji uzyskanych podczas szkoleń specjalistycznych, kursów kwalifikacyjnych, studiów podyplomowych oraz w ramach samokształcenia, który może być oceniany np. w oparciu o[502]:
  - jakość informacji przekazywanych przez farmaceutów podczas realizacji recepty lekarskiej,
  - zaangażowanie farmaceuty w wywiad z pacjentem oraz doradztwo w zakresie działania, stosowania i dawkowania leków zawartych na recepcie oraz dodatkowych leków lub suplementów diety, o które prosi pacjent,
  - umiejętność wykrycia przez farmaceutę problemów lekowych oraz możliwości ich rozwiązywania,
  - profesjonalizm wywiadów farmaceutycznych i odbiór przeprowadzonych konsultacji przez pacjenta (czy odbiegają, i w jakim stopniu, od oczekiwań pacjenta),
  - związek pomiędzy jakością udzielanych porad a stopniem wykształcenia i wiekiem aptekarza oraz wpływem kolejki w aptece na poziom i formę świadczonych usług farmaceutycznych.

Wymienione determinanty usługi farmaceutycznej stanowią odzwierciedlenie ciągle zmieniających się oczekiwań klientów, które z kolei wyznaczają jej poziom jakości. Zauważyć przy tym należy, że jakość usług farmaceutycznych może być zestawem czynników odwzorowującym stan zdrowia pacjenta, albowiem w sytuacji gdy pacjent decyduje się na samoleczenie, to farmaceuta jest osobą pierwszego kontaktu i jakość udzielanych przez niego usług determinuje dobrostan pacjenta[503]. Przekazywanie pacjentom informacji o działaniach niepożądanych leków OTC – oraz ich interakcji między sobą, jak również interakcji z lekami wydawanymi z przepisu lekarza jest szczególnie ważne ze względu na bezpieczeństwo farmakoterapeutyczne pacjenta oraz również podnosi standardy opieki zdrowotnej[504].

[502] M. Drozd, S. Ciećko, *Ocena jakości usług farmaceutycznych podczas realizacji recepty lekarskiej*, „Farmacja Polska" 2016, 72 (6), s. 351.
[503] K. Żak, *Wpływ niedoborów…*, dz. cyt., s. 264.
[504] M. Drozd, *Jakość usług świadczonych w aptekach ogólnodostępnych*, aptekarz.pl, 2016. Pobrano z: https://aptekarz.pl (dostęp: 5.08.2022).

3.2. Środowiskowe unormowania aktywności rynkowej jako aktywności społecznie odpowiedzialnej

Zmieniające się warunki wykonywania zawodu farmaceuty, wynikające z wciąż powiększającej się liczby aptek na rynku, przyczyniły się do wzrostu natężenia procesów konkurencyjnych. Cechą konstytutywną konkurencji jest operowanie na płaszczyźnie konfliktu, który stanowi naturalny symptom dążenia do zaspokojenia ograniczonej liczby nabywców na danym rynku i jest powszechnie występującym zjawiskiem interakcji między podmiotami. Coraz większe znaczenie w grze rynkowej ma znajomość praw i reguł ekonomicznych oraz prowadzenie działań marketingowych, jednakże dla zawodu, który przede wszystkim wypełnia funkcję społeczną, nie powinny one stanowić priorytetu[505]. Wykonywanie zawodu farmaceuty stanowi kluczowy aspekt społecznie odpowiedzialnej aktywności rynkowej apteki ogólnodostępnej, aktywnie wpisującej się w koncepcję społecznej odpowiedzialności biznesu.

Społeczna odpowiedzialność biznesu (ang. *Corporate Social Responsibility* – CSR) swoim rodowodem sięga XIX w., jednak dopiero od poł. XX w. można mówić o jej właściwym znaczeniu[506]. Początkowo społeczna odpowiedzialność biznesu obejmowała wiele różnych postaci aktywności ekonomicznej, prawnej oraz charytatywnej w działalności biznesowej[507]:

- koncentrację wyłącznie na osiąganiu korzyści ekonomicznych (M. Friedman[508]);
- wyjście poza osiąganie korzyści ekonomicznych (K. Davis[509], J. Backman[510]);
- wyjście poza osiąganie korzyści ekonomicznych i spełnianie wymagań prawnych (J.W. McGuire[511]);

---

[505] Por. A. Zimmermann, *Wpływ uregulowań prawnych na sytuację aptekarstwa w Polsce na początku XXI wieku*, praca doktorska wykonana w samodzielnej pracowni farmacji społecznej Akademii Medycznej w Gdańsku, Gdańsk 2007, s. 70.

[506] K. Żak, *Rola i zadania apteki ogólnodostępnej w koncepcji społecznej odpowiedzialności biznesu*, [w:] Rosa G., Smalec A. (red.), *Marketing przyszłości. Trendy. Strategie. Instrumenty. Wybrane aspekty marketingu w handlu i usługach* (533–548), „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego" nr 776, „Problemy zarządzania, finansów i marketingu" nr 31, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2013, s. 533.

[507] A.B. Carroll, *A three-dimensional conceptual model of corporate social performance*, "Academy of Management Review" 1979, 4 (4), p. 488–499.

[508] M. Friedman, *Capitalism and freedom*, University of Chicago Press, Chicago 1962, p. 133.

[509] K. Davis, *Can business afford to ignore social responsibilities?*, "California Management Review" 1960, 2 (3), p. 70–76.

[510] J. Backman, *Social responsibility and accountability*, New York University Press, New York 1975, p. 2.

[511] J.W. McGuire, *Business and society*, McGraw-Hill, New York 1963, p. 144.

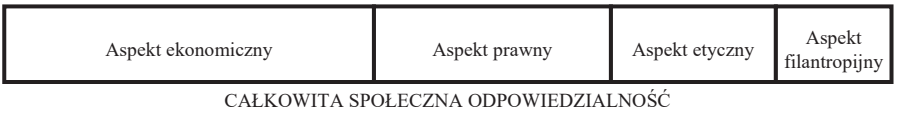
– działalność charytatywną (H. Manne[512]);
– działalność opartą na osiąganiu korzyści ekonomicznych, spełnianiu wymagań prawnych oraz aktywność charytatywną (G.A. Steiner[513]);
– ciągle rozszerzające się „koncentryczne koła" (Committee for Economic Development[514], K. Davis i R.L. Blomstrom[515]);
– szeroką troskę o system społeczny (R. Eells i C. Walton[516]);
– odpowiedzialność w licznych obszarach problemów społecznych (R.D. Hay, E.R. Gray i J.E. Gates[517]);
– zmierzanie w kierunku społecznej wrażliwości (R.W. Ackerman i R.A. Bauer[518], S.P. Sethi[519]).

Koncepcje społecznej odpowiedzialności biznesu opierają się na rozszerzonym zakresie odpowiedzialności. Przedsiębiorstwa w działalności rynkowej ponoszą nie tylko odpowiedzialność ekonomiczną i prawną, lecz również społeczną, która sprowadza się do podnoszenia standardów etycznych w celu zaspokojenia potrzeb możliwie największej liczby interesariuszy.

Społeczna odpowiedzialność biznesu nie operuje jednoznaczną definicją ani w literaturze przedmiotu, ani w praktyce rynkowej. Najczęściej określana jest jako działanie prospołeczne, nastawione na podejmowanie lub wspieranie ważnych społecznie inicjatyw, udzielanie pomocy, czynienie dobra innym podmiotom gospodarczym, instytucjom, społeczności, niezależnie od przyjętej perspektywy czasowej oczekiwania na korzyści[520]. Działania podejmowane w ramach CSR powinny mieć charakter dobrowolny i być wymierzone w konkretnych interesariuszy: pracowników, przedstawicieli otoczenia biznesu (klientów zewnętrznych, inwestorów, kontrahentów) bądź

[512] H. Manne, H.C. Wallich, *The modern corporation and social responsibility*, "American Enterprise Institute for Public Policy Research" 1972, Washington D.C., p. 5.
[513] G.A. Steiner, *Business and society*, 2nd edition, Random House, New York 1975, p. 169.
[514] Committee for Economic Development, *Social responsibilities of business corporations*, Committee for Economic Development, New York 1971, p. 15.
[515] K. Davis, R.L. Blomstrom, *Business and society: Environment and responsibility*, 3rd edition, McGraw-Hill, New York 1975.
[516] R. Eells, C. Walton, *Conceptual foundations of business*, Richard D. Irwin, Homewood 1961, p. 457–458.
[517] R.D. Hay, E.R. Gray, J.E. Gates, *Business and society*, Southwestern Publishing, Cincinnati 1976, p. 15–16.
[518] R.W. Ackerman, R.A. Bauer, *Corporate social responsiveness*, Reston Publishing, Reston 1976, p. 6.
[519] S.P. Sethi, *Dimensions of corporate social responsibility*, "California Management Review" 1975, 17 (3), p. 58–64.
[520] G. Bartkowiak, *Społeczna odpowiedzialność biznesu w aspekcie teoretycznym i empirycznym*, Difin, Warszawa 2011, s. 20.

makrootoczenia, a także szeroko rozumianego środowiska[521]. A.B. Carroll wskazuje, że społeczna odpowiedzialność biznesu obejmuje ekonomiczne, prawne, etyczne i filantropijne oczekiwania, których społeczeństwo domaga się od organizacji w danej chwili[522]. Według tej koncepcji można wyodrębnić cztery wymiary społecznej odpowiedzialności biznesu: ekonomiczny, prawny, etyczny i filantropijny (rysunek 46).



Rysunek 46. Kategorie społecznej odpowiedzialności biznesu
Źródło: A.B. Carroll, *A three-dimensional…*, dz. cyt., s. 499.

Podstawowym wymiarem każdego biznesu jest odpowiedzialność ekonomiczna, czyli dostarczanie (sprzedaż) społeczeństwu produktów z odpowiednim zyskiem. Społeczeństwo oczekuje od przedsiębiorców, że ich działalność ekonomiczna będzie prowadzona w zgodzie z prawem oraz normami i ogólnie akceptowanymi wartościami etycznymi. Wymiar odpowiedzialności filantropijnej według A.B. Carrolla stanowi ukoronowanie społecznej odpowiedzialności biznesu i polega na bezinteresownej pomocy udzielanej różnym instytucjom i społecznościom w zgodzie z ideą dobroczynności biznesu[523]. Zatem najczęściej społeczna odpowiedzialność biznesu jest charakteryzowana czterema wymiarami: moralno-etycznym, ekonomicznym, ukierunkowanym na relacje podmiotów gospodarczych z otoczeniem oraz społecznym[524]. Nie powinna być ona domeną wyłącznie dużych przedsiębiorstw, ponieważ małe i średnie podmioty, z uwagi na ich liczebność, silnie oddziałują na rynek pracy oraz mają udział większościowy w zaspokajaniu potrzeb klientów.

W aktywności rynkowej istotne są wszystkie komponenty społecznej odpowiedzialności biznesu, jednak ich siła i zakres oddziaływania w odniesieniu do funkcjonowania aptek ogólnodostępnych powinny być inne niż w przypadku przedsiębiorstw produkcyjnych. Praktyka apteczna pokazuje, że istotność komponentów prawnego, etycznego (moralno-etycznego) i filantropijnego jest tak samo ważna, jak wartość komponentu ekonomicznego (tabela 19).

[521] Tamże, s. 21–21.
[522] A.B. Carroll, *The pyramid of corporate social responsibility: toward the moral management of organizational stakeholders*, "Business Horizons" 1991, 34 (4), p. 39–48.
[523] A.B. Carroll, *A three-dimensional…*, dz. cyt., s. 500.
[524] G. Bartkowiak, *Społeczna odpowiedzialność…*, dz. cyt., s. 22.

Tabela 19. Komponenty społecznie odpowiedzialnej działalności apteki

KOMPONENT	RODZAJ AKTYWNOŚCI SPOŁECZNIE ODPOWIEDZIALNEJ
Odpowiedzialność ekonomiczna	– działania ukierunkowane na maksymalizację wartości w długim okresie i zysku w okresie krótkim; – zobowiązanie do zoptymalizowanych działań operacyjnych zapewniających najwyższy zysk, jaki jest możliwy do osiągnięcia, oraz pozyskanie jak największej liczby klientów; – poprawianie pozycji konkurencyjnej; – poprawianie efektywności operacyjnej; – postrzeganie jako przedsiębiorstwo rentowne, przynoszące zyski
Odpowiedzialność prawna	– działalność zgodna z interesem państwa i z obowiązującym systemem prawnym; – podporządkowanie się regulacjom prawnym (prawa wspólnotowego, krajowego, lokalnego); – postrzeganie jako przedsiębiorstwo przestrzegające prawa; – postrzeganie jako przedsiębiorstwo wypełniające zadania i obowiązki zgodnie z prawem; – świadczenie usług według najwyższych standardów prawa farmaceutycznego (według aktualnego stanu wiedzy medycznej w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta w związku ze stosowaniem produktów farmaceutycznych); – dostarczanie towarów i usług, które spełniają podstawowe standardy prawa; – udzielanie usług przez personel fachowy w granicach jego uprawnień zawodowych
Odpowiedzialność etyczna	– działalność w zgodzie z oczekiwaniami społeczeństwa oraz zasadami etyki i deontologii zawodowej; – rozpoznawanie, respektowanie i rozwijanie norm moralno-etycznych przyjętych przez społeczeństwo; – zapobieganie dewaluacji zasad etycznych w toku realizacji celów przedsiębiorstwa; – postrzeganie jako przedsiębiorstwo działające w zgodzie z zasadami moralno-etycznymi; – rozpoznawanie, kiedy integralność i działania przedsiębiorstwa wykraczają poza granice obowiązujących norm i zasad moralno-etycznych
Odpowiedzialność filantropijna*	– prowadzenie działalności filantropijnej i charytatywnej w zgodzie z oczekiwaniami społeczeństwa; – wspieranie przedsięwzięć prozdrowotnych; – udział menedżerów i pracowników w działalności charytatywnej na rzecz lokalnej społeczności; – wspieranie prywatnych i publicznych placówek oświatowych; – wspieranie projektów, które podnoszą „jakość życia”

* Regulacje polskiego prawa farmaceutycznego w zakresie aktywności reklamowej i interpretacyjne rozszerzenie zakazu na pozostałą aktywność marketingową znacznie utrudniają stosowanie działań w ramach wymiaru filantropijnego.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: A.B. Carroll, *The pyramid of corporate…*, dz. cyt., s. 39–48.

Dokonując analizy aktywności rynkowej aptek ogólnodostępnych, zauważyć należy, że wraz ze wzrostem natężenia rynkowej walki konkurencyjnej, nie zawsze pozostającej w zgodzie ze zmieniającymi się regulacjami prawnymi, obserwuje się częste łamanie przez farmaceutów zasad, reguł i norm zawartych w kodeksie farmaceutycznej etyki zawodowej, co przekłada się na jakość udzielanych usług farmaceutycznych i charakter aktywności rynkowej. Choć kodeksy etyczne same w sobie są uznawane za czynniki hamujące działalność marketingową, to nie można z tego względu usprawiedliwiać łamania postanowień w nich zawartych[525]. Etyka zawodowa jest teorią odpowiedzialnej, a więc moralnie dobrze realizowanej pracy, wykonywanej dzięki kompetencjom warunkującym efektywną pracę. Zasady postępowania przedstawicieli zawodów zaufania publicznego zostały wyraźnie wyznaczone z norm formułowanych już w starożytności i stanowiły jeden z zasadniczych elementów przygotowania do profesjonalnego wykonywania obowiązków[526]. Istota komponentu etycznego została dostrzeżona przez ustawodawcę, który wprowadził do systemu prawa farmaceutycznego regulacje normujące etyczną stronę przedsiębiorczości aptekarskiej. Stanowi to celowy zabieg, aby wprowadzając zasady moralne do przepisów prawnych, określić treść prawa i sposób jego stosowania[527].

3.2.1. Kodeks etyki zawodowej

Branżowe kodeksy etyczne określają zasady etyki i deontologii zawodowej. Etyka, określana często jako nauka o moralności, stanowi zbiór zasad moralnych przyjętych i obowiązujących w danej zbiorowości społecznej na przestrzeni dziejów. Etyka zawodowa natomiast jest zbiorem norm stanowiących konkretyzację ogólnych norm moralnych, określających szczegółowe sytuacje, w jakich znaleźć się mogą przedstawiciele danej grupy zawodowej. Centrum zainteresowania deontologii, czyli nauki o powinnościach, jest z kolei identyfikacja czynników decydujących o moralnej wartości czynów ludzkich. Kodeks etyczny zatem jest swojego rodzaju katalogiem moralnych standardów zachowań, opisującym sposoby postępowania w codziennych sytuacjach. Stanowi skonstruowany w sposób zrozumiały i jasny zbiór reguł opisujących właściwe sposoby zachowania.

---

[525] Ph. Kotler, R.A. Connor Jr., *Marketing Professional Services*, "Journal of Marketing" 1977, 41 (1), p. 71–76.

[526] W. Drzeżdżon, *Etyczne aspekty pracy zawodowej. Wybrane zagadnienia*, „Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość" 2013, t. 10, s. 21–35.

[527] T. Chauvin, T. Stawecki, P. Winczorek, *Wstęp do prawoznawstwa*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2011, s. 45.

Użycie nazwy „kodeks" sugeruje akt prawny, którym kodeks etyki nie jest, ponieważ powoływany jest do życia przez podmiot nieuprawniony do tworzenia prawa. Zawarte w kodeksie reguły muszą znajdować odzwierciedlenie w regulacjach prawnych, które względem niego mają charakter nadrzędny[528]. Z tego względu w aktach prawnych o randze ustawy znajdują się wskazania nakazujące przestrzeganie zasad i reguł moralno-etycznych. Ustawodawca w ustawie o izbach aptekarskich wyszczególnił, że obowiązkiem farmaceuty jako członka samorządu aptekarskiego jest[529]:

- przestrzegać zasad etyki i deontologii zawodowej;
- godnie zachowywać się i sumiennie wykonywać swoje obowiązki zawodowe;
- zachować w tajemnicy wiadomości dotyczące zdrowia pacjenta, uzyskane w związku z wykonywaniem zawodu.

Na poziomie wspomnianej ustawy zostały określone również zasady odpowiedzialności zawodowej farmaceuty za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz przepisami prawa dotyczącymi wykonywania zawodu[530]. Warunkiem uzyskania przez farmaceutę prawa wykonywania zawodu jest wykazanie nienagannej postawy etycznej oraz odpowiednie dotychczasowe zachowanie, które daje rękojmię prawidłowego wykonywania zawodu farmaceuty oraz przestrzegania zasad etyki i deontologii opracowanych przez Krajowy Zjazd Aptekarzy[531]. Zawód farmaceuty zatem jest związany nie tylko z przestrzeganiem prawa, lecz również z poszanowaniem zasad moralno-etycznych, ujętych w korporacyjnym kodeksie etycznym.

Farmaceutów obowiązuje Kodeks Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej uchwalony 22 stycznia 2012 r. przez VI Krajowy Zjazd Aptekarzy, który jest kolejnym dokumentem określającym zasady etyki i deontologii zawodowej oraz charakteryzującym zasady, reguły i normy przedsiębiorczości aptekarskiej[532]. Pierwotna wersja kodeksu, uchwalona w dniu 25 kwietnia 1993 r. na Nadzwyczajnym Krajowym Zjeździe Aptekarzy w Lublinie, normowała zasady postępowania wobec chorego, nauki, zawodu, członków

[528] A. Zimmermann, *Prawo farmaceutyczne. Kodeks Etyki Aptekarza RP – kształcenie ustawiczne farmaceutów. Materiały dydaktyczne do kursu*, Education & Art – Professional Project, Wrocław 2014, s. 29.

[529] Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich, Dz.U. z 1991 r. Nr 41, poz. 179, ze zm., art. 21.

[530] Tamże, art. 45.

[531] Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, Dz.U. z 2021 r., poz. 97, ze zm., art. 13.

[532] K. Żak, *Działania marketingowe*…, dz. cyt., s. 127.

zawodu, pracowników innych zawodów ochrony zdrowia oraz wobec społeczeństwa[533]. Kodeks ten został znowelizowany w dniu 11 grudnia 1999 r. przez III Krajowy Zjazd Aptekarzy[534]. Mimo to nie zapisał się chlubnie w samorządowej historii, ponieważ zawierał normy, które zostały uznane w 2000 r. przez SN za niedozwolone praktyki monopolistyczne[535].

Uchwalenie zasad etyki i deontologii zawodowej należy do kompetencji Krajowego Zjazdu Aptekarzy, który jest najwyższą władzą samorządu zawodu farmaceuty, o czym stanowi ustawa o izbach aptekarskich[536]. Obowiązujący od 2012 r. nowy Kodeks Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej precyzuje normy prawne, określone przez ustawodawcę w systemie prawa, aby zminimalizować możliwość wystąpienia niewłaściwej jego interpretacji. Na podstawie uchwały Krajowego Zjazdu Aptekarzy Kodeksowi Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej nadano następującą strukturę[537]:

1) Część ogólna (art. 1–5);
2) Część szczegółowa (art. 6–29):
   - Rozdział I: Aptekarz wobec pacjenta (art. 6–13),
   - Rozdział II: Zasady postępowania wobec zawodu, nauki i samorządu (art. 14–23),
   - Rozdział III: Zasady postępowania wobec społeczności zawodowej i współobywateli (art. 24–27),
   - Rozdział IV: Przepisy końcowe (art. 28–29).

Wyodrębnienie w katalogu wskazań, powinności moralnych, obowiązków, umiejętności oraz kompetencji zawodowych farmaceuty, odnoszących się bezpośrednio do pacjenta i współobywateli, jak również wyróżnienie zasad postępowania wobec zawodu, nauki i samorządu oraz społeczności zawodowej uwypukla społeczny charakter zawodu farmaceuty i apteki – placówki

[533] Uchwała Nr 3 Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Aptekarzy z dnia 25 kwietnia 1993 r. w sprawie przyjęcia Kodeksu Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej. Przed kodeksem z 1993 r. dokumentem wiążącym dla sądów aptekarskich orzekających w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej był *Zbiór zasad etyczno-deontologicznych polskiego farmaceuty*. Por. Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich, Dz.U. z 1991 r. Nr 41, poz. 179, ze zm., art. 70.

[534] Uchwała Nr III/10/99 III Krajowego Zjazdu Aptekarzy z dnia 11 grudnia 1999 r. w sprawie zmiany Kodeksu Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej.

[535] A. Zimmermann, *Art. 27. [Pragmatyki zawodowe farmaceuty]. Teza 26*, [w:] Zimmermann A. (red.), *Zawód farmaceuty. Komentarz praktyczny*, Wolters Kluwer, Warszawa 2021, s. 250.

[536] Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich, Dz.U. z 1991 r. Nr 41, poz. 179, ze zm., art. 35, 37 ust. 1.

[537] Uchwała Nr VI/25/2012 VI Krajowego Zjazdu Aptekarzy z dnia 22 stycznia 2012 r., Biuletyn Nr VI/1/2012 Naczelnej Rady Aptekarskiej.

ochrony zdrowia publicznego. Wszyscy członkowie samorządu aptekarskiego są zobowiązani do przestrzegania zasad etyki i deontologii zawodowej, natomiast technicy farmaceutyczni i osoby nieposiadające wykształcenia farmaceutycznego („niefarmaceuci"), którzy są właścicielami aptek, nie są do tego zobowiązani, co niewątpliwie prowadzi do szczególnego paradoksu etycznego[538]. W aptece świadczeniem usług farmaceutycznych zajmują się farmaceuci, których obowiązuje kodeks, oraz technicy farmaceutyczni, którzy regulacjom kodeksu etyki nie podlegają. Ustawodawca w systemie prawa farmaceutycznego nie zobowiązał osób nieposiadających wykształcenia farmaceutycznego do przestrzegania zasad etyki, co może wywoływać problemy w sytuacji, kiedy właścicielem apteki jest „niefarmaceuta". W praktyce aptecznej często pojawiają się patologie w procesie świadczenia usług farmaceutycznych, spowodowane wyłącznie orientacją na sprzedaż i realizacją celów komercyjnych[539]. Przykładowo w spółce prawa handlowego, którą prowadzi osoba nieposiadająca wykształcenia farmaceutycznego, etyką zawodową związany jest kierownik apteki i jego niektórzy podwładni, czyli tylko magistrowie farmacji[540].

Normy ujęte w Kodeksie Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej obowiązują farmaceutów – aptekarzy i farmaceutów niebędących aptekarzami. Odniesienie do aptekarzy jest zawarte w nazwie kodeksu (Kodeks Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej), preambule („wymienione w kodeksie zasady postępowania obowiązują wszystkich czynnych zawodowo aptekarzy") i jego treści (art. 1–28). Postanowienia Kodeksu Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej stosuje się odpowiednio do osób wykonujących zawód farmaceuty, niebędących aptekarzami, co zostało zawarte w art. 29 kodeksu. Normy kodeksu przedstawiają zasady, które powinny obowiązywać[541]:

- we wzajemnych stosunkach między farmaceutą a pacjentem;
- w stosunkach koleżeńskich pomiędzy farmaceutami;
- w praktyce aptekarskiej;
- w relacjach pomiędzy farmaceutą a przemysłem;
- wobec nauki, zawodu, samorządu;
- wobec społeczeństwa.

Zadaniem norm etycznych zawartych w kodeksie powinno być zabezpieczenie przedstawicieli zawodu przed zagrożeniami moralnymi i pokusami,

[538] A. Zimmermann, *Prawo farmaceutyczne*…, dz. cyt., s. 29.
[539] Por. mgr.farm, *Byłam pracownikiem apteki sieciowej*, cz. 1–3, 2015. Pobrano z: https://mgr.farm/ (dostęp: 7.08.2022).
[540] A. Zimmermann, *Art. 27. [Pragmatyki zawodowe farmaceuty]. Teza 30…*, dz. cyt., s. 251.
[541] A. Zimmermann, *Prawo farmaceutyczne*…, dz. cyt., s. 30–31.

uchronienie przed możliwością nadużyć moralnych wiążących się z charakterem ich pracy zawodowej oraz rozwiązywanie pojawiających się konfliktów[542]. Podstawowe normy etyczne ujęte w Kodeksie Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej przedstawiono w tabeli 20.

Tabela 20. Podstawowe normy etyczne Kodeksu Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej

ROZDZIAŁ	ARTYKUŁ	TREŚĆ
CZĘŚĆ OGÓLNA		
Rozdział I APTEKARZ WOBEC PACJENTA	Art. 1	– Aptekarza obowiązują, wypracowane przez pokolenia, zasady etyki ogólnoludzkiej; – zasady etyki ogólnoludzkiej zobowiązują Aptekarza do przestrzegania praw człowieka i dbania o godność zawodu, którego członkiem staje się on w chwili otrzymania prawa jego wykonywania; – każde zachowanie Aptekarza podważające zaufanie do zawodu jest naruszeniem godności tego zawodu; – naruszeniem godności zawodu jest w szczególności każde zachowanie Aptekarza, które wykracza poza dobro nadrzędne, jakim jest dobro pacjenta – jednostki jedynej i niepowtarzalnej
	Art. 2	– powołaniem Aptekarza jest troska o osoby powierzone jego umiejętnościom fachowym; – Aptekarz nie może posługiwać się swą wiedzą i sprawnością zawodową w zachowaniach sprzecznych ze swoim zawodowym powołaniem
	Art. 3	– Aptekarz, będąc osobiście odpowiedzialnym za wykonywaną pracę, jest wolny w podejmowaniu swoich zachowań, zgodnie ze swym sumieniem i współczesną wiedzą medyczną; – mechanizmy rynkowe, naciski społeczne lub wymagania administracyjne nie zwalniają Aptekarza z przestrzegania zasad etyki zawodu
	Art. 4	– szacunek dla chorego powinien wyrażać się w jednakowym wykonywaniu przez Aptekarza czynności zawodowych wobec każdego, kto korzysta z umiejętności Aptekarza – bez względu na wiek, płeć, rasę, wyposażenie genetyczne, narodowość, wyznanie, przynależność społeczną, sytuację materialną, poglądy polityczne lub inne okoliczności
	Art. 5	– znając wagę swego zawodu, Aptekarz dba o budowanie i autorytet samorządu zawodowego; – obowiązkiem Aptekarza jest aktywne uczestnictwo w działalności samorządowej i pozytywne kształtowanie jego wizerunku wśród członków zawodu i w społeczeństwie

[542] Tamże, s. 31.

ROZDZIAŁ	ARTYKUŁ	TREŚĆ
CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA		
	Art. 6	– Aptekarz sprawuje swe obowiązki wobec pacjenta ze zrozumieniem odpowiedzialności za zdrowie i życie człowieka; – Aptekarz nie może tłumaczyć przekroczenia zasad etyki i godności zawodu powoływaniem się na sugestie lub wymagania pacjenta
	Art. 7	– stosunek Aptekarza do pacjenta oparty jest na zaufaniu; – Aptekarz używa swej całej wiedzy i umiejętności dla przekazania pacjentowi odpowiednich w jego dolegliwościach środków leczniczych, dbając przy tym o przekazanie mu rzetelnej, pełnej i zrozumiałej informacji o produktach leczniczych i wyrobach medycznych; – Aptekarz dba o to, aby czynności zastrzeżone dla Aptekarza były wykonywane tylko przez osoby uprawnione
	Art. 9	– Aptekarz odmawia wykonania czynności zawodowych, jeżeli warunki wykonywania pracy nie gwarantują jakości sporządzanego lub wydawanego leku
	Art. 10	– Aptekarz zachowuje w tajemnicy wszystko, o czym dowiedział się w trakcie lub w związku z wykonywaniem czynności zawodowych. Zwolnienie z tajemnicy zawodowej może nastąpić jedynie w przypadkach określonych prawem
	Art. 11	– Aptekarz nie może wobec pacjenta wypowiadać opinii dyskredytujących terapeutyczne postępowanie lekarza, podrywających zaufanie do apteki jako instytucji, a także krytycznych uwag dotyczących produktów leczniczych
	Art. 12	– w sytuacjach zagrażających życiu pacjenta Aptekarz może wydać lek według swej najlepszej wiedzy zawodowej
Rozdział II ZASADY POSTĘPOWANIA WOBEC ZAWODU, NAUKI I SAMORZĄDU	Art. 14	– Aptekarz ceni i szanuje swój zawód oraz chroni jego godność; – świadom ciągłego postępu w nauce, Aptekarz stale doskonali swoje umiejętności zawodowe i przekazuje je swoim współpracownikom; – moralnym obowiązkiem Aptekarza jest kształtowanie u rozpoczynających pracę zawodową młodych kolegów wzorców kultury, poszanowania człowieka, nawyku sumienności i odpowiedzialności za wykonaną pracę
	Art. 15	– Aptekarz tworzy opinię o całości zawodu, wobec czego musi powstrzymywać się od jakiegokolwiek zachowania, które mogłyby spowodować naruszenie dobrego imienia pozostałych członków zawodu
	Art. 18	– Aptekarz w każdej sytuacji zawodowej zawiera z pracodawcą lub pracownikiem taką umowę, która gwarantowałaby Aptekarzowi możliwość wykonywania zawodu zgodnie z zasadami określonymi w niniejszym Kodeksie Etyki Aptekarza RP; – stosunki między Aptekarzami opierają się na wzajemnym szacunku, lojalności, koleżeństwie i solidarności. Wzajemna ocena powinna być sprawiedliwa, a bezstronna krytyka przekazywana przede wszystkim osobie zainteresowanej

ROZDZIAŁ	ARTYKUŁ	TREŚĆ
	Art. 19	– Aptekarz nie reklamuje siebie oraz swoich usług. Nie uczestniczy w reklamie usług farmaceutycznych, jak i ich promocji niezgodnej z prawem lub dobrymi obyczajami; – Aptekarz unika działalności przyczyniającej się do zwiększania konsumpcji produktów leczniczych
	Art. 20	– Aptekarze solidarnie i rzetelnie wspierają działalność swego samorządu, którego zadaniem jest zapewnienie należnej pozycji zawodu w społeczeństwie; – podejmując krytykę działania organów samorządu, Aptekarz zobowiązany jest przeprowadzić ją najpierw w swoim środowisku
	Art. 21	– Aptekarz wypełnia obowiązki z najwyższą starannością, kierując się uchwałami i postanowieniami władz oraz dobrze rozumianymi zadaniami i interesami samorządu
Rozdział III ZASADY POSTĘPOWANIA WOBEC SPOŁECZNOŚCI ZAWODOWEJ I WSPÓŁOBYWATELI	Art. 24	– Aptekarz zachowuje dobre obyczaje i dobrą praktykę aptteczną w kontaktach z przedstawicielami przemysłu farmaceutycznego i nie angażuje się w działania mogące narazić autorytet zawodu lub zawieść zaufanie publiczne
	Art. 25	– Aptekarz dba o racjonalną terapię środkami leczniczymi, nie umniejszając praw chorego, a jednocześnie zapobiega nadużywaniu i marnotrawieniu leków; – niedopuszczalne jest pozyskiwanie dochodów w sposób niezgodny z zasadami etyki i deontologii zawodu
	Art. 26	– Aptekarz nie przekracza swoich kompetencji w zakresie wykonywania usług, do których nie jest przygotowany merytorycznie; – w razie wątpliwości przy wykonywaniu czynności zawodowych korzysta z konsultacji innego Aptekarza; – udzielanie konsultacji jest obowiązkiem Aptekarza
	Art. 27	– Aptekarz, wykorzystując swe umiejętności zawodowe i pozycję w społeczeństwie, uczestniczy w działaniach na rzecz środowiska naturalnego, szerzy wiedzę o prozdrowotnym sposobie życia oraz bierze udział w przeciwdziałaniu patologiom społecznym
Rozdział IV PRZEPISY KOŃCOWE	Art. 28	– w przypadkach nieprzewidzianych w Kodeksie Etyki Aptekarza RP Aptekarz postępuje zgodnie z zasadami potwierdzonymi w orzecznictwie Naczelnego Sądu Aptekarskiego oraz uchwałach organów samorządu aptekarskiego

Źródło: Kodeks Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej, dz. cyt.

Etyka zawodowa pełni funkcję misyjną, ukierunkowaną na nadawanie zawodom cech posłannictwa (etos zawodowy) oraz promocyjną, zorientowaną na dbałość o społeczny wizerunek danego zawodu. Z punktu widzenia interesu pacjenta istotne jest, aby zasady, reguły i normy zawarte w Kodeksie Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej stanowiły mapę drogową wskazującą

kierunek prowadzonej przez aptekę ogólnodostępną działalności operacyjnej. Należy w tym celu zlikwidować lukę deontologiczną pomiędzy wizerunkiem a tożsamością apteki. Chodzi o to, aby etyczna strona przedsiębiorczości aptekarskiej stała się utrwaloną strategią funkcjonowania apteki, a nie była tylko hasłem wizerunkowym.

3.2.2. Dobra Praktyka Apteczna

Zasady Dobrej Praktyki Aptecznej (ang. *Good Practice Pharmacy*) zostały opisane w 1993 r. w Deklaracji Tokijskiej Międzynarodowej Federacji Farmaceutycznej – FIP (fr. *Fédération Internationale Pharmaceutique*, ang. *International Pharmaceutical Federation*) w formie wytycznych dla krajowych organizacji farmaceutycznych i przyjęte jako oficjalny dokument FIP[543]. Zasady Dobrej Praktyki Aptecznej zostały przyjęte również w Europie w dokumencie Grupy Farmaceutycznej Unii Europejskiej z 1994 r. i dostosowane do potrzeb państw europejskich[544].

Zasady Dobrej Praktyki Aptecznej charakteryzują i dopełniają misję zawodu farmaceuty, wskazując praktyki, które mają przyczyniać się do poprawy stanu zdrowia pacjenta oraz nieść pomoc w racjonalizacji farmakoterapii. Zorganizowane są wokół czterech głównych funkcji (wymiarów)[545]:

- przygotowanie, otrzymywanie, przechowywanie, zabezpieczanie, dystrybuowanie, administrowanie, dozowanie i wydawanie produktów farmaceutycznych;
- zapewnienie skutecznego zarządzania farmakoterapią;
- poprawa działalności zawodowej;
- przyczynianie się do poprawy efektywności systemu opieki zdrowotnej i systemu ochrony zdrowia publicznego.

Każdy wymiar podzielony jest na kilka działań (zadań), a dla każdego działania (zadania) została opracowana lista minimalnych standardów, które powinny zostać ustanowione na poziomie krajowych organizacji farmaceutycznych. Zasadami Dobrej Praktyki Aptecznej powinni kierować się aptekarze w swojej pracy, albowiem opisują one sposoby udziału farmaceutów w poprawie dostępu do opieki zdrowotnej, promocji zdrowia i właściwego stosowania leków. Zatem Dobra Praktyka Apteczna odpowiada

[543] Z. Niewójt, *Zasady Dobrej Praktyki Aptecznej*, [w:] *Apteka Plus. Prawo i Zarządzanie*, B 1.14, Wydawnictwo dr Josef Raabe Spółka Wydawnicza Sp. z o.o., Warszawa 2003, s. 4.
[544] J. Łazowski, *Podstawy opieki…*, dz. cyt., s. 130.
[545] K. Żak, *Działania marketingowe*…, dz. cyt., s. 131.

oczekiwaniom klientów aptek, którzy korzystają z usług farmaceutycznych poprzez zapewnianie im optymalnej, opartej na dowodach naukowych opieki farmaceutycznej[546].

Zasady Dobrej Praktyki Aptecznej precyzują wymagania odnoszące się do spełniania społecznej misji apteki, koncentrując się na zabezpieczeniu poufności porozumiewania się z pacjentem, odpowiednim poziomie wiedzy farmaceuty i odpowiedzialności wobec zawodu i pacjenta oraz na zapewnieniu nadzoru nad racjonalizacją farmakoterapii. Proklamują działania wpisujące się w kanon zasad, reguł i norm moralno-etycznych, określonych w farmaceutycznym kodeksie etyki zawodowej. Podkreślić przy tym należy, że Dobra Praktyka Apteczna nie ma charakteru obligatoryjnych norm prawnych, co w praktyce oznacza, że w przypadku wystąpienia kolizji z aktem prawnym pierwszeństwo stosowania będą miały źródła prawa powszechnie obowiązującego. Dobra Praktyka Apteczna bowiem ma strukturę zalecenia, przez co nie ma środków prawnych gwarantujących jej przestrzeganie oraz sankcji za postępowanie sprzeczne z jej zasadami. Niemniej jednak zauważyć należy, że wiele zasad Dobrej Praktyki Aptecznej zaimplementowano do krajowego systemu prawa farmaceutycznego. Świadczy to o dużej „sile przebicia" samorządu zawodu aptekarskiego, który nakłonił ustawodawcę do wprowadzania zmian w procesie świadczenia usług farmaceutycznych, co znacznie podniosło standard ich udzielania w aptece ogólnodostępnej.

3.2.3. Standardy Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej

Bezpieczeństwo obrotu produktami farmaceutycznymi jest na tyle istotne, że wskutek zabiegów samorządu zawodu aptekarskiego wprowadzono do systemu prawa farmaceutycznego wymagania Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej. Ustawodawca zauważył bowiem, że występowanie zjawisk patologicznych w obrocie produktami leczniczymi wymaga podjęcia działań naprawczych w celu zapewnienia odpowiedniego przechowywania i dystrybucji produktów leczniczych, jakości i integralności produktów leczniczych oraz zapobiegania wprowadzaniu sfałszowanych produktów leczniczych do legalnego łańcucha dostaw. Z tego względu zobowiązał ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia, wymagań Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej[547].

---

[546] A. Zimmermann, *Art. 27. [Pragmatyki zawodowe farmaceuty]. Teza 20…*, dz. cyt., s. 247.

[547] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 79.

Wymagania Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej dotyczące przedsiębiorców prowadzących obrót hurtowy produktami leczniczymi stanowią załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wymagań Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej[548]. Przedsiębiorcy prowadzący obrót hurtowy produktami leczniczymi zostali zobligowani do zastosowania w praktyce dystrybucyjnej systemu jakości, określającego obowiązki, procesy i zasady zarządzania ryzykiem związanych z ich działalnością. System jakości, za który odpowiedzialne są osoby kierujące przedsiębiorstwem, powinien jasno definiować działania podejmowane w zakresie dystrybucji i zapewniać ich systematyczny przegląd oraz udokumentować, a w uzasadnionych przypadkach zwalidować kluczowe dla jakości produktów leczniczych etapy procesów dystrybucji i ich istotne zmiany[549]. System jakości opiera się na następujących założeniach[550]:

1) system jakości obejmuje strukturę organizacyjną, procedury, procesy i zasoby, a także działania niezbędne do zapewnienia, że dostarczony produkt leczniczy utrzymuje jakość oraz pochodzi z legalnego źródła dostaw i pozostaje w legalnym łańcuchu dostaw podczas przechowywania i transportu;
2) system jakości jest udokumentowany, monitoruje się jego skuteczność, a działania z nim związane są zdefiniowane i udokumentowane w księdze jakości w postaci papierowej lub elektronicznej;
3) przedsiębiorca wyznacza osobę odpowiedzialną za wprowadzenie i stosowanie systemu jakości oraz nadaje tej osobie wystarczające i jasno określone kompetencje;
4) przedsiębiorca zapewnia kompetentny personel do obsługi wszystkich elementów systemu jakości, a także przeznacza na jego potrzeby odpowiednie pomieszczenia i wyposażenie;
5) przy tworzeniu lub zmianach systemu jakości należy brać pod uwagę skalę, strukturę i złożoność działalności przedsiębiorcy;
6) przedsiębiorca wprowadza skuteczny system kontroli zmian, zgodny z procedurami zarządzania ryzykiem w zakresie jakości;

[548] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2015 r. w sprawie wymagań Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej, Dz.U. z 2015 r., poz. 381, ze zm.

[549] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2015 r. w sprawie wymagań Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej, Dz.U. z 2015 r., poz. 381, ze zm., załącznik: Wymagania Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej dotyczące przedsiębiorców prowadzących obrót hurtowy produktami leczniczymi, z wyłączeniem produktów leczniczych weterynaryjnych oraz pośredników w obrocie produktami leczniczymi, pkt 1.1.

[550] Tamże, pkt 1.2.

7) system jakości zapewnia:
   – zamawianie, dostawę, przyjmowanie, przechowywanie, wydawanie lub wysyłkę produktów leczniczych w sposób zgodny z wymogami Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej, zwanej dalej „GDP”,
   – jasne określenie zakresu obowiązków i uprawnień kierownictwa,
   – dostarczanie produktów leczniczych uprawnionym odbiorcom w odpowiednim terminie,
   – bieżące dokumentowanie działań,
   – dokumentowanie i badanie odstępstw od ustalonych procedur,
   – podejmowanie działań naprawczych i zapobiegawczych w celu usunięcia odstępstw i zapobiegania im zgodnie z procedurami zarządzania ryzykiem w zakresie jakości.

Strukturę i zakres tematyczny wymagań Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej dotyczących przedsiębiorców prowadzących obrót hurtowy produktami leczniczymi przedstawiono w tabeli 21.

Tabela 21. Wymagania Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej dotyczące przedsiębiorców prowadzących obrót hurtowy produktami leczniczymi

ROZDZIAŁ	TREŚĆ
Rozdział 1. Zarządzanie jakością	– Warunki ogólne – System jakości – Zarządzanie działaniami zlecanymi podmiotom zewnętrznym – Przegląd zarządczy i monitorowanie – Zarządzanie ryzykiem w zakresie jakości
Rozdział 2. Personel	– Warunki ogólne – Osoba Odpowiedzialna – Inny personel – Szkolenia – Higiena
Rozdział 3. Pomieszczenia i sprzęt	– Warunki ogólne – Pomieszczenia – Kontrola temperatury i otoczenia – Sprzęt – Systemy skomputeryzowane – Kwalifikacja i walidacja
Rozdział 4. Dokumentacja	– Warunki ogólne
Rozdział 5. Czynności	– Warunki ogólne – Kwalifikacja dostawców – Kwalifikacja odbiorców – Przyjmowanie produktów leczniczych – Przechowywanie – Niszczenie produktów leczniczych

ROZDZIAŁ	TREŚĆ
	– Kompletowanie dostaw – Dostawy – Eksport do państw trzecich
Rozdział 6. Reklamacje, zwroty, podejrzenia sfałszowania produktów leczniczych, wstrzymanie i wycofanie produktów leczniczych	– Warunki ogólne – Reklamacje – Zwrócone produkty lecznicze – Sfałszowane produkty lecznicze – Wycofanie lub wstrzymanie produktów leczniczych
Rozdział 7. Działania zlecane podmiotom zewnętrznym	– Warunki ogólne – Zleceniodawca – Zleceniobiorca
Rozdział 8. Kontrole wewnętrzne	– Warunki ogólne – Kontrole wewnętrzne
Rozdział 9. Transport	– Warunki ogólne – Transport – Kontenery, pakowanie i etykietowanie – Produkty lecznicze wymagające specjalnych warunków
Rozdział 10. Szczególne warunki dotyczące pośredników w obrocie produktami leczniczymi	– System jakości pośrednika w obrocie produktami leczniczymi – Personel pośrednika – Dokumentacja
Rozdział 11. Szczególne warunki przyjmowania, przechowywania, transportu oraz dokumentowania czynności dotyczących szczepionek przeciw COVID-19*	– Dzielenie opakowań – Dokumentacja – Czynności dzielenia opakowań – Wydawanie i dostarczanie

* Postanowienia rozdziału mają zastosowanie do szczepionek przeciw COVID-19 objętych Narodowym Programem Szczepień przeciw COVID-19, przyjętym na podstawie Uchwały nr 187/2020 Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 2020 r. w sprawie przyjęcia Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19, dystrybuowanych zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 18a ust. 4 Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2021 r., poz. 2069 i 2120 oraz z 2022 r., poz. 64, 655 i 974).

Źródło: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2015 r. w sprawie wymagań Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej, Dz.U. z 2015 r., poz. 381, ze zm., załącznik: Wymagania Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej dotyczące przedsiębiorców prowadzących obrót hurtowy produktami leczniczymi, z wyłączeniem produktów leczniczych weterynaryjnych oraz pośredników w obrocie produktami leczniczymi.

Szczegółowość wymagań Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej dotyczących przedsiębiorców prowadzących obrót hurtowy produktami leczniczymi wskazuje na wysoką troskę władz państwowych ukierunkowaną na podwyższenie standardów jakości obrotu produktami leczniczymi. Jest również

próbą reakcji na patologie pojawiające się w systemie dystrybucji, jak np. odwrócony łańcuch dystrybucji czy fałszowanie produktów leczniczych.

3.2.4. Kodeksowe uwarunkowania marketingu farmaceutycznego

Aktywność marketingowa na rynku farmaceutycznym wzbudza wiele kontrowersji w środowisku farmaceutów, co spowodowane jest powszechnością występowania zjawisk patologicznych w komunikacji marketingowej. Część przedstawicieli środowiska naukowego farmaceutów obarcza marketing o wszelkie zło, jakie jest zauważalne na rynku farmaceutycznym, a stosowanie marketingu traktuje jako „hańbę dostrzeganą publicznie przez całe społeczeństwo", ponieważ „potęguje sprzedaż dla zysku"[551]. Niewłaściwa identyfikacja i interpretacja aktywności marketingowej, oparta na pozorowanej działalności marketingowej i nieuprawnionym użyciu fachowej terminologii, bardzo powszechna na rynku farmaceutycznym, powoduje wiele nieuprawnionych negatywnych opinii o marketingu. Aby ucywilizować i nadać odpowiednie ramy procesowi komunikacji marketingowej, przedstawiciele przemysłu farmaceutycznego opracowali i dobrowolnie przyjęli regulacje promujące dobre praktyki marketingu farmaceutycznego.

Pierwszym dokumentem ustanawiającym uniwersalne zasady etycznego zachowania był stworzony w 1981 r. przez Międzynarodową Federację Producentów Leków i Organizacji – IFPMA (ang. *International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations*) Kodeks Praktyki Marketingu Farmaceutycznego (ang. *Code of Pharmaceutical Marketing Practices*)[552]. Na bazie rozwiązań ujętych w Kodeksie Praktyki Marketingu Farmaceutycznego pod koniec lat 90. ubiegłego wieku został w Polsce stworzony Kodeks Farmaceutycznej Etyki Marketingowej. Pierwsza wersja kodeksu dotycząca produktów leczniczych wydawanych wyłącznie z przepisu lekarza weszła w życie w 1997 r.[553], natomiast druga wersja dotycząca produktów leczniczych dostępnych bez recepty – w 2001 r.

---

[551] J. Masiakowski, *Arogancja „opieki farmaceutycznej"*, „Aptekarz" 2006, 14 (7/8), s. 147.

[552] M. Makowska, *Etyczne standardy marketingu farmaceutycznego*, CeDeWu, Warszawa 2010, s. 100.

[553] Kodeks został podpisany przez Stowarzyszenie Przedstawicieli Firm Farmaceutycznych (obecnie: Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA), Izbę Gospodarczą Farmacja Polska oraz Polską Izbę Przemysłu Farmaceutycznego i Sprzętu Medycznego „Polfarmed". Podczas prac nad nowelizacją kodeksu z porozumienia wystąpiło Stowarzyszenie Przedstawicieli Firm Farmaceutycznych, zamiast którego sygnatariuszem został Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego (M. Makowska, *Etyczne standardy…*, dz. cyt., s. 100).

W 2006 roku powstał Kodeks Farmaceutycznej Etyki Marketingowej stworzony przez Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA, uwzględniający normy zawarte w ustawie Prawo farmaceutyczne oraz w przepisach Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, jak również w Kodeksie Europejskiej Federacji Przemysłu Farmaceutycznego i Stowarzyszeń – EFPIA (ang. *European Federation of Pharmaceutical Industry and Associations*)[554]. Na bazie tego kodeksu powstał Kodeks Dobrych Praktyk Przemysłu Farmaceutycznego, Współpracy z Przedstawicielami Ochrony Zdrowia i Organizacjami Pacjentów[555]. Obecna wersja kodeksu z 2019 r. nosi nazwę „Kodeks Dobrych Praktyk Przemysłu Farmaceutycznego" i ma na celu stworzenie mechanizmu dobrowolnej kontroli prowadzenia reklamy produktów leczniczych wydawanych z przepisu lekarza oraz wspieranie i promocję[556]:

- uczciwej konkurencji;
- rzetelnej i zgodnej z prawem reklamy produktów leczniczych;
- uczciwej i przejrzystej współpracy z przedstawicielami zawodów medycznych, organizacjami ochrony zdrowia i organizacjami pacjentów;
- prowadzenia badań nieinterwencyjnych zgodnie z najwyższymi standardami etycznymi.

Strukturę Kodeksu Dobrych Praktyk Przemysłu Farmaceutycznego przedstawiono w tabeli 22.

Tabela 22. Struktura Kodeksu Dobrych Praktyk Przemysłu Farmaceutycznego

ROZDZIAŁ	TREŚĆ
Rozdział I. Postanowienia ogólne	Artykuł 1. Cele Kodeksu Artykuł 2. Definicje Artykuł 3. Pierwszeństwo prawa stanowionego Artykuł 4. Przedmiot regulacji Kodeksu Artykuł 5. Zastosowanie przedmiotowe Kodeksu Artykuł 6. Zastosowanie podmiotowe Kodeksu Artykuł 7. Zakres odpowiedzialności sygnatariusza Kodeksu

[554] Tamże, s. 101.

[555] Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA, Kodeks Dobrych Praktyk Przemysłu Farmaceutycznego, Współpracy z Przedstawicielami Ochrony Zdrowia i Organizacjami Pacjentów, 2011.

[556] Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA, Kodeks Dobrych Praktyk Przemysłu Farmaceutycznego, 2019. Pobrano z: https://www.infarma.pl/ (dostęp: 8.08.2022).

ROZDZIAŁ	TREŚĆ
Rozdział II. Reklama produktów leczniczych	Artykuł 8. Adresat reklamy Artykuł 9. Ochrona danych osobowych adresata reklamy Artykuł 10. Ogólne zasady reklamy Artykuł 11. Obowiązkowa zawartość reklamy Artykuł 12. Przejrzystość działań reklamowych Artykuł 13. Odpowiedzi na prośby pacjentów o poradę Artykuł 14. Przejrzystość stron internetowych Artykuł 15. Informacje w reklamie Artykuł 16. Dane naukowe w reklamie Artykuł 17. Nieuczciwe powołanie się na dane źródłowe Artykuł 18. Cytaty w reklamie Artykuł 19. Twierdzenia w reklamie Artykuł 20. Obowiązek udostępnienia danych uzasadniających twierdzenie zawarte w reklamie Artykuł 21. Reklama porównawcza Artykuł 22. Próbki
Rozdział III. Przedstawiciele	Artykuł 23. Obowiązek przeszkolenia przedstawiciela Artykuł 24. Obowiązki przedstawiciela
Rozdział IV. Zasady organizacji sympozjów, kongresów oraz innych wydarzeń	Artykuł 25. Obiektywność kryteriów wyboru uczestników wydarzeń oraz zakaz stosowania zachęt Artykuł 26. Miejsce organizacji wydarzeń Artykuł 27. Przejawy gościnności Artykuł 28. Reklama produktów leczniczych poza granicami Polski
Rozdział V. Badania nieinterwencyjne i inne badania	Artykuł 29. Zasady prowadzenia badań nieinterwencyjnych Artykuł 30. Przejrzystość badań Artykuł 31. Obowiązek prowadzenia badania zgodnie z protokołem Artykuł 32. Odpowiedzialność działu medycznego Artykuł 33. Obowiązek zawarcia umowy sponsorowania badań Artykuł 34. Publikowanie informacji o rozpoczęciu badania nieinterwencyjnego Artykuł 35. Zakończenie badania, wyniki badań nieinterwencyjnych Artykuł 36. Warunki prowadzenia innych badań Artykuł 37. Przedstawiciele w badaniach nieinterwencyjnych
Rozdział VI. Zasady postępowania w kontaktach z przedstawicielami zawodów medycznych	Artykuł 38^1. Cel kontaktów z przedstawicielami zawodów medycznych Artykuł 38. Zakaz wręczania prezentów Artykuł 39. Darowizny na rzecz organizacji ochrony zdrowia Artykuł 40. Sponsorowanie przedstawicieli zawodów medycznych Artykuł 41. Świadczenia Organizacji ochrony zdrowia na rzecz sygnatariuszy Kodeksu Artykuł 42. Zatrudnianie konsultantów

ROZDZIAŁ	TREŚĆ
Rozdział VII. Współpraca sygnatariuszy Kodeksu z organizacjami pacjentów	Artykuł 43. Zasady ogólne Artykuł 44. Pisemne umowy Artykuł 45. Wykorzystanie logo i materiałów własnych Artykuł 46. Treść materiałów Artykuł 47. Przejrzystość Artykuł 47a. Świadczenie usług na rzecz sygnatariusza Kodeksu Artykuł 48. Zakaz reklamy Artykuł 49. Zasady finansowania Artykuł 50. Wydarzenia i gościnność Artykuł 51. Niepieniężne formy wsparcia
Rozdział VIII. Rozstrzyganie sporów	Artykuł 52. Sąd dyscyplinarny Artykuł 53. Nadrzędny cel działań Sądu Artykuł 54. Podmioty uprawnione do wniesienia skargi Artykuł 55. Wyłączenia z zakresu kompetencji Sądu Artykuł 56. Żądanie zaprzestania naruszeń Artykuł 57. Sankcje Artykuł 58. Publikacja rozstrzygnięć Sądu
Rozdział IX. Przepisy wykonawcze	Artykuł 59. Przestrzeganie przepisów Kodeksu Artykuł 60. Przystąpienie do Kodeksu Artykuł 61. Wypowiedzenie Kodeksu Artykuł 62. Zmiany postanowień Kodeksu
Załączniki	Oświadczenie o przystąpieniu do Kodeksu Dobrych Praktyk Przemysłu Farmaceutycznego Wytyczne dotyczące stron internetowych dostępnych dla przedstawicieli zawodów medycznych, pacjentów i ogółu społeczeństwa w Unii Europejskiej

Źródło: Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA, Kodeks Dobrych…, dz. cyt., s. 2–3.

Dokonując oceny jakości regulacji, zauważyć należy, że Kodeks Dobrych Praktyk Przemysłu Farmaceutycznego zawiera kompleksowe uregulowania odnoszące się do wszystkich aspektów związanych z aktywnością marketingową, albowiem określa dobre praktyki w zakresie[557]:

- prowadzenia reklamy produktów leczniczych stosowanych u ludzi, dostępnych wyłącznie z przepisu lekarza;
- prowadzenia badań nieinterwencyjnych;
- współpracy z przedstawicielami zawodów medycznych, organizacjami ochrony zdrowia i organizacjami pacjentów;
- przejrzystości stron internetowych, których właścicielami, administratorami lub sponsorami są sygnatariusze kodeksu.

[557] Tamże, art. 4.

Autorzy Kodeksu Dobrych Praktyk Przemysłu Farmaceutycznego podkreślają również, że w przypadku wystąpienia kolizji norm prawnych przepisy prawa powszechnie obowiązującego, normujące zagadnienia będące przedmiotem regulacji kodeksu, mają zawsze pierwszeństwo przed postanowieniami kodeksu[558].

3.3. Aktywność rynkowa a jakość usług apteki

W obecnych realiach rynkowych prowadzenie działalności operacyjnej w oparciu o świadczenie usług farmaceutycznych w aptece ogólnodostępnej jest ściśle związane z działalnością w warunkach wzmożonej konkurencji. Charakter procesów konkurencyjnych wpływa bezpośrednio na kształt systemu zachowań rynkowych podmiotów świadczących usługi farmaceutyczne. Aptekarze prowadząc działalność operacyjną, zaczęli dostrzegać, jak istotną rolę w rynkowej aktywności apteki odgrywają relacje i procesy komunikacji z klientami. Z tego względu zaczęli korzystać z instrumentów oferowanych przez marketing, jednak jego implementacja w praktyce aptecznej spotkała się z negatywnym odbiorem części przedstawicieli zawodu aptekarskiego. Zaczęto bowiem w sposób nieuprawniony łączyć występowanie zjawisk patologicznych z aktywnością marketingową, co stanowi jawne semantyczne nadużycie i wynika z niezrozumienia istoty marketingu[559]. Zatem istotne jest właściwe zdefiniowanie i scharakteryzowanie marketingu jako filozofii wsparcia aktywności rynkowej apteki ukierunkowanej na maksymalizację jakości świadczonych usług farmaceutycznych.

3.3.1. Marketing i ewolucja koncepcji marketingowych

Punktem wyjścia we właściwym zrozumieniu aktywności rynkowej podmiotów świadczących usługi farmaceutyczne jest odpowiedź na pytanie: czym właściwie jest marketing? Odpowiedź na tak postawione pytanie nie jest łatwa z uwagi na dużą różnorodność i wielowymiarowość definicji. Uniwersalne definicje leksykalne pozycjonują marketing jako działania polegające na poznaniu potrzeb konsumentów, ustaleniu wielkości produkcji oraz

[558] Tamże, art. 3 ust. 1.

[559] K. Żak, *Marketingowe podejście do zarządzania a budowanie przewagi konkurencyjnej na aptecznym rynku farmaceutycznym*, [w:] Ratajczyk M. (red.), *Marketing XXI wieku. Konsument – Komunikacja – Przewaga konkurencyjna*, Wydział Ekonomiczny Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Lublin 2019, s. 105.

metod dystrybucji, sprzedaży i reklamy towarów[560]. Z kolei profesjonalne definicje słownikowe określają marketing jako rodzaj aktywności mający na celu zachęcenie konsumentów do zakupu produktów danego przedsiębiorstwa poprzez opracowywanie planów dotyczących dystrybucji towarów oraz reklamy produktów, przy wykorzystaniu badań rynkowych[561]. Najważniejsze definicje w odniesieniu do marketingu w klasyfikacji uwzględniającej podkategorie (aspekt filozoficzno-koncepcyjny, procesowy i systemowy) przedstawiono w tabeli 23.

Tabela 23. Wybrane definicje pojęcia „marketing"

AUTOR (TWÓRCA)	DEFINICJA POJĘCIA „MARKETING"
ASPEKT FILOZOFICZNO-KONCEPCYJNY	
K. Białecki	„marketing to skomplikowany zespół czynników, które musi brać pod uwagę przedsiębiorstwo w celu sprecyzowania swojej oferty na wybranym rynku"
C.P. McNamara	„marketing to filozofia zarządzania biznesem, oparta na powszechnej akceptacji potrzeb dla orientacji na klienta, orientacji na zysk oraz na uznaniu istotnej roli marketingu w przekazywaniu potrzeb rynkowych do wszystkich ważnych działów przedsiębiorstwa"
K. Białecki, J. Borowski, A.H. Krzymiński	„marketing to polityka optymalnego dostosowania przedsiębiorstwa do zmiennych warunków rynku i aktywnego wpływu na rynek dla osiągnięcia celów przedsiębiorstwa"
H. Szulce	„marketing jest powszechnie akceptowaną filozofią prowadzenia biznesu i funkcjonowania przedsiębiorstw, dostrzegającą konieczność orientacji na konsumenta jako podstawy zapewniającej maksymalizację zysków przedsiębiorstwa"
L. Garbarski, I. Rutkowski, W. Wrzosek	„marketing to celowy sposób postępowania na rynku, oparty na zintegrowanym zbiorze instrumentów i działań oraz orientacji rynkowej"
H. Mruk, B. Pilarczyk, M. Sławińska	„marketing to sposób podejścia do biznesu, oparty na założeniu, że najważniejszym celem przedsiębiorstwa jest zaspokajanie potrzeb klienta poprzez proces wymiany"
ASPEKT PROCESOWY	
I. Nawotny	„marketing jest procesem zarządzania odpowiedzialnym za identyfikowanie, przewidywanie i spełnianie życzeń klienta prowadzącym do uzyskania przez przedsiębiorstwo zysku"
P. Doyle	„marketing jest procesem zarządczym ukierunkowanym na maksymalizację zwrotów dla udziałowców poprzez utrwalanie relacji z cenionymi klientami i tworzenie przewagi konkurencyjnej"

[560] M. Bańko, *Wielki słownik wyrazów obcych PWN*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010, s. 789.

[561] J. Black, *Słownik*…, dz. cyt., s. 230.

AUTOR (TWÓRCA)	DEFINICJA POJĘCIA „MARKETING”
Ph. Kotler, G. Armstrong, J. Saunders, V. Wong	„marketing to proces społeczny i zarządczy, dzięki któremu jednostki i grupy uzyskują to, czego potrzebują i pragną, przez tworzenie oraz wzajemną wymianę produktów i wartości”
C. Grönroos	„marketing to koncentracja na kliencie, która przenika funkcje i procesy organizacji i jest skierowana na składanie obietnic poprzez propozycje wartości, umożliwiające spełnienie indywidualnych oczekiwań wynikających z tych obietnic i spełniająca te oczekiwania dzięki wspieraniu klientów w procesie tworzenia wartości, przyczyniając się do kreowania wartości w procesach podejmowanych w przedsiębiorstwie przez jego klientów i innych interesariuszy”
ASPEKT SYSTEMOWY	
M. Daszkowska	„marketing to system zorientowany na szeroko pojętą wymianę działalności ludzi (rynkową i pozarynkową)”
DEFINICJE AMERICAN MARKETING ASSOCIATION	
American Marketing Association, 1935	„marketing jest przejawem aktywności biznesowej, która kieruje przepływy towarów i usług od producentów do konsumentów”
American Marketing Association, 1985	„marketing jest procesem planowania i realizacji pomysłu, ceny, promocji i dystrybucji idei, towarów i usług w celu doprowadzenia do wymiany zaspokajającej cele jednostki i organizacji”
American Marketing Association, 2004	„marketing jest funkcją organizacyjną i zbiorem procesów dla tworzenia, komunikacji i dostarczania wartości dla klientów oraz dla zarządzania relacjami z klientem w drodze dostarczania korzyści organizacji i jej udziałowcom”
American Marketing Association, 2007, 2013, 2017	„marketing jest działalnością, zbiorem instytucji i procesów dla tworzenia, komunikacji, dostarczania i wymiany ofert, które mają wartość dla nabywców, klientów, partnerów i całego społeczeństwa”

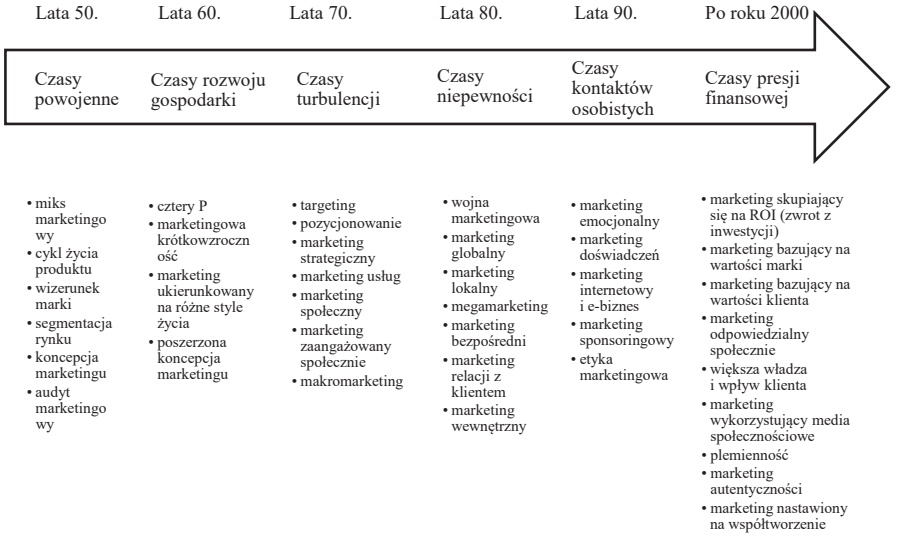
Źródło: K. Białecki, *Elementy marketingu eksportowego*, Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1968, s. 13–14; C.P. McNamara, *The Present Status of The Marketing Concept*, “Journal of Marketing” 1972, 36 (1), p. 51; K. Białecki, J. Borowski, A.H. Krzymiński, *Marketing w handlu zagranicznym*, PWN, Warszawa 1980, s. 17; H. Szulce, *Istota marketingu*, [w:] Mruk H. (red.), *Podstawy marketingu*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 1999, s. 9; L. Garbarski, I. Rutkowski, W. Wrzosek, *Marketing. Punkt…*, dz. cyt., s. 29; H. Mruk, B. Pilarczyk, M. Sławińska, *Marketing. Koncepcje – strategie – trendy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2015, s. 11; I. Nowotny, *Plan marketingowy. Budowa przyszłości przedsiębiorstwa*, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 1993, s. 53; P. Doyle, *Marketing wartości*, Wydawnictwo Felberg SJA, Warszawa 2003, s. 35; Ph. Kotler, G. Armstrong, J. Saunders, V. Wong, *Marketing. Podręcznik…*, dz. cyt., s. 39; Ch. Grönroos, *On defining marketing: finding a new roadmap for marketing*, “Marketing Theory” 2006, 6 (4), p. 407; M. Daszkowska, *Usługi. Produkcja, rynek marketing*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998, s. 130; American Marketing Association, “Definitions of Marketing” 2017. Pobrano z: https://www.ama.org/ (dostęp: 9.08.2022); R.A. Coulter, *From Fragmentation to Imagination. Moving to Marketing's Next Era*, “Academy of Marketing Science Review” 2016, 6, p. 133.

W przytoczonych definicjach eksponowana jest warstwa koncepcyjna, upatrująca w marketingu określonego sposobu (filozofii) działania na rynku (K. Białecki, J. Borowski, A.H. Krzymiński, C.P. McNamara, H. Szulce, L. Garbarski, I. Rutkowski, W. Wrzosek, H. Mruk, B. Pilarczyk, M. Sławińska), aspekt procesowy ukazujący marketing w kategorii procesu zarządczego i społecznego (I. Nawotny, P. Doyle, Ph. Kotler, G. Armstrong, J. Saunders, V. Wong, C. Grönroos) oraz aspekt systemowy, charakteryzujący marketing jako system zorientowany na wymianę rynkową i pozarynkową (M. Daszkowska). Dokonując analizy treści najważniejszych definicji marketingu, można określić istotę działalności marketingowej, wskazując jej cztery podstawowe aspekty:

- celowy sposób postępowania na rynku – marketing nie jest „sztuką dla sztuki", ale ma zrealizować określone cele, które mają charakter podrzędny w stosunku do celów przedsiębiorstwa; pełni on zatem funkcję wspierającą w odniesieniu do strategii rozwoju;
- tworzenie, komunikacja, dostarczanie i wymiana ofert mających wartość dla nabywców (klientów, partnerów i całego społeczeństwa) – marketing ma szeroki zakres oddziaływania, ukierunkowany na dostarczanie i maksymalizację wartości, która powinna być dostrzeżona przez nabywców (klientów, partnerów i całe społeczeństwo);
- zintegrowany zbiór instrumentów marketingowych – marketing wspiera działalność operacyjną, oferując zestaw narzędzi (instrumentów) odnoszących się do:
  - produktów i usług – umożliwiając tworzenie i dostarczenie wartości dla klienta,
  - kształtowania poziomu ceny – określając koszt, jaki jest związany z dostarczeniem wartości, mający dla klienta charakter inwestycji w proces efektywnego zaspokojenia potrzeby,
  - dystrybucji – odnoszącej się do wygody nabycia,
  - komunikacji marketingowej – realizowanej za pomocą reklamy, promocji sprzedaży, sprzedaży osobistej, komunikacji nieformalnej, public relations i sponsoringu;
- orientacja rynkowa rozumiana jako „sposób działania przedsiębiorstwa polegający na podejmowaniu działań zmierzających do zrozumienia istoty potrzeb nabywców oraz zaspokojenia ich w sposób lepszy, niż czynią to konkurenci"[562].

[562] L. Garbarski, *Istota marketingu*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Kluczowe pojęcia i praktyczne zastosowania* (19–26), Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2011, s. 19.

Wieloaspektowość i wielopoziomowość marketingu wynika z popularności i powszechności zainteresowania problematyką marketingu w przestrzeni naukowej i branżowej. Patrząc wstecz, można zauważyć, że dyscyplina marketingu przeszła wiele faz rozwoju, w trakcie których została wzbogacona o olbrzymią liczbę nowych koncepcji (rysunek 47).



Rysunek 47. Ewolucja koncepcji marketingowych

Źródło: Ph. Kotler, H. Kartajaya, I. Setiawan, *Marketing 3.0…*, dz. cyt., s. 44.

W polskiej przestrzeni naukowej powszechnie prezentowana jest koncepcja przedstawiająca cztery wymiary marketingu[563]:

- klasyczną (pierwotną) koncepcję marketingu – lata 50. i 60. XX w.;
- marketing strategiczny – lata 70. i 80. XX w.;
- marketing relacyjny – lata 80. i 90. XX w.;
- marketing wartości – przełom XX i XXI w.

Biorąc pod uwagę rozwój i globalizację rynków oraz postęp technologiczny, zauważyć należy, że wraz z upowszechnieniem się innowacji technologicznych zmianie ulegają potrzeby i oczekiwania konsumentów. Dynamika rozwoju dyscypliny oraz determinacja praktyków marketingu dały początek nowemu spojrzeniu i instrumentom, które doprowadziły do narodzin marketingu 5.0. Rozwój technologii produkcyjnej zainicjowany przez rewolucję

[563] W. Kowal, *Ocena koncepcji marketingowych z perspektywy prakseologii*, [w:] Figiel S. (red.), *Marketing w realiach współczesnego rynku. Strategie i działania marketingowe*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2010, s. 42.

przemysłową doprowadził do narodzin marketingu 1.0, zakładającego koncentrację na produkcie[564]. Marketing 2.0, stawiający w centrum zainteresowania klienta, który jest jedynie pasywnym celem kampanii marketingowych, narodził się w obecnych czasach jako dziecko technologii informacyjnej i Internetu. Z kolei technologia nowej fali stanowi główną siłę napędową powstania marketingu 3.0, czyli ery nakierowanej na wartości[565]. Porównanie trzech wersji marketingu przedstawiono w tabeli 24.

Tabela 24. Porównanie marketingu 1.0, 2.0, 3.0

	Marketing 1.0 Marketing koncentrujący się na produkcie	**Marketing 2.0 Marketing zorientowany na klienta**	**Marketing 3.0 Marketing skupiający się na wartościach**
Cel	sprzedać produkty	spełnić oczekiwania konsumenta i zatrzymać go	uczynić świat lepszym
Sprzyjające trendy	rewolucja przemysłowa	technologia informacyjna	technologia nowej fali
Jak firmy postrzegają rynek?	masowi klienci z potrzebami dotyczącymi fizycznej natury produktu	inteligentni konsumenci kierujący się rozumem i sercem	człowiek w pełnym tego słowa znaczeniu, posiadający umysł, serce i ducha
Kluczowa koncepcja marketingowa	opracowanie produktu	wyróżnienie się na rynku	wartości
Wytyczne marketingowe	specyfikacja produktowa	pozycjonowanie produktu i firmy	misja, wizja i korporacyjne
Oferta wartości	funkcjonalna	funkcjonalna i emocjonalna	funkcjonalna, emocjonalna i duchowa
Interakcja z konsumentem	transakcja jeden-z--wieloma	relacja jeden-z-jednym	współpraca wielu-z--wieloma

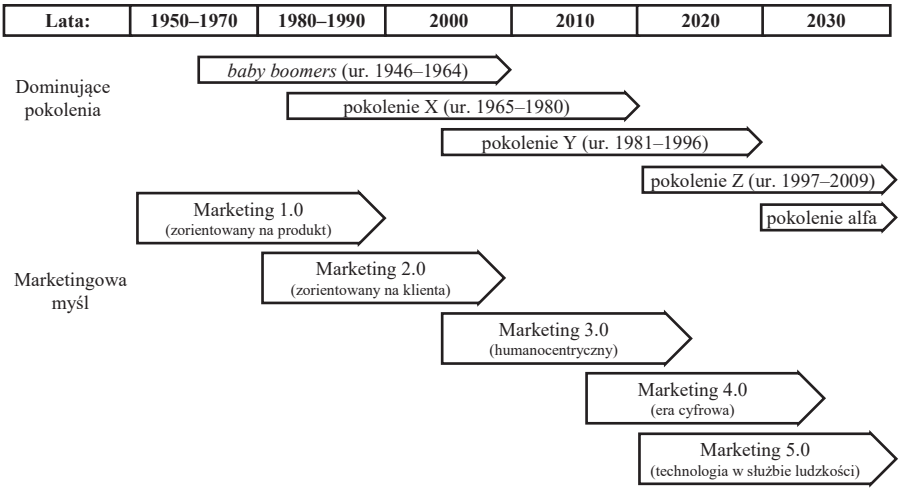
Źródło: Ph. Kotler, H. Kartajaya, I. Setiawan, *Marketing 3.0…*, dz. cyt., s. 21.

Marketing 4.0, związany z ekonomią cyfrową wykorzystującą Internet mobilny, media społecznościowe oraz e-handel, stanowił kolejny, po marketingu

[564] Nazwa „marketing 1.0" została wprowadzona do literatury w XXI w., nie należy wiązać jej etymologii z okresem rewolucji przemysłowej.

[565] Termin „technologia nowej fali" oznacza przeobrażenie głównych rynków w związku z oddziaływaniem technologii informacyjnej. Składają się na nią trzy podstawowe elementy: tanie komputery i telefony komórkowe, niskie koszty połączeń internetowych oraz otwarte oprogramowanie. „Technologia nowej fali" pozwala na łączenie się oraz interaktywność jednostek i grup, które mogą „wyrażać siebie" i współpracować z innymi. Podstawowym czynnikiem stymulującym rozwój technologii nowej fali są narodziny i rozkwit mediów społecznościowych (Ph. Kotler, H. Kartajaya, I. Setiawan, *Marketing 3.0…*, dz. cyt., s. 20).

tradycyjnym, etap dopasowania się marketingu do zmian, odnoszący się do wielokanałowej obecności marki i nowego wyglądu ścieżki zakupowej klienta[566]. Kolejna transformacja marketingu (marketing 5.0) odnosi się do implementacji rozwiązań technologicznych, oddanych służbie ludzkości, co stanowi integrację marketingu 3.0 (skupionego na człowieczeństwie i wartościach) i marketingu 4.0 (wykorzystującego nowinki technologiczne)[567]. Wszystko to pokazuje, że marketing cały czas ewoluuje, bowiem musi się dopasować do wciąż zmieniających się preferencji nabywców (rysunek 48).

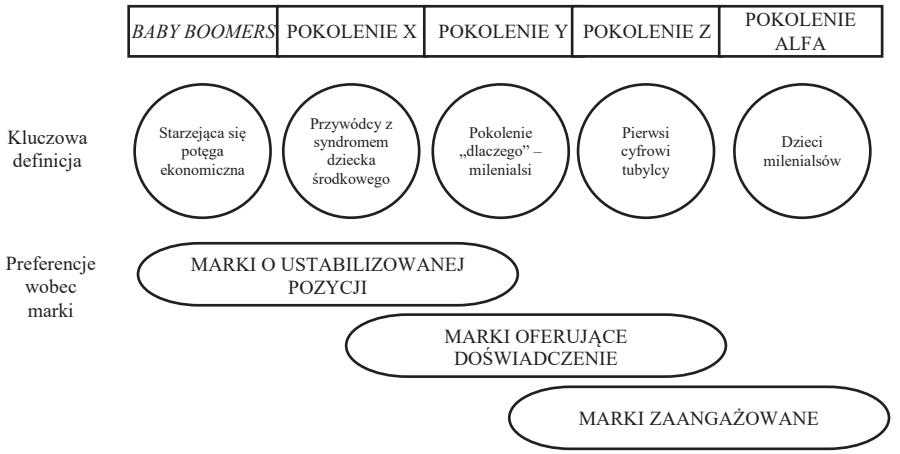


Rysunek 48. Pięć pokoleń i ewolucja marketingu
Źródło: Ph. Kotler, H. Kartajaya, I. Setiawan, *Marketing 5.0…*, dz. cyt., s. 42.

Ewolucja koncepcji marketingowych wynika ze zmiany roli konsumentów, którzy nie są już odizolowanymi jednostkami, nie podejmują decyzji nieświadomie i nie są pasywnymi obserwatorami, lecz wszyscy są ze sobą połączeni, dysponują odpowiednią wiedzą i są aktywnymi uczestnikami, dostarczając przedsiębiorstwom informacji zwrotnych[568]. Na pierwszym etapie marketing zorientowany był na transakcję (finalizowanie sprzedaży), drugi etap koncentrował się na tworzeniu relacji z klientem (w celu zdobycia lojalności klienta, który chciałby kupować więcej), natomiast trzeci etap koncentruje się na aktywności konsumenckiej (konsument ma uczestniczyć w opracowywaniu produktów i sposobów komunikacji z otoczeniem), co

[566] Ph. Kotler, H. Kartajaya, I. Setiawan, *Marketing 5.0. Technologie Next Tech*, MT Biznes, Warszawa 2021, s. 44.
[567] Tamże, s. 45.
[568] Ph. Kotler, H. Kartajaya, I. Setiawan, *Marketing 3.0…*, dz. cyt., s. 27.

pokazuje, że marketing stanowi współpracę pomiędzy podmiotami o podobnych pragnieniach, wyznających podobne wartości[569]. Na czwartym etapie marketing wykorzystuje nowinki technologiczne, aby dostosować się do nowego wyglądu ścieżki zakupowej klienta, natomiast etap piąty łączy aktywność konsumencką z innowacjami technologicznymi. Wszystko to obrazuje zmiany preferencji konsumentów wobec marek (rysunek 49).



Rysunek 49. Pięć pokoleń i ich preferencje wobec marek

Źródło: Ph. Kotler, H. Kartajaya, I. Setiawan, *Marketing 5.0…*, dz. cyt., s. 32.

Prowadzenie działalności operacyjnej przez aptekę ogólnodostępną w realiach gospodarki wolnorynkowej zobowiązuje podmiot prowadzący aptekę do uwzględnienia w prowadzonej działalności mechanizmów rynkowych oraz praw ekonomii. Apteka funkcjonując w określonych warunkach otoczenia rynkowego, musi zmierzyć się z wyzwaniami, jakie stawia przed nią rynek, a mianowicie dostosować działania do warunków gry rynkowej opartej na relacji jego trzech podstawowych elementów: podaży, popytu i cen. Wybierając określony rodzaj aktywności, apteki ogólnodostępne muszą się również zmierzyć z podmiotami konkurencyjnymi. Prawne uregulowanie obrotu detalicznego przez ustawodawcę wyklucza sprzedaż produktów leczniczych poza aptekami ogólnodostępnymi, punktami aptecznymi i placówkami obrotu pozaaptecznego[570]. Z tego względu w zakresie świadczenia usług farmaceutycznych konkurencją dla danej apteki jest prowadzona w sąsiedztwie działalność innej apteki, punktu aptecznego lub placówki obrotu pozaaptecznego.

[569] Tamże.

[570] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 68 ust. 1 w zw. z art. 70 ust. 1 i 71 ust. 1 (z zastrzeżeniem art. 68 ust. 2).

Apteki ogólnodostępne zajmują się również sprzedażą innych produktów (środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, suplementy diety, kosmetyki, środki higieniczne, przedmioty do pielęgnacji niemowląt i chorych, środki spożywcze zawierające w swoim składzie farmakopealne naturalne składniki pochodzenia roślinnego, środki dezynfekcyjne stosowane w medycynie), z których część (suplementy diety, kosmetyki, środki higieniczne) może być sprzedawana w sklepach ogólnodostępnych (drogeriach, marketach i dyskontach itp.). W tym przypadku konkurencję dla apteki stanowią sklepy i stoiska zajmujące się sprzedażą kosmetyków, suplementów diety oraz środków higienicznych, zlokalizowane w okolicznych centrach handlowych[571].

W walce o pozyskanie klienta apteki ogólnodostępne mogą używać różnego rodzaju instrumentów marketingowych, których stosowanie zostało wymuszone przez rynek i wynika z konieczności konkurowania o względy klienta, spowodowanej zbyt dużym natężeniem aptek na rynku. Apteki ogólnodostępne wykorzystują swoje zasoby i instrumenty marketingowe do opracowania skutecznych strategii konkurencji, aby pozyskać odpowiednią liczbę lojalnych klientów, stanowiących gwarancję realizacji celów komercyjnych. Bezpieczeństwo finansowe placówki ochrony zdrowia publicznego umożliwia realizację funkcji społecznej apteki, jaką stanowi zgodne z zasadami etyki i deontologii zawodowej świadczenie usług farmaceutycznych. Istotnym elementem w zakresie konkurowania jest jakość usług farmaceutycznych, które są powiązane z produktem. Aktywność marketingowa aptek nie jest związana wyłącznie z faktem posiadania produktu, lecz również z jego pozycjonowaniem[572].

Wszystko to pokazuje, jak szeroki jest zakres marketingu, który nie stoi w miejscu i ciągle się rozwija. Punktem wyjścia w analizie aktywności rynkowej podmiotów stanowi sposób rozumienia i stosowania marketingu. Właściwe rozumienie i stosowanie marketingu pozwala realizować cele komercyjne apteki w harmonii z celami społecznymi. Niezrozumienie zaś jego istoty może zaburzyć proces świadczenia usług farmaceutycznych w zgodzie z zasadami etyki i deontologii zawodowej. Wyniki badań dotyczących postrzegania marketingu przez farmaceutów w oparciu o cztery wymiary skojarzeń (rozumienie pojęcia „marketing", cele działalności marketingowej,

[571] K. Żak, *Działania marketingowe…*, dz. cyt., s. 144–145.

[572] Por. J. Trout, S. Rivkin, *Nowe pozycjonowanie. Najważniejsze osiągnięcia w dziedzinie światowych strategii biznesowych*, IFC Press, Kraków 2004, s. 32–36.

instrumenty marketingu oraz stosowanie instrumentów marketingu w aptece) przedstawiono w tabeli 25.

Tabela 25. Postrzeganie marketingu przez farmaceutów

LP.	POSTRZEGANIE MARKETINGU PRZEZ FARMACEUTÓW	APTEKI		RODZAJ APTEKI			
				Indywidualna		Sieciowa	
		N	%	n_1	%	n_2	%
ROZUMIENIE POJĘCIA „MARKETING”							
1	Reklama i promocja sprzedaży	63	47,0	27	45,0	36	48,6
2	Zarządzanie produktem, merchandising	25	18,7	11	18,3	14	18,9
3	Komunikacja z pacjentem, standardy obsługi pacjenta	22	16,4	9	15,0	13	17,6
4	Zarządzanie sprzedażą	17	12,7	7	11,7	10	13,5
5	Brak wskazania	7	5,2	6	10,0	1	1,4
CELE DZIAŁALNOŚCI MARKETINGOWEJ							
6	Wsparcie sprzedaży w aptece	54	40,3	21	35,0	33	44,6
7	Pozyskanie klienta do apteki	14	11,2	5	8,3	9	12,2
8	Wzrost rozpoznawalności apteki	6	4,5	1	1,7	5	6,8
9	Brak wskazania	60	44,0	33	55,0	27	36,5
INSTRUMENTY MARKETINGU							
10	Reklama i promocja sprzedaży	50	37,3	21	35,0	29	39,2
11	Zarządzanie produktem, merchandising	9	6,7	3	5,0	6	8,1
12	Sprzedaż	4	3,0	2	3,3	2	2,7
13	Brak wskazania	71	53,0	34	56,7	37	50,0
STOSOWANIE INSTRUMENTÓW MARKETINGU W APTECE							
14	Reklama i promocja sprzedaży	44	32,8	29	48,3	15	20,3
15	Zarządzanie produktem, merchandising	77	57,5	22	36,7	55	74,3
16	Brak wskazania	13	9,7	9	15,0	4	5,4
RAZEM		**134**	**100,0**	**60**	**100,0**	**74**	**100,0**

Uwagi: n_i – liczba opinii farmaceutów

Źródło: K. Żak, *Marketingowe podejście…*, dz. cyt., s. 111.

Analizując wyobrażenia farmaceutów o marketingu na bazie spontanicznych (niesugerowanych) odpowiedzi, zauważyć należy, że jest on najczęściej utożsamiany z reklamą i promocją sprzedaży (47% opinii) oraz zarządzaniem produktem i merchandisingiem (18,7% opinii). Respondenci nie potrafili wskazać jakiegokolwiek określenia zbliżonego znaczeniowo do pojęcia „marketing”, co wynika nie tylko z braku kształcenia w tym zakresie w toku studiów farmaceutycznych, lecz również z błędnego definiowania marketingu w przestrzeni publicznej. Z tych samych względów nieprecyzyjnie

identyfikowane są również cele działalności marketingowej oraz instrumenty marketingu, mimo że na ich stosowanie w zakresie zarządzania produktem wskazuje 57,5% badanych, a w zakresie reklamy i promocji sprzedaży – 32,8%[573].

Dokonując oceny rozumienia marketingu, wskazać należy na występowanie trudności wśród farmaceutów w prawidłowym definiowaniu i rozumieniu jego podstawowych aspektów, co może świadczyć o niezrozumieniu istoty marketingu i przekładać się na niewłaściwe stosowanie instrumentów marketingowych w praktyce aptecznej. Aktywność marketingowa jest niesłusznie traktowana jako rodzaj działalności, której stosowanie nie przystoi zawodom medycznym. Uważa się, że marketing „nie licuje z tradycją i historią zawodu" oraz „ingeruje i manipuluje zdrowiem ludzi". Powszechna jest opinia, że działalność marketingowa stanowi nieprofesjonalną działalność, która „nie wnosi żadnej dodatkowej wartości do profesji" i „obniża rangę zawodu, sprowadzając go do kupczenia"[574]. Wieloaspektowość i wielopoziomowość marketingu sprawiają, że niełatwo jest go zrozumieć bez gruntownej znajomości jego podstawowych instrumentów, dlatego punktem wyjścia w analizie działalności marketingowej podmiotów rynkowych powinno być właściwe zdefiniowanie marketingu oraz szczegółowa charakterystyka jego instrumentów.

3.3.2. Instrumenty marketing miksu wykorzystywane w aptekach

System prawa farmaceutycznego szczegółowo określa katalog i zakres usług farmaceutycznych, jednak ich świadczenie wspierane jest przez szereg działań, które stanowią pochodną przyjętej orientacji aktywności. Analiza organizacji świadczenia usług farmaceutycznych oraz charakteru regulacji prawa farmaceutycznego wskazuje na możliwość przyjęcia jednej z dwóch podstawowych orientacji aktywności: rynkowej (marketingowej) vs. sprzedażowej (dystrybucyjnej). Jak wskazano wcześniej, implementacja orientacji holistycznej w praktyce aptecznej wymaga podjęcia wielopoziomowych działań i wielopłaszczyznowych inicjatyw związanych z wykorzystaniem zasobów organizacyjnych, ludzkich i finansowych, na które polskie apteki nie mogą sobie pozwolić na obecnym etapie rozwoju rynku oraz przy obecnie obowiązującym stanie prawnym i linii orzeczniczej sądownictwa

[573] K. Żak, *Marketingowe podejście…*, dz. cyt., s. 112.
[574] T. Taranko, *Perspektywy rozwoju usług medycznych w Polsce*, „Handel Wewnętrzny" 2012, 3, s. 329.

administracyjnego. Choć przedmiotowe ograniczenia powodują, że marketing holistyczny obecnie nie może zostać w pełnym zakresie wykorzystany w praktyce aptecznej, to jednak apteki mają możliwość podjęcia dodatkowej aktywności wspierającej podstawową działalność operacyjną, aby zwiększyć skuteczność i zasięg oddziaływania. Podstawowa aktywność może być równolegle wspierana poprzez przyjęcie orientacji dodatkowych: na uczenie się (na wiedzę), na pracownika (klienta wewnętrznego) i przedsiębiorczą (na przedsiębiorczość). Kompozycja miksu orientacji aktywności determinuje zakres świadczenia usług farmaceutycznych i charakter strategii konkurencji.

Punkt wyjścia projektowanych działań stanowią obecni oraz potencjalni nabywcy produktów i usług, którzy nie tworzą jednorodnej grupy, lecz są zróżnicowani[575]. Z grupy klientów apteki można wyodrębnić homogeniczne podgrupy o podobnych zachowaniach i systemach wartości, stanowiące zbiorowości liczebnie mniejsze niż grupa jako całość. Dostosowanie działań do mniejszych jednorodnych podgrup jest dużo łatwiejsze i skuteczniejsze niż w odniesieniu do olbrzymich i zróżnicowanych grup klientów. Z tego względu podmioty świadczące usługi farmaceutyczne dokonują procesu segmentacji, czyli „podziału rynku według określonego kryterium na jednorodne grupy konsumentów (segmenty rynku), które wyznaczają dla przedsiębiorstwa obszar działania i stanowią punkt odniesienia przy formułowaniu programu tego działania”[576].

Praktyka gospodarcza wskazuje, że nie ma jednego uniwersalnego systemu klasyfikacji nabywców. Można za L. Garbarskim wyodrębnić[577]:

- klasyfikację geodemograficzną ACORN (ang. akronim: *A Classification of Residential Neighbourhoods* – ‘klasyfikacja okolicznych mieszkańców’) stworzoną przez brytyjskie przedsiębiorstwo CACI Information Services Ltd. w 1993 r. (w tworzeniu segmentów wykorzystano 40 wskaźników, na których podstawie wyodrębniono 12 kategorii gospodarstw domowych: A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, U);
- segmentację według kryterium wartości klienta – klasyfikację V.A. Zeithaml, R.T. Rust, K.N. Lemon (piramidę klientów), wyodrębniającą cztery grupy progów wartości: platynowy, złoty, żelazny, ołowiany[578];

[575] L. Garbarski, *Istota...*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Koncepcja…*, dz. cyt., s. 29.
[576] L. Garbarski, I. Rutkowski, W. Wrzosek, *Marketing. Punkt…*, dz. cyt., s. 170.
[577] L. Garbarski, *Segmentacja rynku*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Kluczowe pojęcia i praktyczne zastosowania* (121–132), Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2011, s. 123–129.
[578] V.A. Zeithaml, R.T. Rust, K.N. Lemon, *The Customer Pyramid: Creating and Serving Profitable Customers*, “California Management Review” 2001, 43 (4), p. 124–126.

– segmentację według kryterium wartości klienta – klasyfikację W. Reinartza i V. Kumara, którzy na podstawie kryterium wartości i lojalności klientów wyróżnili cztery segmenty rynku: „prawdziwi przyjaciele", „motyle", „skorupiaki", „obcy"[579];
– segmentację VALS (ang. *Vales and Lifestyles Segmentation* – 'segmentacja według kryterium wartości i stylów życia'), zapoczątkowaną w latach 70. XX w. przez Arnolda Mitchella i zaprezentowaną w 1978 r. jako produkt Stanford Research Institute, wyróżniającą 9 grup nabywców: „zintegrowani", „nastawieni na sukces", „wrażliwi społecznie", „eksperymentatorzy", „naśladowcy", „zorientowani na samych siebie", „przynależni", odrzuceni" oraz „nastawieni na przetrwanie"[580];
– segmentacja „Euro Socio Styles" Gfk Lifestyle Research, wyróżniająca 8 stylów życia: „tradycjonaliści", „bierni", „kontestatorzy", „racjonaliści", „poszukiwacze", „koneserzy", „aktywni" i „pionierzy"[581].

Powyższe klasyfikacje mają charakter egzemplifikacyjny, natomiast w ujęciu zagregowanym, za Ph. Kolterem, można wyodrębnić cztery kryteria segmentacji[582]:

– demograficzne, umożliwiające podział rynku według kryterium:
  • poziom dochodów gospodarstwa domowego,
  • liczba osób w gospodarstwie domowym,
  • stan zdrowia poszczególnych członków rodziny,
  • samoocena stanu zdrowia,
  • cecha charakteru pacjenta,
  • stopień wrażliwości na ceny,
  • poziom akceptacji cen leków i kosmetyków;
– geograficzne, umożliwiające podział rynku według kryterium:
  • miejsce zamieszkania,
  • migracje ludności z miast do wsi i ze wsi do miast;

[579] W. Reinartz, V. Kumar, *The Mismanagement of Customer Loyalty*, "Harvard Business Review" 2002, 80 (7), p. 86–94.
[580] R.M.S. Wilson, C. Gilligan, *Strategic Marketing Management. Planning, Implementation and Control*, Routledge Taylor & Francis Group, London, New York 2013, p. 341–344.
[581] A. Sora, *Międzynarodowa segmentacja rynku*, [w:] Duliniec E. (red.), *Marketing międzynarodowy. Uwarunkowania, instrumenty, tendencje* (183–204), Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2007, s. 192–204.
[582] Ph. Kotler, *Marketing. Analiza, planowanie, wdrażanie i kontrola*, Gebethner & Ska, Warszawa 1994, s. 248–251; K. Szalonka, *Marketing*…, dz. cyt., s. 58.

– psychograficzne (styl życia), umożliwiające podział rynku według kryterium:
  • aktywność zawodowa i społeczna,
  • zainteresowania,
  • dolegliwości pacjentów,
  • osobowości;
– behawioralne, umożliwiające podział rynku według kryterium:
  • postawy,
  • zachowania.

G. Światowy z kolei odnosi się bezpośrednio do segmentacji klientów rynku farmaceutycznego według cech behawioralnych, wymieniając cztery typy klientów i konsumentów leków[583]:

– eksperymentator: pacjent z ponadprzeciętną wiedzą, czytający literaturę medyczną i materiały reklamowe, rzadko chodzący do lekarza, leczący się sam; często zasięga opinii farmaceuty;
– pacjent spolegliwy „akuratny": bardzo dba o swój stan zdrowia, przestrzega zaleceń lekarza i dokonuje regularnych badań; oczekuje od farmaceuty potwierdzenia zaleceń lekarza;
– hipochondryk: przesadnie dba o własne zdrowie, hobbistycznie pogłębia własną wiedzę medyczną, kupuje dużo i testuje prawie wszystkie nowości; oczekuje dłuższego kontaktu z farmaceutą, porady odnośnie do identyfikacji problemu zdrowotnego oraz zaleceń i rekomendacji leku najlepiej dostosowanego do jego jednostki chorobowej;
– ignorant: nie przejmuje się stanem swojego zdrowia, nie zna własnych dolegliwości, nie chodzi do lekarza, przy odczuwaniu dolegliwości lokalizuje je pobieżnie i udaje się do apteki; od farmaceuty oczekuje oferty konkretnego leku z objaśnieniem sposobu zażywania lub ewentualnie propozycji dwóch specyfików, wyboru najprawdopodobniej dokona losowo.

Uwzględnienie w trakcie świadczenia usług farmaceutycznych każdego faktora z wymienionych kryteriów segmentacji w praktyce nie jest możliwe z uwagi na nieefektywny system gromadzenia i przechowywania danych o klientach w aptekach ogólnodostępnych. Już sam proces pozyskiwania

[583] G. Światowy, *Segmentacja klientów rynku farmaceutycznego według cech behawioralnych*, Międzynarodowa Konferencja „Pharmaceutical Marketing Designed for the New Millenium", 17–18 listopada, Warszawa 1999, maszynopis referatu przygotowanego na konferencję. Cyt. za: K. Szalonka, *Marketing*…, dz. cyt., s. 60–61.

informacji od klientów jest bardzo czasochłonny i może trwać nawet kilka lat, co pokazuje, jak istotna w tym aspekcie jest baza danych, umożliwiająca dodawanie i aktualizację informacji o klientach. Zauważyć przy tym należy, że gromadzenie informacji wymaga przede wszystkim stabilności polityki kadrowej, bowiem duża rotacja personelu w praktyce uniemożliwia efektywne zarządzanie informacją pozyskaną od klientów apteki. Personel farmaceutyczny do celów pozyskiwania informacji od klientów powinien łączyć kompetencje farmaceuty, marketera oraz psychologa. Praktyka jednak pokazuje, że zbyt mała liczba aptek ogólnodostępnych ma obsadę o odpowiednich, oczekiwanych przez klientów kwalifikacjach, a częste rotacje pracowników utrudniają gromadzenie informacji, przez co skuteczność procesu segmentacji nie jest wysoka.

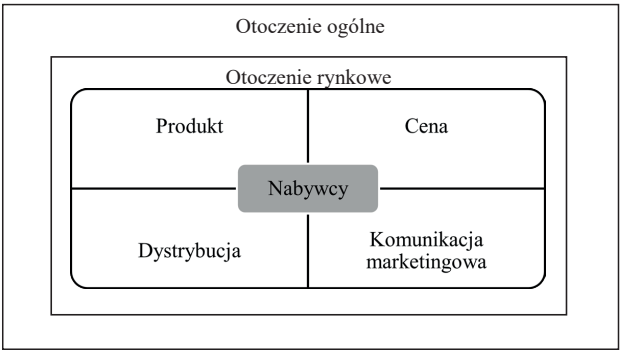
Specyfika procesu świadczenia usług farmaceutycznych pokazuje, że w aptekach najczęściej segmentacja rynku odbywa się według kryterium wieku (grup wiekowych) i uzyskiwanych dochodów, oferując specjalnie przygotowaną ofertę produktową dla seniorów, osób w wieku „dojrzałym" oraz dla dzieci i młodzieży, a także inaczej sparametryzowaną dla osób zamożnych i o mniejszej zasobności portfela. Zauważyć jednak należy, że system prawa farmaceutycznego wyklucza sytuację oferowania w aptece asortymentu wyłącznie dla jednego segmentu przy pominięciu innych grup klientów. Apteka jako placówka ochrony zdrowia publicznego jest zobowiązana do posiadania produktów leczniczych i wyrobów medycznych w ilości i asortymencie niezbędnym do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych miejscowej ludności. Z tego względu segmentacja na rynku aptecznym polega na podziale nabywców i oferowaniu dodatkowych korzyści poszczególnym ich segmentom. Poprawnie wyodrębniony segment rynku powinien być[584]:

- rozległy – zapewnić efektywność ekonomiczną, uzasadniającą zastosowanie indywidualnej strategii marketingowej;
- dostępny – umożliwiać skuteczne dotarcie do niego z instrumentami marketingu, związanymi głównie z dystrybucją i aktywizacją sprzedaży;
- wrażliwy – odzwierciedlać prawdopodobieństwo pozytywnej reakcji konsumentów na odpowiednio przygotowaną strukturę marketing miksu;

[584] L. Garbarski, I. Rutkowski, W. Wrzosek, *Marketing. Punkt*…, dz. cyt., s. 179–180; L. Garbarski, *Segmentacja rynku*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Koncepcja skutecznych działań* (157–172), Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2011, s. 170–171.

– mierzalny – umożliwiać uzyskanie niezbędnych informacji o poszczególnych cechach konsumentów odróżniających ich od całego rynku;
– stabilny – nie powinien podlegać zbyt gwałtownym zmianom sposobów postępowania na rynku.

Mając podzielony rynek na określone segmenty, apteki mogą skoncentrować się na rozpoznaniu i zaspokajaniu potrzeb klientów w poszczególnych segmentach oraz przystąpić do ustalenia kompozycji instrumentów marketingowych. Kompozycja instrumentów marketingowych łącznie stanowi tzw. marketing mix, czyli zestaw celowo ukształtowanych instrumentów marketingowych, za pomocą których przedsiębiorstwo oddziałuje na rynek (rysunek 50).



Rysunek 50. Kompozycja instrumentów marketingowych

Źródło: L. Garbarski, *Istota…*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Koncepcja…*, dz. cyt., s. 29.

Kompozycja instrumentów marketingowych stanowi nawiązanie do koncepcji 4P: *product* (produkt), *price* (cena), *place* (dystrybucja) i *promotion* (promocja), stworzonej w 1960 r. przez E.J. McCarthy'ego[585]. Klasyczna koncepcja 4P E.J. McCarthy'ego była wielokrotnie aktualizowana i poszerzana, albowiem zakres, złożoność i bogactwo współczesnego marketingu tak się zmieniły, że tradycyjne 4P wyraźnie już dziś nie wystarczają[586]. Według Ph. Kotlera i K.L. Kellera „lepiej odzwierciedla nowoczesne realia marketingu koncepcja 4P nowoczesnego zarządzania marketingowego: *people* (ludzie), *processes* (procesy), *programs* (programy) i *performance* (dokonania)"[587].

[585] E.J. McCarthy, *Basic Marketing. A Managerial Approach*, Richard D. Irwin, Homewood 1960, p. 41–50.
[586] Ph. Kotler, K.L. Keller, *Marketing…*, dz. cyt., s. 27.
[587] Tamże.

W 1990 r. R. Lauterborn opracował formułę 4C, która obrazuje kompozycję instrumentów marketingowych z punktu widzenia klienta: *customer value* (wartość dla klienta), *cost* (koszt), *convenience* (wygoda nabycia), *communication* (komunikacja z rynkiem)[588]. Wskazywał on, że „4P dotyczyło, co marketer chce powiedzieć, podczas gdy 4C co klient musi usłyszeć, co marketer może powiedzieć"[589]. Zestawiając 4P McCarthy'ego z 4C Lauterborna, zauważyć należy, że pierwsza kompozycja jest spojrzeniem na marketing z punktu widzenia przedsiębiorstwa, przez co nie jest do końca zgodna z istotą marketingu, który punkt ciężkości kładzie na potrzeby klienta. Z tego względu 4C Lauterborna jest efektywniejszym odzwierciedleniem celu, zakresu i istoty kompozycji instrumentów marketingowych, choć zauważyć należy, że zarówno 4P, jak i 4C nie odzwierciedlają w pełni niezwykle złożonej i zróżnicowanej natury marketingu. Krytycy stosowania uproszczonych klasyfikacji instrumentów marketingowych wskazują, że nie spełniają one żadnej z pięciu zasad logicznie poprawnej klasyfikacji[590]:

- dokładnego określenia (definicji) klasyfikowanych elementów;
- wyboru właściwego kryterium klasyfikacji;
- kompletności klasyfikacji (nie można pominąć żadnego elementu);
- rozłączności klasyfikacji (elementy nie mogą się pokrywać);
- użyteczności klasyfikacji ze względu na stawiane cele.

Niemniej jednak zauważyć należy, że przedstawione uproszczone klasyfikacje instrumentów marketingu są łatwe do zapamiętania, a w stosownym zestawieniu mogą mieć niebagatelny walor dydaktyczny (rysunek 51).

Popularność wymienionych instrumentów marketingowych w formach akronimów powoduje, że są często stałym elementem w strategiach marketingowych aptek ogólnodostępnych.

[588] R. Lauterborn, *New Marketing Litany: 4P's Passe, C-Words Take Over*, "Advertising Age" 1990, 61 (41), p. 26.

[589] Tamże.

[590] S. Kaczmarczyk, *Budowa podstawowych kategorii nowego marketingu na podstawie krytyki starych paradygmatów*, [w:] Gębarowski M., Gierczak A., Zatwarnicka-Madura B. (red.), *Wielowymiarowość współczesnego marketingu* (73–82), Oficyna Wydawnicza Politechniki Rzeszowskiej, Rzeszów 2015, s. 74.

MARKETING MIX **4P** E.J. McCarthy, 1960		MARKETING MIX **4C** R. Lauterborn, 1990
PRODUCT (produkt)	⇔	CUSTOMER VALUE (wartość dla klienta)
PRICE (cena)	⇔	COST (koszt)
PLACE (dystrybucja)	⇔	COVENIENCE (wygoda nabycia)
PROMOTION (promocja)	⇔	COMMUNICATION (komunikacja)

MARKETING MIX **7P**	NOWY MARKETING MIX **4P** Ph. Kotler, K.L. Keller
MARKETING MIX **4P** +	PEOPLE (ludzie)
PEOPLE (ludzie)	PROCESSES (procesy)
PROCESSES (procesy)	PROGRAMS (programy)

Rysunek 51. Zestawienie 4P–7P i 4C

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: E.J. McCarthy, *Basic Marketing…*, dz. cyt., p. 41–50; R. Lauterborn, *New Marketing…*, dz. cyt., p. 25–27; Ph. Kotler, K.L. Keller, *Marketing*, dz. cyt., s. 27.

3.3.2.1. Produkt vs. wartość dla klienta

Apteka ogólnodostępna jako placówka ochrony zdrowia publicznego świadcząca usługi farmaceutyczne co do zasady nie tworzy produktu, zatem nie ma wpływu na opakowanie, postać leku, wielkość dawki i wielkość opakowania, lecz może decydować o doborze asortymentu, marki leku, dostosowując go do wybranego rynku docelowego[591]. Oprócz leków w aptece ogólnodostępnej świadczone są usługi farmaceutyczne, których katalog został określony w akcie normatywnym o randze ustawy[592]. Usługa farmaceutyczna obejmuje m.in. wydawanie z apteki lub punktu aptecznego produktów leczniczych, jednak zauważyć należy, że ustawowe sformułowanie nie oddaje w rzeczywistości istoty zagadnienia i może wprowadzać w błąd. Użycie sformułowania „wydawanie" sugeruje przeniesienie własności produktu

[591] Por. K. Szalonka, *Marketing*…, dz. cyt., s. 69.

[592] Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, Dz.U. z 2021 r., poz. 97, ze zm., art. 4.

leczniczego bez dokonania zapłaty ze strony klienta (pacjenta), a taka sytuacja występuje tylko w odniesieniu do bardzo wąskiej kategorii produktów i dla grup pacjentów w ściśle wskazanych jednostkach chorobowych. Większość interakcji farmaceuty z klientem ma jednak postać transakcji kupna–sprzedaży o charakterze zobowiązująco-rozporządzającym. Z tego względu właściwszym sformułowaniem w tym względzie jest „sprzedaż", która obejmuje czynność wydawania produktu i dokonanie zapłaty.

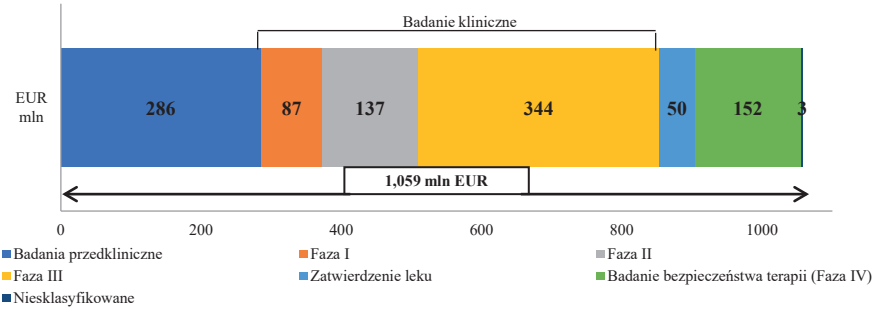
Produkt w rozumieniu marketingowym jest „wszystkim, co jest przeznaczone do zaspokajania wszelkiego rodzaju potrzeb konsumentów"[593]. Stanowi agregat korzyści dla konsumenta, służący zaspokajaniu jego potrzeb i spełniający jego oczekiwania. Konsumenci preferują te produkty i usługi, które lepiej zaspokajają ich potrzeby, nawet wtedy, kiedy potrzeb tych sobie nie uświadamiają. Konsument nie płaci za produkt czy usługę *sensu stricto*, lecz za oferowany przez nie „koszyk korzyści". W ujęciu marketingowym pacjent wykupując w aptece lek, nie kupuje substancji chemicznej, lecz lepszy stan zdrowia i samopoczucie związane z działaniem leku (np. uśmierzenie bólu, zlikwidowanie symptomu choroby). Zatem wartością dla klienta w tym przypadku jest zdrowie.

Produkt leczniczy jest specjalną kategorią produktów, albowiem posiada mocno ograniczone walory użytkowe dla nabywcy, które sprowadzają się jedynie do skutków oddziaływania substancji czynnej. Szczególną kategorią produktów leczniczych są produkty lecznicze innowacyjne (referencyjne, oryginalne). Stanowią kategorię leków dopuszczonych do obrotu na podstawie udokumentowanego procesu badawczego (pełnych badań chemiczno-farmaceutycznych, farmakologiczno-toksykologicznych oraz klinicznych), posiadają ochronę patentową w zakresie formuły i procesu wytwarzania (okres ochrony reguluje krajowe i wspólnotowe prawo patentowe) oraz w momencie rejestracji nie posiadają odpowiednika w postaci produktu odtwórczego (generycznego)[594]. Istotną wartością dla nabywcy innowacyjnych produktów leczniczych jest ich wyższa skuteczność w zwalczaniu danej jednostki chorobowej. Specyfika innowacyjnego produktu leczniczego

[593] P. Doyle, *Marketing*…, dz. cyt., s. 237.

[594] Produkt odtwórczy (generyk) to odpowiednik oryginalnego gotowego produktu leczniczego, mający taki sam skład jakościowy i ilościowy substancji czynnych, postać farmaceutyczną i równoważność biologiczną wobec referencyjnego produktu leczniczego, potwierdzoną właściwie przeprowadzonymi badaniami dostępności biologicznej (biorównoważności). B. Stępniewska, *Wprowadzenie do obrotu produktów leczniczych*, [w:] Jachowicz R. (red.), *Farmacja praktyczna* (537–567), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, s. 541.

wynika również z długiego czasu odkrycia i przebadania nowej substancji czynnej (13 lat) oraz związanego z tym wysokiego poziomu kosztów (w granicach 1 mld euro), które należy ponieść przed dopuszczeniem leku do obrotu (rysunek 52)[595].



Rysunek 52. Proces odkrycia i przebadania nowej substancji czynnej

Źródło: European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations, Pricewaterhouse Coopers, [w:] *Pricewaterhouse Coopers. Wkład innowacyjnego*…, dz. cyt., s. 34.

Długi okres odkrywania i badania nowej substancji czynnej oraz powiązane z tym procesem wysokie koszty nie stanowią czynnika sprzyjającego rozwojowi innowacyjności produktów leczniczych[596]. Nie sprzyja jej również niskie prawdopodobieństwo sukcesu dla substancji skierowanych do badań klinicznych, które ocenia się na poziomie 10–15%, przy czym głównymi czynnikami niepowodzeń są kwestie bezpieczeństwa, brak dostatecznej efektywności oraz względy ekonomiczne[597].

To, czym jest dany produkt, może być definiowane zarówno z punktu widzenia konsumentów, jak i z perspektywy jego dostawców lub producenta. Dla przedsiębiorstwa o orientacji rynkowej (marketingowej) ważniejsza jest znajomość korzyści dostarczanych przez dany produkt lub usługę potencjalnemu konsumentowi niż to, z czego ten produkt składa się według usługodawcy[598]. Tak rozumiany produkt obejmuje[599]:

[595] K. Żak, *Innowacyjne opakowania*…, dz. cyt., s. 220.
[596] Tamże, s. 221.
[597] J. Brandys, A. Skowron, *Praktyka farmaceutyczna w zmieniającym się otoczeniu*, [w:] Jachowicz R. (red.), *Farmacja praktyczna* (17–41), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, s. 22.
[598] T. Smoleń, *Produkt usługowy*, [w:] Czubała A., Jonas A., Smoleń T., Wiktor J.W., *Marketing usług* (110–139), Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 110.
[599] Por. T. Taranko, *Decyzje związane z produktem i marką*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Koncepcja skutecznych działań* (195–231), Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2011, s. 195.

– dobra fizyczne (np. produkt leczniczy, suplement diety, dermokosmetyk);
– usługi (np. opieka farmaceutyczna, usługa farmaceutyczna);
– miejsca (np. apteka ogólnodostępna, powierzchnia reklamowa w gazecie czy na tramwaju, miejsce na półce na regale aptecznym);
– organizacje (np. okręgowa izba aptekarska, fundacja charytatywna, samorząd studentów wydziału farmaceutycznego);
– idee, pomysły (np. bezpieczeństwo farmakoterapii, patenty, koncepcja biznesu udostępniana w formie licencji);
– osoby (np. farmaceuta, technik farmaceutyczny).

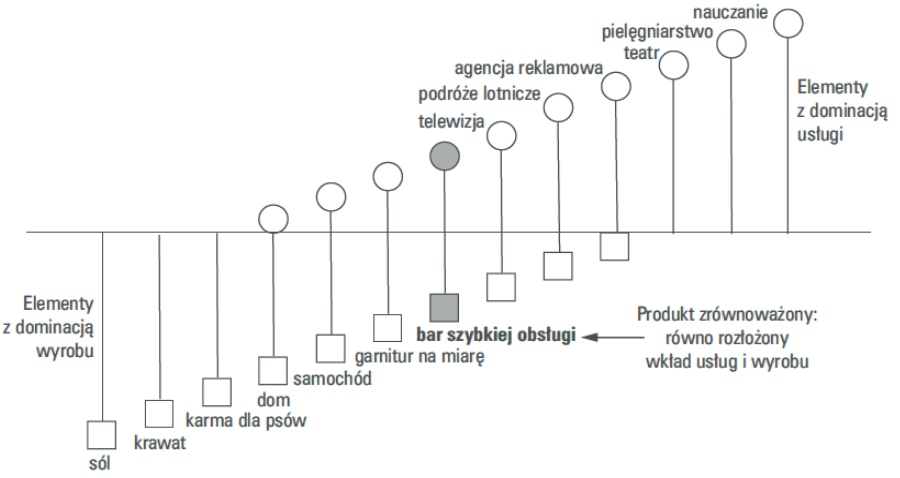
Produkt jako instrument marketingu pełni w nim szczególne funkcje, które mogą być rozpatrywane na trzech płaszczyznach[600]:

1) funkcje realizowane w relacjach z nabywcami:
   – źródło korzyści dla nabywcy i jego satysfakcji – punkt wyjścia według orientacji rynkowej:
     • korzyści wynikające z cech i właściwości fizycznych,
     • korzyści wynikające z jakości wykonania (trwałość, niezawodność),
     • korzyści wynikające ze stylu, wzornictwa i estetyki,
     • korzyści wynikające z rozwiązań prawnych (bezpieczeństwo, gwarancja, legalność),
     • korzyści wynikające z opakowania,
     • korzyści wynikające z usług wzbogacających,
     • korzyści wynikające z marki,
   – spełnianie oczekiwań nabywcy i dostarczanie mu satysfakcji z faktu jego posiadania (użytkowania);
2) funkcje produktu jako instrumentu oddziaływania na konkurentów:
   – instrument konkurowania (oddziaływania na konkurentów) – poprzez wieloelementową strukturę produktu i jakość poszczególnych jego elementów,
   – instrument różnicowania – poprzez nadanie produktowi cech wyraźnie odróżniających od produktów konkurencyjnych – cel: skłonienie nabywcy do zakupu;
3) funkcje produktu realizowane w ramach marketingu (kształtowanie instrumentów marketing miksu) – stanowią punkt wyjścia do:

[600] Tamże, s. 198–201.

– kształtowania sposobu oddziaływania na rynek – możliwość oferowania różnorodnych wariantów produktu o zróżnicowanych cechach jakościowych, co determinuje wybór zakresu obsługiwanych rynków, sposób obsługi wybranych segmentów,
– pozycjonowania produktów – podstawa postrzegania produktów przez nabywcę i selekcjonowanie elementów wyróżniających go od produktów konkurencyjnych,
– kształtowania sposobu dostarczania produktu nabywcom, intensywności dystrybucji, liczby, rodzajów i jakości miejsc dostępności produktu, sposobu jego eksportowania i obsługi w kanałach dystrybucji,
– kształtowania poziomu cen produktu oraz możliwości jej różnicowania dla różnych wariantów produktu oraz zdolności produktu do zaspokajania potrzeb nabywców,
– wyboru działań w zakresie komunikacji marketingowej dotyczącej zarówno treści przekazu komunikatów, jak i doboru kanałów przekazu adekwatnych do treści.

Produkt może dostarczać wartości dla klienta poprzez odpowiednią kompozycję elementów materialnych i niematerialnych (rysunek 53).



Rysunek 53. Skala dominacji elementów materialnych i niematerialnych w produktach

Źródło: G.L. Shostack, *How to Design a Service*, „European Journal of Marketing" 1982, 16 (1), p. 49–64. Cyt. za: P. Mudie, A. Cottam, *Usługi. Zarządzanie i marketing*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998, s. 15.

Biorąc pod uwagę korelację elementów materialnych i niematerialnych w produktach, można dokonać pięciostopniowej ich klasyfikacji[601]:

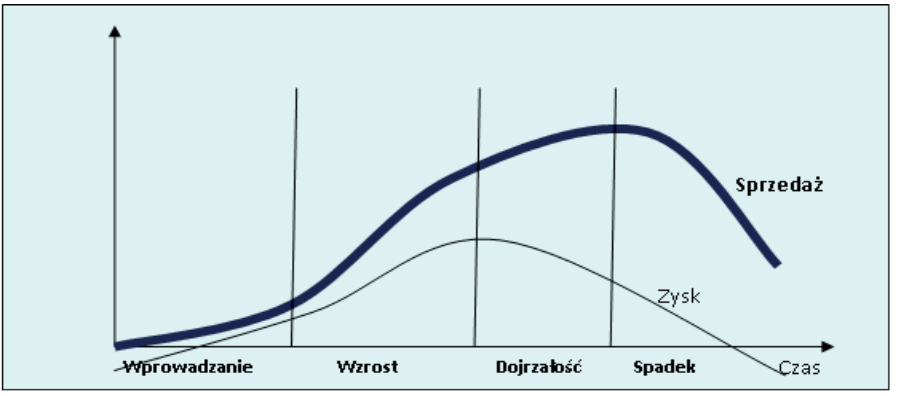
- czyste produkty materialne – przedmioty, którym nie towarzyszą żadne dodatkowe usługi, np. pojemnik na leki, pojemnik na mocz, termometr, pasta do zębów, okulary;
- produkty materialne z towarzyszącymi im usługami – produkty materialne wraz z dodatkowymi usługami, np. zaawansowane urządzenia sprzedawane wraz z usługami, takimi jak doradztwo przy wyborze odpowiedniego modelu dla konkretnego użytkownika (m.in. inhalator, glukometr, ciśnieniomierz, aspirator, irygator, pulsoksymetr), szkolenia dotyczące obsługi sprzętu, dostawa, serwis;
- hybrydy – produkty cechujące się równowagą cech materialnych i usługowych, np. produkt leczniczy, wyrób medyczny, dermokosmetyk, suplement diety;
- usługi, którym towarzyszą uzupełniające je produkty materialne lub inne składniki o charakterze usług dodatkowych, np. badanie densytometryczne kości połączone z zakupem preparatu zawierającego wapń, pomiar ciśnienia krwi połączony z lekturą czasopism o tematyce zdrowotnej;
- czyste produkty usługowe – składające się wyłącznie z niematerialnych usług, np. wykonywanie przeglądów lekowych wraz z oceną farmakoterapii, opracowywanie indywidualnego planu opieki farmaceutycznej, wykonywanie badań diagnostycznych.

Usługę farmaceutyczną świadczoną w aptece ogólnodostępnej, niepowiązaną z wydawaniem produktów leczniczych można zakwalifikować jako czysty produkt usługowy, czyli taką usługę, która stwarza możliwości wyboru kombinacji składających się na ów produkt elementów, służący powstaniu jednej swoistej wiązki korzyści dla usługobiorcy[602]. Usługa staje się produktem, gdy[603]:

- trafia precyzyjnie w potrzebę konkretnego nabywcy;
- jest umieszczona w przemyślanej ofercie;
- daje się wyróżnić i zidentyfikować;
- sytuuje się odpowiednio wobec usługi konkurencji.

[601] Por. Ph. Kotler, *Marketing. Analiza*…, dz. cyt., s. 426–428.
[602] K. Rogoziński, *Nowy marketing usług*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 1998, s. 53.
[603] Tamże.

Cykl życia usługi, podobnie jak produktu i produktu usługowego, obejmuje cztery fazy: wprowadzanie, wzrost, dojrzałość i spadek (schyłek). Każda z wyodrębnionych faz cyklu życia charakteryzuje się innym tempem zmiany popytu, inną liczbą segmentów zainteresowanych świadczoną usługą, inną liczbą konkurentów i rentownością (rysunek 54)[604].



Rysunek 54. Cykl życia usługi, produktu i produktu usługowego
Źródło: T. Taranko, *Decyzje związane…*, dz. cyt., s. 204.

Rynkowy cykl życia usługi, produktu i produktu usługowego jest logicznym następstwem procesu ich opracowania oraz technicznego rozwoju i rozpoczyna się po wprowadzeniu produktu do systemu dystrybucji, a w poszczególnych jego fazach zmieniają się[605]:

- wielkość popytu i wymiar sprzedaży (świadczenia) w ujęciu ilościowym i wartościowym;
- opłacalność produkcji i rentowność sprzedaży (świadczenia);
- niezbędne rozmiary dalszych nakładów na usługę, produkt i produkt usługowy oraz działania marketingowe wspierające ich pozycję na rynku (działania w zakresie dystrybucji i komunikacji marketingowej oraz polityka cen);
- cele i strategia marketingu produktu, usługi i produktu usługowego.

Charakter działań odnoszących się do przedmiotowych zmian w świadczeniu usługi, sprzedaży produktu i dystrybucji produktu usługowego przedstawiono w tabeli 26.

[604] T. Taranko, *Decyzje związane…*, dz. cyt., s. 206–207.
[605] Tamże, s. 204.

Tabela 26. Charakter działań w odniesieniu do cyklu życia usługi, produktu i produktu usługowego

FAZA CYKLU ŻYCIA	CHARAKTERYSTYKA
WPROWADZENIE NA RYNEK	1. Cel działań marketingowych: budowanie świadomości istnienia usługi, produktu i produktu usługowego oraz uzyskanie jego akceptacji ze strony nabywcy – innowatora (poprzez walory użytkowe, odpowiednią jakość i cenę); 2. Działania: informowanie potencjalnych nabywców o istnieniu usługi, produktu, produktu usługowego na rynku oraz stworzenie możliwości ich nabywania poprzez system dystrybucji i komunikację marketingową, których koszty są w tej fazie bardzo wysokie (wysokie są również koszty wytwarzania produktu wynikające z etapu „uczenia się" oraz niewykorzystanego w pełni zaplecza produkcyjnego z powodu małej skali produkcji); 3. Sprzedaż: niewielka i rośnie bardzo wolno, co sprawia, że zysk jest znikomy lub przedsiębiorstwo ponosi straty; 4. Aktywność konkurentów: niewielka; konkurenci nieliczni, wyczekujący na skutki działań przedsiębiorstwa
WZROST	1. Cel działań marketingowych: wzrost sprzedaży produktów (świadczenia usług), maksymalizacja udziału w rynku oraz jak najpełniejsze wykorzystanie zainteresowania nabywców ofertą; 2. Działania: intensywna komunikacja marketingowa ukierunkowana na wzrost udziału w rynku poprzez promocję walorów użytkowych usługi, produktu i produktu usługowego oraz działania ograniczające aktywność konkurencji (koszty produkcji, dystrybucji i komunikacji marketingowej rozkładają się na większy zakres świadczonych usług i liczbę jednostek produktu, przez co zmniejsza się jednostkowy koszt ich wytworzenia i oferowania); 3. Sprzedaż: dynamiczna i rośnie bardzo szybko, co sprawia, że przedsiębiorstwo odnotowuje wzrost zysku; 4. Aktywność konkurentów: intensywna; zainteresowanie produktem ze strony nabywców i wzrost sprzedaży sprawiają, że na rynku pojawiają się usługi, produkty i produkty usługowe bardzo podobne (często stanowiące imitacje produktu, który zdobył zaufanie nabywców), przez co zaostrza się konkurencja
DOJRZAŁOŚĆ (trwa zwykle dłużej niż dwie poprzednie fazy)	1. Cel działań marketingowych: co najmniej utrzymanie zdobytej pozycji na rynku; 2. Działania: modyfikacja usług, produktów, produktów usługowych, podejmowanie sprzedaży produktów i świadczenia usług w innych segmentach rynku lub na innych rynkach geograficznych (pojawiają się oznaki nasycenia rynku lub zainteresowanie nabywców przenosi się na pojawiające się nowsze usługi, produkty i produkty usługowe, stanowiące alternatywę dla dotychczasowych sposobów zaspokajania potrzeb);

FAZA CYKLU ŻYCIA	CHARAKTERYSTYKA
	3. Sprzedaż: rosnąca o spadającej dynamice wzrostu; spada zysk osiągany przez przedsiębiorstwo w wyniku wzrostu kosztów związanych z komunikacją marketingową, modyfikacją produktów i rozszerzaniem zakresu usług dodatkowych (słabsze podmioty, nie mogąc ograniczać kosztów i równocześnie ponosić wysokich nakładów na marketing, „wypadają" z rynku); 4. Aktywność konkurentów: niezwykle ostra, nasila się rywalizacja poprzez komunikację marketingową, obniżki cen, wprowadzane modyfikacje ofert, rozszerzane usługi dodatkowe itp.
SPADEK (SCHYŁEK)	1. Cel działań marketingowych: wykorzystanie dotychczas osiągniętej pozycji na rynku przy równoczesnym ograniczaniu kosztów związanych z utrzymywaniem usługi, produktu i produktu usługowego na rynku; 2. Działania: konieczność podjęcia decyzji o sensowności podejmowania działań przedłużających rynkowe życie usługi, produktu i produktu usługowego (np. poprzez nasilenie promocji, obniżanie cen, zmiany kanałów dystrybucji na mniej kosztowne itp.), które na dłuższą metę są nieopłacalne i mogą być zgubne dla przedsiębiorstwa, gdyż absorbują jego zasoby (konsekwencją spadającej sprzedaży produktu jest wzrost jednostkowych kosztów jego wytwarzania oraz spadek zysku, a nawet ponoszenie strat); 3. Sprzedaż: malejąca; w związku z postępem technologicznym i zmianą preferencji nabywców spada zainteresowanie ofertą, które może być powolne (np. w przypadku artykułów codziennego użytku) lub niezwykle gwałtowne (np. przy usługach, produktach i produktach usługowych podlegających modzie); 4. Aktywność konkurentów: niewielka, konkurencje stopniowo opuszczają rynek

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: T. Taranko, *Decyzje związane…*, dz. cyt., s. 205–206.

W poszczególnych fazach cyklu życia na ogół stosowane są także różne kombinacje instrumentów marketingu, a więc zmienia się charakterystyka produktów i usług, ich cena, komunikacja marketingowa, a także kanały dystrybucji (tabela 27)[606].

[606] Tamże, s. 206.

Tabela 27. Specyficzne cechy faz cyklu życia usługi, produktu i produktu usługowego

WYSZCZE-GÓLNIENIE	WPROWA-DZANIE	WZROST	DOJRZAŁOŚĆ	SPADEK (SCHYŁEK)
Popyt	rosnący	silnie rosnący	stały	malejący
Typ nabywców	innowatorzy	naśladowcy	masowi	konserwatywni
Konkurenci	nieliczni	bardzo liczni	kilku	nieliczni
Poziom zysku	niski/strata	rosnący	wysoki	malejący/strata
Koszty marke-tingu	wysokie	spadające	ustabilizowane lub spadające*	
Produkt	innowacyjne rozwiązania	lepsza jakość	racjonalizacja relacji cena – jakość	podstawowa, tańsza wersja
Cena	wysoka/niska**	niższa/wyższa**	stabilna lub obniżana	niska
Komunikacja marketingowa	intensywna informacyjno--edukacyjna	intensywna konkurencyjna	intensywna przypominająca	słabnąca przypominająca
Dystrybutorzy	niewielu	wielu	wielu	niewielu

* Zależne od nasilenia konkurencji oraz osiągania korzyści skali.

** Wysokość ceny produktu w fazie wprowadzenia zależna jest od praktykowanej przez przedsiębiorstwo strategii cen. Możliwe jest zastosowanie strategii „zbierania śmietany" – wysokich cen na wejściu z nowym produktem i potem malejących lub też odwrotnie, strategii penetracyjnej, czyli cen niskich w I fazie i stopniowo rosnących.

Źródło: T. Taranko, *Decyzje związane…*, dz. cyt., s. 206.

Zauważyć przy tym należy, że długość i przebieg cyklu życia usługi, produktu i produktu usługowego na rynku nie jest jednakowa, zależy między innymi od[607]:

- rodzaju usługi, produktu i produktu usługowego (np. komputery i produkty elektroniczne starzeją się dużo szybciej niż produkty podstawowe typu mąka czy cukier; usługi starzeją się zdecydowanie wolniej, a w odniesieniu do niektórych usług zmianie ulega tylko technologia ich świadczenia);
- rodzaju potrzeb zaspokajanych przez dany produkt, usługę czy produkt usługowy (szczególnie szybko starzeją się produkty zaspokajające potrzeby wyróżniania się, np. dodatki do ubioru, torebki itp.; usługi związane z doradztwem medycznym i farmaceutycznym są praktycznie niezmienne do czasu przełomu naukowego wynikającego

[607] Por. tamże, s. 203.

z odkrycia/wynalezienia nowej substancji czynnej czy nowego zastosowania już istniejącego produktu leczniczego);
- możliwości różnicowania i nadawania nowej struktury i właściwości (produkty o dużych możliwościach różnicowania, np. samochody pozwalają na modyfikacje, które je „odświeżają" i pozwalają na wydłużanie życia na rynku);
- podatności produktu na zmiany preferencji nabywców (np. szybko starzeją się produkty związane z modą i sezonowymi preferencjami nabywców);
- postępu technologicznego i aktywności przedsiębiorstw we wdrażaniu nowych rozwiązań do produkcji (np. wyścig technologiczny w sferze telefonii komórkowej sprawia, że kolejne modele aparatów telefonicznych starzeją się bardzo szybko; produkty medyczne starzeją się dużo wolniej; usługi farmaceutyczne są praktycznie niezmienne, zmienia się tylko ich zakres w zależności od charakteru zmian prawnych i technologia związana z ich świadczeniem).

W zależności od sytuacji i fazy cyklu życia usługi, produktu i produktu usługowego przedsiębiorstwo może podejmować różne działania marketingowe, których efektywność może być różna (tabela 28).

Tabela 28. Charakter działań marketingowych w odniesieniu do cyklu życia usługi, produktu i produktu usługowego

FAZA CYKLU ŻYCIA	CHARAKTERYSTYKA
WPROWADZENIE NA RYNEK	1. Działania informacyjne realizowane poprzez reklamę, działania edukacyjne wspierające usługę, produkt i produkt usługowy, ich prezentacje, możliwości kontaktu i wypróbowanie; 2. Wskazywanie istotnych dla potencjalnych nabywców elementów nowości i wynikających z nich korzyści (odpowiednie pozycjonowanie); 3. Adekwatnie do barier dobrane działania wspierające (np. oferta kredytowa czy zakup na raty przy barierach finansowych, pomoc w tworzeniu infrastruktury koniecznej dla rozwoju usługi, produktu i produktu usługowego na rynku itp.); 4. Wybór kanałów dystrybucji zapewniających dostępność dla nabywców i odpowiednią ekspozycję w punktach handlowych; 5. Ustalenie polityki cenowej, która pozwoli realizować zakładane tempo akceptacji nowej usługi, produktu i produktu usługowego

FAZA CYKLU ŻYCIA	CHARAKTERYSTYKA
WZROST	1. Organizacja kanałów dystrybucji i systemów sprzedaży pozwalających na maksymalizację udziału w rynku; 2. Elastyczna polityka cenowa pozwalająca skutecznie zwiększać sprzedaż produktu i produktu usługowego oraz zakres świadczenia usług nowym nabywcom na dotychczas obsługiwanym rynku lub wprowadzać je na nowe rynki geograficzne; 3. Poszukiwanie możliwości zwiększania świadczenia usługi i sprzedaży produktu oraz produktu usługowego, cieszących się zainteresowaniem różnych segmentów rynku poprzez tworzenie zróżnicowanych ich wersji (nowe odmiany, rozmiary, kolory, gatunki itp.), a co za tym idzie: znacznej elastyczności produkcji i form sprzedaży produktów i świadczenia usług; 4. Budowanie przewagi konkurencyjnej poprzez efektywną komunikację marketingową ukierunkowaną na elementy jakościowe, zakres oferowanych usług, przewagę cenową, markę itp. (komunikowanie ich służy zdobywaniu nowych nabywców, często kosztem konkurentów, oraz utrzymaniu nabywców dotychczas pozyskanych)
DOJRZAŁOŚĆ (trwa zwykle dłużej niż dwie poprzednie fazy)	1. Doskonalenie usługi, produktu i produktu usługowego: – podwyższanie poziomu jakości przy zachowaniu dotychczasowej struktury właściwości; w konsekwencji tych działań producent oferuje produkt (usługę) o wyższej trwałości, niezawodności, lepszym smaku itp., – nadawanie nowych właściwości poprzez dodawanie nowych cech i atrybutów (np. zmiana wielkości produktu, jego wagi lub materiału, z którego jest wytwarzany, dodatkowe wyposażenie, zwiększenie zakresu świadczonych usług, wprowadzenie usług dodatkowych itp.); działania te pozwalają na rozszerzanie zastosowania usługi, produktu i produktu usługowego, – podnoszenie stopnia wygody użytkowania produktu i produktu usługowego, np. poprzez zmiany sposobu jego dozowania oraz zwiększenie komfortu świadczenia usług, – poprawa bezpieczeństwa użytkowania produktu i produktu usługowego oraz bezpieczeństwa świadczenia usług, – doskonalenie estetyki produktu i produktu usługowego poprzez zmiany jego stylu, kolorystyki, oznakowania (zarówno samego produktu, jak i opakowania) oraz zmiana stylu świadczenia usług, – wzmacnianie produktu poprzez dodawanie wartości emocjonalnych w procesie pozycjonowania produktu i budowanie marki oraz optymalizacja pozycjonowania świadczonych usług; 2. Odmładzanie usługi, produktu i produktu usługowego: – poprawa estetyki produktu i produktu usługowego, jego elementów wyposażenia lub opakowania oraz wykorzystanie innowacji przy świadczeniu usług,

FAZA CYKLU ŻYCIA	CHARAKTERYSTYKA
DOJRZAŁOŚĆ (trwa zwykle dłużej niż dwie poprzednie fazy)	– wprowadzenie nowszych, bardziej odpowiadających trendom mody lub ekologii modeli produktu i produktu usługowego oraz implementacja nowych proekologicznych usług, – poprawa parametrów użytkowych produktu i produktu usługowego oraz świadczonych usług w celu dostosowania do poziomu wymagań nabywców; 3. Działania upraszczające usługę, produkt i produkt usługowy: – uproszczenie elementów składowych produktu i produktu usługowego oraz zmniejszenie zakresu usług, – modyfikacje produktu, produktu usługowego i procesu wytwarzania umożliwiających wykorzystanie części standardowych oraz modyfikacje usług w kierunku wykonywania podstawowych czynności usługowych, – redukcji ciężaru i wielkości elementów produktu i produktu usługowego oraz „odchudzanie" zakresu usługi podstawowej, – wykorzystanie tańszych materiałów i podzespołów do wytwarzania produktu i produktu usługowego oraz do świadczenia usług, – przystosowanie elementów produktu do produkcji seryjnej; 4. Intensyfikacja (nasilenie) promocji sprzedaży, kampanii reklamowych, znacznych obniżek cen; 5. Oferowanie różnych usług posprzedażowych, lepszych warunków gwarancji itp.; 6. Komunikacja marketingowa mająca na celu informowanie i przekonanie nabywców do zmian w produkcie i systemie świadczenia usług
SPADEK (SCHYŁEK)	1. Komunikacja marketingowa (głównie promocja sprzedaży) skoncentrowana na nabywcach konserwatywnych i nabywających produkt głównie ze względu na jego dostępność cenową (nazywanych maruderami); 2. Selekcja kanałów dystrybucji pozwalająca na skuteczną obsługę segmentów przy minimalizacji nakładów na ten cel (interesującym rozwiązaniem jest korzystanie z oferty outletów); 3. Rzeczowa, obiektywna ocena słabych usług, produktów i produktów usługowych oraz opracowanie dla każdego z nich planów eksploatowania zajmowanej pozycji rynkowej i ostatecznego ich wycofania z rynku w sposób, który zminimalizuje wydatki przedsiębiorstwa z tym związane

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: T. Taranko, *Decyzje związane…*, dz. cyt., s. 207–209.

Specyfika rynku farmaceutycznego pokazuje, że cechy różnicujące usługi w odniesieniu do produktów fizycznych wymagają podejmowania specjalnych działań w celu ukazania materialnej strony niematerialnych usług. Zarządzanie asortymentem produktów i jakością usług farmaceutycznych wymaga podejmowania szeregu działań ukierunkowanych na efektywne

zaspokajanie potrzeb i oczekiwań klienta. Wartością dla nabywcy usług farmaceutycznych jest dostępność szerokiej gamy produktów farmaceutycznych, co umożliwia odpowiednie zatowarowanie na etapie inicjacji działalności apteki oraz bieżącą aktualizację dostępności poszczególnych grup asortymentowych. Zapewnienie odpowiedniej szerokości i głębokości asortymentu leków wymaga znajomości preferencji nabywców oraz posiadania efektywnego systemu pozyskiwania, gromadzenia, przetwarzania i poszerzania wiedzy umożliwiającego analizę potrzeb rynku. Ułatwia to specjalne oprogramowanie umożliwiające rejestrację sprzedaży leków, ułatwiające analizę sprzedaży, stanów magazynowych, czasu magazynowania, zamawiania towaru oraz zarządzanie siecią aptek.

Apteka ogólnodostępna nie jest w stanie posiadać na wyposażeniu wszystkich rodzajów produktów farmaceutycznych w odpowiedniej ilości. Ustawodawca obliguje aptekę do posiadania produktów leczniczych i wyrobów medycznych w ilości i asortymencie niezbędnym do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych miejscowej ludności, bez egzemplifikacji produktowej. Jednocześnie dopuszcza możliwość wystąpienia w aptece braku poszukiwanego produktu leczniczego, w tym również leku recepturowego, zobowiązując kierownika apteki do zapewnienia jego nabycia w tej aptece w terminie uzgodnionym z pacjentem. Ograniczenie w dostępności asortymentu produktów leczniczych i wyrobów medycznych może wynikać z barier finansowych właściciela oraz kosztów związanych z magazynowaniem oraz z utylizacją produktów niskorotujących lub nierotujących (tzw. nierotów). Analizy sprzedaży dokonywane przy pomocy specjalnego oprogramowania komputerowego umożliwiają dokonywanie zamówień z uwzględnieniem popytu na konkretne produkty farmaceutyczne, co znacznie obniża koszty zarządzania asortymentem leków w aptece. Dodatkowo właściwie przeprowadzona analiza otoczenia demograficznego i ekonomicznego wskazuje na konieczność uwzględnienia czynników wynikających z lokalizacji apteki w polityce zatowarowania. Jak wskazuje K. Szalonka, w tym zakresie należy dokonywać zamówienia leków i kosmetyków, biorąc pod uwagę następujące zależności[608]:

– apteka blisko przychodni specjalistycznej: asortyment produktów leczniczych i wyrobów medycznych zgodny ze specjalizacją przychodni (np. w lokalizacji blisko przychodni alergologicznej duży

[608] K. Szalonka, *Marketing…*, dz. cyt., s. 70.

odsetek całego asortymentu stanowić będą preparaty antyalergiczne i produkty suplementarne);
- apteka w pobliżu praktyki lekarza pierwszego kontaktu: asortyment produktów leczniczych i wyrobów medycznych stosowanych przy typowych jednostkach chorobowych, najczęściej występujących wśród dzieci i dorosłych;
- apteka w centrum handlowym: asortyment ekskluzywnych kosmetyków i nutraceutyków (suplementów zdrowotnych) oraz podstawowy asortyment produktów leczniczych i wyrobów medycznych, głównie leki OTC;
- tzw. apteka osiedlowa: standardowy asortyment produktów leczniczych i wyrobów medycznych, leki OTC oraz materiały opatrunkowe.

Apteki o orientacji sprzedażowej (dystrybucyjnej) będą koncentrowały się głównie na maksymalizacji sprzedaży poprzez stosowanie opustów cenowych pod hasłem „promocja" oraz rabatów, kuponów czy kart stałego klienta. Asortyment takich aptek jest jednak ograniczony i ukierunkowany na produkty wysokomarżowe i tańsze zamienniki leków oryginalnych (głównie na bazie leków odtwórczych – tzw. generyków zawierających tę samą substancję czynną oraz mających te same wskazania i tę samą drogę podania przy braku różnic postaci farmaceutycznej) przy wsparciu multifacingu, pricingu i sprzedaży komplementarnej, często oderwanej od problemu zdrowotnego pacjenta, skoncentrowanej na realizacji planów sprzedażowych. Z kolei apteki o orientacji rynkowej (marketingowej) są zorientowane na efektywne zaspokajanie potrzeb klienta poprzez segmentację rynku, analizę preferencji każdego segmentu przy wykorzystaniu badań rynkowych i szerokiej gamy instrumentów komunikacji marketingowej, aby, maksymalizując satysfakcję klienta, budować relacje oparte na zaufaniu i utrzymywać jego lojalność na możliwie jak najwyższym poziomie. Asortyment takich aptek jest bardziej zróżnicowany i ukierunkowany na produkty innowacyjne i ich zamienniki przy wsparciu *category management*, multifacingu, pricingu i sprzedaży komplementarnej, ale stosowanej wyłącznie w celu uzupełnienia farmakoterapii pacjenta i tylko w wypadku braku przeciwwskazań w tym zakresie. Farmaceuci zorientowani rynkowo (marketingowo) współpracują z pozostałym personelem apteki (technikami farmaceutycznymi, specjalistami ds. marketingu) oraz przedstawicielami zawodów medycznych (lekarzami, pielęgniarkami, fizjoterapeutami), aby poprzez minimalizację marnotrawstwa w farmakoterapii i optymalizację jej efektywności doprowadzić do racjonalizacji w dyspensowaniu produktami leczniczymi i maksymalizacji

satysfakcji pacjenta. Wszystkie te czynności wpisują się w kanon zasad etyki i deontologii zawodu farmaceuty, wypełniając społeczną misję apteki, jaką jest ochrona zdrowia publicznego.

3.3.2.2. Cena vs. koszt dla nabywcy

Cena jest jedynym elementem miksu marketingowego odpowiedzialnym za przychody i stanowi jego najłatwiejszy do skorygowania element komunikujący zamierzone przez przedsiębiorstwo pozycjonowanie usługi, produktu i marki. Decyzje cenowe powinny być skorelowane ze strategią marketingową przedsiębiorstwa, charakterem jej rynków docelowych oraz pozycjonowaniem marek[609]. W powszechnym obiegu cena stanowi dla nabywcy koszt, jaki musi on ponieść, aby wejść w posiadanie produktu lub nabyć usługę. W odniesieniu do usług farmaceutycznych dla pacjenta jest inwestycją w zdrowie, czyli określa poziom nakładów, jakie musi on ponieść, aby zaspokoić swoją potrzebę zdrowotną.

Literatura przedmiotu nie operuje jedną, jednoznaczną i powszechnie akceptowaną definicją ceny. Różnorodność w tym zakresie wskazuje na duże zainteresowanie środowiska naukowego problematyką kształtowania cen, która niejednokrotnie decyduje o rynkowym „być albo nie być" przedsiębiorstwa. Dokonując analizy sposobów definiowania ceny, można mówić o dwóch zasadniczych, wzajemnie się uzupełniających podejściach. W pierwszym ujęciu cena traktowana jest jako liczba jednostek pieniężnych (wydatek, opłata), którą nabywca musi zapłacić za jednostkę produktu (usługi), natomiast w drugim stanowi odzwierciedlenie wartości produktu (usługi), względnie określenie, z jakich wartości nabywca musi zrezygnować w zamian za produkt (usługę)[610]. Wybrane definicje pojęcia „cena" w nawiązaniu do dwóch zasadniczych podejść przedstawiono w tabeli 29.

[609] Ph. Kotler, K.L. Keller, *Marketing*, dz. cyt., s. 411.

[610] R. Baran, *Decyzje związane z kształtowaniem cen*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Kluczowe pojęcia i praktyczne zastosowania* (192–203), Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2011, s. 194.

Tabela 29. Wybrane definicje pojęcia „cena”

AUTOR (TWÓRCA)	DEFINICJA POJĘCIA „CENA”
LICZBA JEDNOSTEK PIENIĘŻNYCH (WYDATEK, OPŁATA)	
H. Simon	„określona liczba jednostek pieniężnych, którą nabywca musi zapłacić za jednostkę produktu lub usługi”, „(…) ofiara, którą kupujący musi ponieść, aby wejść w posiadanie określonego dobra oraz korzystać ze związanej z nim użyteczności”
B. Rogoda	„(…) liczba jednostek pieniężnych, za którą towar zostaje wystawiony do sprzedaży”
J. Sutherland, D. Canwell	„w rzeczywistości cena pokrywa się z opłatą za produkt czy usługę lub bardziej dosłownie z kwotą, którą klient jest gotów zapłacić za produkt, w oparciu o indywidualną ocenę korzyści, jakie uzyska”
L. Garbarski, I. Rutkowski, W. Wrzosek	„cena jest, z punktu widzenia nabywców, wydatkiem, który musi być przez nich poniesiony, aby wejść w posiadanie produktu”
ODZWIERCIEDLENIE WARTOŚCI	
H. Mruk, R. Nestorowicz	„pieniężny wyraz wartości oferowanych przez przedsiębiorstwo”
G. Karasiewicz	„w ujęciu marketingowym cenę można zdefiniować jako wartość przedmiotu (produktu lub usługi) transakcji rynkowej zgodną z oczekiwaniami kupującego i sprzedającego, określoną najczęściej w ujęciu monetarnym”
P. Waniowski	„w ujęciu klasycznym wartość produktu wyrażona w pieniądzu; zgodnie z koncepcją marketingową powinna być ona traktowana jako ogół wartości, z których dana osoba musi zrezygnować, aby stać się właścicielem towaru lub usługi, oraz ryzyko związane z zakupem; rezygnuje się nie tylko z określonej sumy pieniędzy, którą zostawia się w sklepie, lecz także np. z innych możliwości spędzenia czasu potrzebnego na dokonanie zakupu”
Ph. Kotler, G. Armstrong, J. Saunders, V. Wong	„suma pieniędzy żądanych za produkt lub usługę lub suma wartości, jakie konsument wymienia w zamian za posiadanie bądź użytkowanie produktu lub usługi”
S. Dubisz	„wartość czegoś wyrażona w pieniądzach jako środku zamiennym”

Źródło: H. Simon, *Zarządzanie cenami*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1996, s. 15; B. Rogoda, *Polityka cenowa małych i średnich przedsiębiorstw*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2004, s. 15; J. Sutherland, D. Canwell, *Klucz do marketingu. Najważniejsze teorie, pojęcia, postaci*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 48; L. Garbarski, I. Rutkowski, W. Wrzosek, *Marketing. Punkt…*, dz. cyt., s. 352–353; H. Mruk, R. Nestorowicz, *Istota i ewolucja koncepcji marketingu*, [w:] Pilarczyk B., Mruk H. (red.), *Kompendium wiedzy o marketingu*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 22; G. Karasiewicz, *Marketingowe strategie cen*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1997, s. 16; P. Waniowski, *Strategie cenowe*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2003, s. 229; Ph. Kotler, G. Armstrong, J. Saunders, V. Wong, *Marketing. Podręcznik…*, dz. cyt., s. 141, 742; S. Dubisz, *Uniwersalny słownik*…, dz. cyt., t. 1, s. 381.

Pojęcia „cena" nie można rozpatrywać w oderwaniu od przepisów prawa, na gruncie którego występuje szereg legalnych definicji. Najważniejsze zostały przedstawione w tabeli 30.

Tabela 30. Podstawowe definicje pojęcia „cena" na gruncie prawa

ŹRÓDŁO PRAWA	DEFINICJA POJĘCIA „CENA"
Ustawa z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach, Dz.U. z 2001 r. Nr 97, poz. 1050, ze zm. (nieobowiązująca)	„cena – wartość wyrażona w jednostkach pieniężnych, którą kupujący jest obowiązany zapłacić przedsiębiorcy za towar lub usługę; w cenie uwzględnia się podatek od towarów i usług oraz podatek akcyzowy, jeżeli na podstawie odrębnych przepisów sprzedaż towaru (usługi) podlega obciążeniu podatkiem od towarów i usług oraz podatkiem akcyzowym"
Ustawa z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, Dz.U. Nr 50, poz. 331, ze zm.	„ilekroć w ustawie jest mowa o cenach – rozumie się przez to ceny, jak również opłaty o charakterze cen, marże handlowe, prowizje i narzuty do cen"
Ustawa z dnia 9 maja 2014 r. o informowaniu o cenach towarów i usług, Dz.U. z 2014 r., poz. 915, ze zm.	„cena – wartość wyrażona w jednostkach pieniężnych, którą kupujący jest obowiązany zapłacić przedsiębiorcy za towar lub usługę"; „cena jednostkowa towaru (usługi) – cena ustalona za jednostkę określonego towaru (usługi), którego ilość lub liczba jest wyrażona w jednostkach miar w rozumieniu przepisów o miarach"
Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, Dz.U. z 2011 r. Nr 122, poz. 696, ze zm.	„cena detaliczna – urzędowa cena zbytu leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego powiększona o urzędową marżę hurtową i urzędową marżę detaliczną oraz należny podatek od towarów i usług"
	„cena hurtowa – urzędowa cena zbytu leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego powiększona o urzędową marżę hurtową oraz należny podatek od towarów i usług"
	„cena zbytu netto – cena sprzedaży leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego do podmiotów uprawnionych do obrotu, nieuwzględniająca należnego podatku od towarów i usług"
	„urzędowa cena zbytu – cena zbytu leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego ustalona w decyzji administracyjnej o objęciu refundacją, uwzględniająca należny podatek od towarów i usług"

Źródło: Ustawa z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach, Dz.U. z 2001 r. Nr 97, poz. 1050, ze zm., art. 3 ust. 1 pkt 1 (nieobowiązująca); Ustawa z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, Dz.U. Nr 50, poz. 331, ze zm., art. 4 pkt 8; Ustawa z dnia 9 maja 2014 r. o informowaniu o cenach towarów i usług, Dz.U. z 2014 r., poz. 915, ze zm., art. 3 ust. 1 pkt 1–2; Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, Dz.U. z 2011 r. Nr 122, poz. 696, ze zm., art. 2 pkt 4–6, 26.

W odniesieniu do rynku farmaceutycznego pojęcie „ceny" zostało uściślone w ustawie refundacyjnej, w której wprowadzono pojęcia „ceny detalicznej", „ceny hurtowej", „ceny zbytu netto" i „urzędowej ceny zbytu". Ceny produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz świadczonych przez aptekę ogólnodostępną usług farmaceutycznych są uzgadniane przez strony zawierające umowę w ramach przysługującej im swobody uzgadniania cen, będącej emanacją fundamentalnej dla całego systemu prawa zasady swobody umów[611]. Ograniczenia swobody uzgadniania cen mogą być wprowadzone wyłącznie na podstawie odpowiednich przepisów ustawowych.

W ustawie refundacyjnej ustawodawca wprowadził urzędową marżę hurtową w wysokości 5% urzędowej ceny zbytu, która może być dzielona pomiędzy przedsiębiorców prowadzących obrót hurtowy[612]. W odniesieniu do urzędowej marży detalicznej ustawodawca określił, że nalicza się ją od ceny hurtowej leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego stanowiącego podstawę limitu w danej grupie limitowej, w wysokości określonej w tabeli 31.

Tabela 31. Zasady naliczania urzędowej marży detalicznej

OD	DO	ZASADA MARŻY
-	5,00 zł	40%
5,01 zł	10,00 zł	2 zł + 30% × (x – 5,00 zł)
10,01 zł	20,00 zł	3,50 zł + 20% × (x – 10,00 zł)
20,01 zł	40,00 zł	5,50 zł + 15% × (x – 20,00 zł)
40,01 zł	80,00 zł	8,50 zł + 10% × (x – 40,00 zł)
80,01 zł	160,00 zł	12,50 zł + 5% × (x – 80,00 zł)
160,01 zł	320,00 zł	16,50 zł + 2,5% × (x – 160,00 zł)
320,01 zł	640,00 zł	20,50 zł + 2,5% × (x – 320,00 zł)
640,01 zł	1280,00 zł	28,50 zł + 2,5% × (x – 640,00 zł)
1280,01 zł		44,50 zł + 1,25% × (x – 1280,00 zł)

x – oznacza cenę hurtową leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego stanowiącego podstawę limitu, uwzględniającą liczbę DDD leku (dobową dawkę leku ustaloną przez Światową Organizację Zdrowia), jednostek środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego w opakowaniu albo liczbę jednostkowych wyrobów medycznych, albo liczbę jednostek wyrobu medycznego

Źródło: Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, Dz.U. z 2011 r. Nr 122, poz. 696, ze zm., art. 7 ust. 4.

[611] Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, Dz.U. z 1964 r. Nr 16, poz. 93, ze zm., art. 353[1]; M. Ożóg, *System handlu…*, dz. cyt., s. 539.

[612] Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, Dz.U. z 2011 r. Nr 122, poz. 696, ze zm., art. 7 ust. 1–3.

Apteki ogólnodostępne jako podmioty uprawnione do obrotu detalicznego są zobowiązane do stosowania urzędowej marży detalicznej naliczanej od ceny hurtowej[613]. Ceny leków oraz wyrobów medycznych nieobjętych systemem refundacji są określane według uznania stron, czyli są uzgadniane przez strony zawierające umowę w ramach przysługującej im swobody kształtowania cen. Swoboda ta jest jednak ograniczona właściwością (naturą) stosunku prawnego, ustawą oraz zasadami współżycia społecznego.

Tabela 32. Kategorie dostępności refundacyjnej oraz poziomy odpłatności

<table>
<tr><th colspan="2">KATEGORIE DOSTĘPNOŚCI REFUNDACYJNEJ</th><th>POZIOMY ODPŁATNOŚCI</th></tr>
<tr><td>1</td><td>Lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny dostępny w aptece na receptę:
a) w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń;
b) we wskazaniu określonym stanem klinicznym</td><td>1) bezpłatnie;
2) za odpłatnością ryczałtową (3,20 zł);
3) za odpłatnością w wysokości 30% albo 50% ich limitu finansowania
– do wysokości limitu finansowania i za dopłatą w wysokości różnicy między ceną detaliczną a wysokością limitu finansowania</td></tr>
<tr><td>2</td><td>Lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego stosowany w ramach programu lekowego</td><td rowspan="3">Stosowane w systemie lecznictwa zamkniętego bez możliwości zakupu w aptece ogólnodostępnej</td></tr>
<tr><td>3</td><td>Lek stosowany w ramach chemioterapii:
a) w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń;
b) we wskazaniu określonym stanem klinicznym</td></tr>
<tr><td>4</td><td>Lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego stosowany w ramach udzielania świadczeń gwarantowanych, innych niż wymienione w pkt 1–3</td></tr>
</table>

Źródło: Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, Dz.U. z 2011 r. Nr 122, poz. 696, ze zm., art. 6 ust. 1–2.

System prawa farmaceutycznego szczegółowo normuje zasady refundacji leków, wyrobów medycznych oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego. Refundacja stanowi istotną część ogółu środków przeznaczonych na gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej i obejmuje leki, wyroby medyczne oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, których wykaz jest od 1 stycznia 2012 r. zamieszczany

[613] Tamże, art. 7 ust. 5.

w specjalnym obwieszczeniu, aktualizowanym co dwa miesiące[614]. Przyjmuje się następujące kategorie dostępności refundacyjnej oraz poziomy odpłatności (tabela 32).

W odniesieniu do dystrybucji leków refundowanych ustawodawca zobowiązał osobę wydającą produkty farmaceutyczne (farmaceutę, technika farmaceutycznego) do[615]:

- informowania pacjenta o możliwości nabycia leku objętego refundacją, innego niż lek przepisany na recepcie, o tej samej nazwie międzynarodowej, dawce, postaci farmaceutycznej, która nie powoduje powstania różnic terapeutycznych, i o tym samym wskazaniu terapeutycznym, którego cena detaliczna nie przekracza limitu finansowania ze środków publicznych oraz ceny detalicznej leku przepisanego na recepcie;
- wydania na żądanie pacjenta leku refundowanego, którego cena detaliczna jest niższa niż cena leku przepisanego na recepcie;
- wydania leku innego niż lek przepisany na recepcie, o tej samej nazwie międzynarodowej, dawce, postaci farmaceutycznej, która nie powoduje powstania różnic terapeutycznych, i o tym samym wskazaniu terapeutycznym, którego cena detaliczna jest równa lub wyższa od ceny leku przepisanego na recepcie;
- wydania leku nieobjętego refundacją, innego niż lek przepisany na recepcie, o tej samej nazwie międzynarodowej, dawce oraz o postaci farmaceutycznej, która nie powoduje powstania różnic terapeutycznych, za 100% odpłatnością.

---

[614] Do 31 grudnia 2011 r. wykaz leków refundowanych był ustalany w formie rozporządzenia Ministra Zdrowia. W wyniku wdrożenia „ustawy refundacyjnej" od 1 stycznia 2012 r. dokonano zastąpienia procedury legislacyjnej procedurą administracyjną, stąd wykazy leków refundowanych są ogłaszane w trybie obwieszczenia, którego podstawą są ostateczne decyzje Ministra Zdrowia o objęciu refundacją danego produktu leczniczego lub wyrobu medycznego i środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego. Dokonano tym samym pełniejszej implementacji dyrektywy przejrzystości (Dyrektywa Rady Nr 89/105/EWG z dnia 21 grudnia 1988 r. dotycząca przejrzystości środków regulujących ustalanie cen na produkty lecznicze przeznaczone do użytku przez człowieka oraz włączenia ich w zakres krajowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych, Dz. Urz. UE z dnia 11 lutego 1989 r., L 40/8, ze zm.), której zapisy stawiają wymóg, aby objęcie refundacją produktów leczniczych następowało na podstawie decyzji administracyjnej wydanej przez Ministra Zdrowia w terminach określonych tą dyrektywą. M. Świerczyński, *Obrót produktami leczniczymi oraz wymagania dotyczące podmiotów prowadzących obrót*, [w:] Krekora M., Świerczyński M., Traple E., *Prawo farmaceutyczne* (390–452), LEX a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 432, 447.

[615] Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, Dz.U. z 2011 r. Nr 122, poz. 696, ze zm., art. 44.

Ustawodawca dał również farmaceucie lub technikowi farmaceutycznemu uprawnienie do wydania leku w opakowaniu zawierającym różną – o maksymalnie 10% – liczbę dawek niż określona na recepcie. Wskazane działania mają na celu racjonalizację kosztów wydawania produktów refundowanych i są oparte na woli pacjenta, który ostatecznie dokonuje wyboru.

Cena leku stanowi jeden z kluczowych determinantów wyboru apteki przez klienta, a w odniesieniu do podmiotów o zbliżonej lokalizacji jest najważniejszym kryterium decydującym[616]. Stanowi pieniężny wymiar wartości dla klienta i jest do niej wprost proporcjonalna (im wyższa wartość, tym wyższa cena). Cena jest dość powszechnie wykorzystywana jako instrument konkurowania na coraz bardziej dojrzałych rynkach, co jest charakterystyczne dla aptecznego rynku farmaceutycznego, który już od dłuższego czasu znajduje się w fazie dojrzałości[617]. Należy jednak podchodzić z dużą ostrożnością do manipulowania ceną, ponieważ, jak wskazuje H. Simon, obniżenie ceny o 1% wymaga zwiększenia obrotu o 4%, aby zrealizować marżę na tym samym poziomie, zaś obniżenie ceny o 5% może spowodować spadek zysku o 50%[618]. Z tego względu lepiej konkurować jakością i wartością usług farmaceutycznych niż obniżaniem ceny[619].

Cena w ekonomii ma znaczenie szczególne, istotne zarówno dla konsumenta (pacjenta), reprezentującego popyt, jak i dla przedsiębiorstwa (apteki), reprezentującego podaż (tabela 33).

Podkreślić przy tym należy, że przy ustalaniu ceny na produkty farmaceutyczne (nie licząc leków refundowanych) należy uwzględnić trzy podstawowe czynniki[620]:

- koszty (ang. *costs*) wyznaczające cenę minimalną;
- ceny konkurentów (ang. *competitors*) służące za punkt odniesienia;
- ocenę unikatowych cech produktów farmaceutycznych dokonaną przez klientów (ang. *customers*) wyznaczającą cenę maksymalną.

[616] Por. K. Szalonka, *Marketing…*, dz. cyt., s. 44–50.
[617] Por. H. Mruk, *Strategie cenowe aptek*, [w:] Mruk H. (red.), *Marketingowe zarządzanie apteką* (170–183), ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013, s. 175.
[618] H. Simon, *33 sposoby na kryzys gospodarczy. Natychmiastowe rozwiązania dla twojej firmy*, Difin, Warszawa 2009, s. 46.
[619] H. Mruk, *Strategie cenowe…*, dz. cyt., s. 170.
[620] Por. Ph. Kotler, K.L. Keller, *Marketing*, dz. cyt., s. 424.

Tabela 33. Funkcje ceny z punktu widzenia nabywców (pacjentów) i przedsiębiorstwa (apteki)

FUNKCJE CENY Z PUNKTU WIDZENIA NABYWCY (PACJENTA)	FUNKCJE CENY Z PUNKTU WIDZENIA PRZEDSIĘBIORSTWA (APTEKI) stosującego ją jako instrument marketingowy
– informuje o tym, czy z finansowego punktu widzenia warto (czy się opłaca) kupić produkt (lek); – stanowi miernik jakości (wartości) nabywanego produktu (leku); – pozwala na realizowanie emocjonalnych celów nabywcy (demonstrowanie swojego statusu społecznego), podnosi prestiż nabywcy (w przypadku ceny wysokiej)	– zapewnia zwrot kosztów poniesionych w wyniku świadczenia przez aptekę usług farmaceutycznych; – pozwala na realizację celów marketingowych (zwiększenie udziału w rynku, ograniczenie wejścia na rynek nowym konkurentom itp.); – zachęca nabywców do zakupu leków w danej aptece; – pozwala wyróżnić się na tle konkurentów, stanowiąc istotny czynnik zdobywania przewagi konkurencyjnej; – zwiększa zyski apteki

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: R. Baran, *Decyzje związane z kształtowaniem cen*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Koncepcja skutecznych działań* (232–246), Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2011, s. 234.

Analizując zachowania rynkowe aptek ogólnodostępnych, zauważyć należy, że najczęściej wybierają one metodę ustalania ceny, która uwzględnia co najmniej dwa z trzech czynników (koszty oraz ceny konkurentów). Metoda 3C stanowi podstawowy element przy kształtowaniu własnej strategii cenowej. Podstawowe strategie cenowe przedstawiono w tabeli 34.

Tabela 34. Podstawowe strategie cenowe aptek ogólnodostępnych

STRATEGIA CENOWA	CHARAKTERYSTYKA
STRATEGIA MARŻY	Określenie ceny poprzez dodanie do kosztów produktów zakupionych w hurtowni farmaceutycznej oraz nabytych u innego dostawcy (np. kosmetyki) standardowej marży (nie dotyczy leków refundowanych). Wysokość marży jest uzależniona od charakteru warunków handlowych między apteką a hurtownią farmaceutyczną (lub innym dostawcą) oraz od natężenia procesów konkurencyjnych i stanowi kombinację pomiędzy poziomem kosztów funkcjonowania apteki a oczekiwaniami konsumentów
STRATEGIA ZWROTU DOCELOWEGO	Określenie ceny pozwalającej na realizację docelowej stopy zwrotu z inwestycji (ROI – ang. *return of investment*). Cenę docelowego zwrotu można obliczyć według wzoru: $\text{cena zwrotu docelowego} = \text{koszt jednostkowy} + \frac{\text{pożądany zwrot} \times \text{zainwestowany kapitał}}{\text{sprzedaż}}$

STRATEGIA CENOWA	CHARAKTERYSTYKA
	Realizacja docelowej stopy zwrotu z inwestycji na oczekiwanym przez aptekę poziomie może nastąpić pod warunkiem spełnienia oczekiwań dotyczących kosztów oraz wartości sprzedaży. Do prognozowania i symulowania można wykorzystać analizę progu rentowności
STRATEGIA WARTOŚCI SPOSTRZEGANEJ	Określenie ceny na podstawie wartości spostrzeganej przez klientów. Na wartość spostrzeganą w odniesieniu do produktów farmaceutycznych (nieobjętych refundacją) składa się wiele czynników, takich jak: wyobrażenie nabywcy o jakości (skuteczności) produktu, świadczenia oferowane przez aptekę związane z zakupem konkretnego produktu, marka produktu oraz reputacja, wiarygodność i poważanie apteki oraz farmaceutów w niej zatrudnionych. Kluczem do sukcesu strategii wartości spostrzeganej jest dostarczenie wyższej, unikatowej wartości niż konkurent oraz zademonstrowanie tego potencjalnym nabywcom. Apteki próbują oszacować wartość swojej oferty, wykorzystując oceny menedżerskie, zogniskowane wywiady grupowe, badania ankietowe, eksperymenty oraz analizę danych historycznych w celu określenia oczekiwań klienta odnośnie do oferty produktowej, charakteru świadczonych usług farmaceutycznych oraz „rozsądnej ceny”
STRATEGIA DOBREJ CENY	Określenie stosunkowo niskiej ceny za produkty (nieobjęte refundacją) o wysokiej jakości w celu pozyskania i utrzymania lojalnych klientów. Strategia dobrej ceny nie sprowadza się wyłącznie do kwestii ustalenia niskich cen, lecz do przeprojektowania działalności apteki, aby stała się ona placówką świadczącą usługi farmaceutyczne na najwyższym możliwym poziomie po stosunkowo niskiej cenie. Można to osiągnąć poprzez wynegocjowanie korzystnych warunków handlowych z hurtownią farmaceutyczną i innymi dostawcami (zakup produktów po niższej cenie, z większym rabatem dla apteki) oraz poprzez realizację zamówień pakietowych, umożliwiających uzyskanie większego rabatu. Pozwala to na ustalenie stosunkowo niskiej ceny dla klienta przy jednoczesnym utrzymaniu odpowiedniego poziomu marży detalicznej
STRATEGIA AKTUALNEJ STAWKI	Określenie ceny na podstawie cen oferowanych przez podmioty konkurencyjne. Strategia aktualnej stawki sprawdza się w sytuacji, gdy reakcja konkurentów jest niepewna oraz trudno oszacować koszty. Wiele aptek podporządkowuje cenę przyjętemu przeciętnemu poziomowi cen, aby nie „drażnić” konkurenta oraz nie wywoływać wojny cenowej

Źródło: K. Żak, *Działania marketingowe…*, dz. cyt., s. 158, na podstawie: Ph. Kotler, K.L. Keller, *Marketing*, dz. cyt., s. 425–431.

Cena stanowi również odzwierciedlenie celu polityki cenowej przedsiębiorstwa, którym może być: przetrwanie, maksymalizacja bieżącego zysku, maksymalizacja udziału w rynku, „zebranie śmietanki” z rynku oraz wiodąca jakość produktu[621]. W zależności od precyzji sformułowania i jednoznaczności

[621] Tamże, s. 418–419.

przyjętych przez przedsiębiorstwo celów w odniesieniu do procesu pozycjonowania oferty rynkowej ustalenie poziomu cen może przebiegać w sposób łatwiejszy lub bardziej skomplikowany. Punktem wyjścia jest określenie wrażliwości potencjalnych klientów na cenę oraz ustalenie przebiegu krzywej popytu. Obniżona wrażliwość na cenę (popyt nieelastyczny) wpływa na jej akceptację ze strony klienta, natomiast popyt elastyczny wywołuje konieczność różnicowania cen[622]. Należy przy tym podkreślić, że nie ma gotowej recepty na efektywną strategię cenową, a jej wybór jest ściśle uzależniony od charakteru prowadzonej aktywności, warunków otoczenia rynkowego apteki, kształtu polityki asortymentowej oraz akceptacji klientów.

3.3.2.3. Dystrybucja vs. wygoda nabycia

Dystrybucja w rozumieniu instrumentu marketingu stanowi działalność związaną z dostarczaniem produktów (dóbr materialnych lub usług) finalnym nabywcom[623]. Polega na podejmowaniu czynności, dzięki którym produkt wraz z prawem własności (w przypadku sprzedaży) lub prawem korzystania z produktu (w przypadku dzierżawy) zostaje dostarczony z miejsca wytworzenia do finalnego nabywcy i obejmuje kształtowanie kanałów dystrybucji oraz kształtowanie fizycznego przepływu produktów. Głównym zadaniem dystrybucji rozumianej jako instrument marketingu jest zapewnienie finalnym nabywcom dostępności produktów (usług) w sposób zgodny z ich potrzebami (w odpowiednim miejscu, czasie, przy zachowaniu odpowiedniej formy obsługi)[624].

Dystrybucja jest procesem przemieszczania dóbr (leków) ze sfery wytwarzania do ostatecznych nabywców (klientów, pacjentów) oraz obejmuje dwa zasadnicze obszary: kanały dystrybucji i logistykę, czyli fizyczne przemieszczanie produktów[625]. Różnice pomiędzy podażą produktów farmaceutycznych i popytem (faktycznym zapotrzebowaniem), dotyczące rodzaju i asortymentu produktów, miejsca i czasu wytwarzania i konsumpcji oraz wielkości zamówienia powodują, że istotne znaczenie zyskują decyzje dotyczące kształtowania kanałów dystrybucji i fizycznych procesów przepływów produktów farmaceutycznych. Podstawowe cechy dystrybucji to:

---

[622] K. Żak, *Działania marketingowe…*, dz. cyt., s. 158–159.

[623] R. Baran, *Decyzje związane z dystrybucją*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Koncepcja skutecznych działań* (247–261), Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2011, s. 247.

[624] R. Baran, *Decyzje związane z dystrybucją*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Kluczowe pojęcia i praktyczne zastosowania* (204–213), Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2011, s. 204–205.

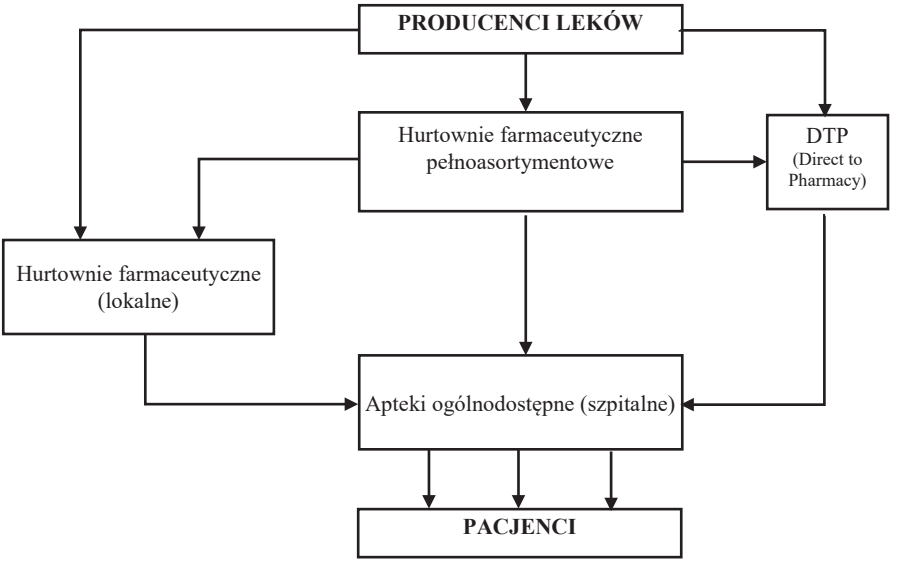
[625] B. Pilarczyk, *Procesy dystrybucji…*, dz. cyt., s. 155–156.

– strategiczne znaczenie w budowaniu przewagi konkurencyjnej – liczba kanałów dystrybucji może decydować o przewadze kosztowej (im więcej szczebli pośrednich, tym wyższe koszty zakupu produktów farmaceutycznych);
– duży udział w tworzeniu wartości dodanej dla klienta – dystrybucja wpływa na dostępność produktu farmaceutycznego i wygodę nabycia (pacjent otrzymuje lek w odpowiednim miejscu, czasie, ilości i przy zapewnieniu odpowiedniej formy obsługi i akceptowanym poziomie ceny);
– długookresowy charakter – zakres i charakter dystrybucji wynikają z przyjętej przez przedsiębiorstwo długookresowej strategii dystrybucji, która determinuje kształt struktury organizacyjnej (zmiana strategii dystrybucji wymaga zatem reorganizacji przedsiębiorstwa, co jest procesem niezwykle skomplikowanym, czasochłonnym i kosztownym).

Specyfika obrotu handlowego na aptecznym rynku farmaceutycznym, wynikająca ze szczególnego charakteru przedmiotu obrotu (produkt leczniczy), specyfiki procesu świadczenia usług farmaceutycznych oraz prawnych uregulowań procesów dystrybucji wskazuje, że charakter produktu determinuje jego drogę do ostatecznego nabywcy. Leki wydawane z przepisu lekarza (leki na receptę – Rx) przechodzą zawsze przez wyspecjalizowanych, instytucjonalnie wyodrębnionych pośredników (hurt farmaceutyczny, apteki ogólnodostępne), co zostało szczegółowo uregulowane w systemie prawa farmaceutycznego (rysunek 55).

Ważną rolę w procesie dystrybucji pełnią lekarze, którzy, mimo że nie reprezentują producenta, importera, pośrednika ani klienta, odgrywają kluczową rolę w procesie podejmowania decyzji, dotyczących szczególnie leków na receptę[626]. Istota roli lekarza w procesie dystrybucji wynika z nadanych mu przez ustawodawcę uprawnień do wystawiania recept lekarskich, dzięki którym wpływa on na rodzaj leku przepisanego pacjentowi[627].

[626] Por. T.M. Miśkiewicz, *Marketing na rynku…*, dz. cyt., s. 157; K. Szalonka, *Marketing na rynku farmaceutycznym*, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2002, s. 136.
[627] K. Żak, *Działania marketingowe…*, dz. cyt., s. 160.



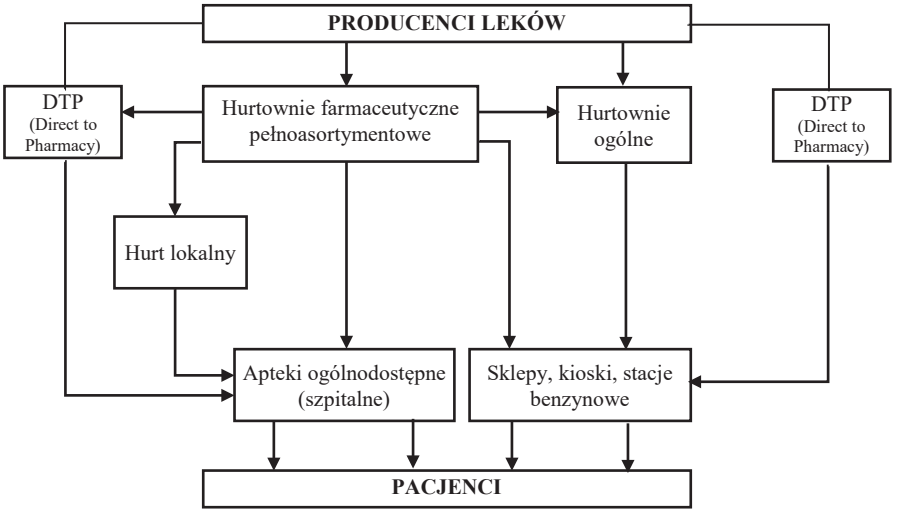
Rysunek 55. Kanały dystrybucji na rynku farmaceutycznym (leki Rx)
Źródło: B. Pilarczyk, *Procesy dystrybucji…*, dz. cyt., s. 156.

Leki przeznaczone do tzw. sprzedaży odręcznej (OTC) mogą być dystrybuowane z pominięciem hurtowni farmaceutycznych i aptek ogólnodostępnych, a niektóre z nich mogą być sprzedawane m.in. w sklepach spożywczych, supermarketach, kioskach, na stacjach benzynowych, w drogeriach i sklepach zielarskich. Mogą być oferowane także z pominięciem stałych punktów sprzedaży, czyli w automatach lub przez Internet (rysunek 56)[628].

Oczekiwania ostatecznych nabywców produktów farmaceutycznych w zakresie dystrybucji leków dotyczą[629]:

- odpowiedniego pogrupowania asortymentowego (dostępności poszukiwanych leków, ich substytutów, zamienników w obrębie danej grupy produktów farmaceutycznych);
- możliwie szybkiego – często natychmiastowego – zaspokojenia potrzeb (ciągłość dostaw);
- odpowiedniej lokalizacji aptek (możliwie najbliżej miejsca zamieszkania);
- dostępności aptek (dogodna lokalizacja, dojazd, punkty sprzedaży czynne całą dobę).

[628] B. Pilarczyk, *Procesy dystrybucji…*, dz. cyt., s. 157.
[629] Tamże.



Rysunek 56. Kanały dystrybucji na rynku farmaceutycznym (leki OTC)
Źródło: B. Pilarczyk, *Procesy dystrybucji…*, dz. cyt., s. 157.

Wygoda nabycia produktów i usług farmaceutycznych stanowi kluczowy zestaw czynników określających preferencje klienta przy wyborze apteki.

Duże znaczenie w procesach zarządzania dystrybucją na rynku farmaceutycznym mają uwarunkowania prawne, które determinują charakter oraz strukturę kanałów dystrybucji. Obrót produktami leczniczymi może odbywać się wyłącznie na zasadach określonych w ustawie Prawo farmaceutyczne, co znajduje swoje odzwierciedlenie w art. 65 przedmiotowej ustawy[630]. Pod pojęciem „obrotu produktami leczniczymi" należy rozumieć każdą formę przeniesienia własności produktu leczniczego[631]. Ustawodawca mianem obrotu hurtowego określa wszelkie działania polegające na zaopatrywaniu się, przechowywaniu, dostarczaniu lub eksportowaniu produktów leczniczych lub produktów leczniczych weterynaryjnych, będących własnością podmiotu dokonującego tych czynności albo innego uprawnionego podmiotu, posiadających pozwolenie na dopuszczenie do obrotu lub pozwolenie, prowadzone z wytwórcami lub importerami w zakresie wytwarzanych lub importowanych przez nich produktów leczniczych, lub z przedsiębiorcami zajmującymi się obrotem hurtowym, lub z aptekami lub zakładami

[630] R. Styczyński, *Apteka. Zasady opodatkowania i funkcjonowania aptek*, Wszechnica Podatkowa, Kraków 2008, s. 56.

[631] M. Jagielska, *Obrót produktami leczniczymi. Objaśnienia do art. 65–73*, [w:] Ogiegło L. (red.), *Prawo farmaceutyczne. Komentarz* (621–653), Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2010, s. 623.

leczniczymi dla zwierząt, lub z innymi upoważnionymi podmiotami, z wyłączeniem bezpośredniego zaopatrywania ludności[632]. Obrót hurtowy produktami leczniczymi mogą prowadzić wyłącznie hurtownie farmaceutyczne[633]. Z definicji obrotu hurtowego ustawodawca wyłączył[634]:

- przyjmowanie i wydawanie, w tym przywóz z zagranicy i wywóz za granicę produktów leczniczych i wyrobów medycznych przeznaczonych na pomoc humanitarną, z wyłączeniem środków odurzających i substancji psychotropowych oraz zawierających prekursory kategorii 1, jeżeli odbiorca wyrazi zgodę na ich przyjęcie – pod warunkiem że produkty te będą spełniać wymagania określone odrębnymi przepisami;
- przyjmowanie, przechowywanie i wydawanie przez stacje sanitarno-epidemiologiczne szczepionek zakupionych w ramach Programu Szczepień Ochronnych;
- sprzedaż przez naczelników urzędów skarbowych towarów zatrzymanych.

Z kolei obrót detaliczny produktami leczniczymi prowadzony jest w aptekach ogólnodostępnych, punktach aptecznych oraz placówkach obrotu pozaaptecznego[635]. System prawa farmaceutycznego normuje również kwalifikacje osób zajmujących się sprzedażą leków oraz zasady dopuszczania leków do obrotu.

W obrocie lekami obowiązują także zasady Dobrej Praktyki Dystrybucji, które obejmują[636]:

- procedury działalności dystrybucyjnej mające wpływ na jakość produktów leczniczych (np. odbiór i sprawdzanie dostaw, przechowywanie produktów leczniczych, czystość i konserwacja pomieszczeń, rejestracja warunków przechowywania, zabezpieczenie produktów leczniczych);
- procedury obowiązujące pracownika przyjmującego i wydającego produkty lecznicze;
- procedury postępowania dotyczące produktów leczniczych nieodpowiadających wymaganiom jakościowym (w tym zwróconych lub wycofanych z obrotu);

[632] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 72, ust. 3.
[633] Tamże, art. 72 ust. 1.
[634] Tamże, art. 72 ust. 8 pkt 2–4.
[635] Tamże, art. 68 ust. 1.
[636] B. Pilarczyk, *Procesy dystrybucji…*, dz. cyt., s. 158.

– procedury postępowania z produktami leczniczymi będącymi przedmiotem reklamacji[637].

Procesy dystrybucyjne rynku farmaceutycznego obejmują również handel równoległy, który polega na obrocie towarami chronionymi patentami na danym rynku przez podmioty trzecie, które rozprowadzają dany towar na innym obszarze bez autoryzacji praw producenta, niezależnie od jego kanałów dystrybucyjnych i często wbrew jego woli[638]. Legalna definicja importu równoległego została zawarta w ustawie Prawo farmaceutyczne. Importem równoległym jest każde działanie będące obrotem hurtowym, polegające na sprowadzeniu z państw członkowskich Unii Europejskiej lub państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stron umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym – produktu leczniczego spełniającego łącznie następujące warunki[639]:

– sprowadzony produkt leczniczy posiada tę samą substancję czynną (substancje czynne), co najmniej te same wskazania do 3 poziomu kodu ATC/ATCvet (kod międzynarodowej klasyfikacji anatomiczno-terapeutyczno-chemicznej produktów leczniczych/kod międzynarodowej klasyfikacji anatomiczno-terapeutyczno-chemicznej produktów leczniczych weterynaryjnych), tę samą moc, tę samą drogę podania oraz tę samą postać jak produkt leczniczy dopuszczony do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub postać zbliżoną, która nie powoduje powstania różnic terapeutycznych w stosunku do produktu leczniczego dopuszczonego do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
– sprowadzony produkt leczniczy i produkt leczniczy dopuszczony do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej są odpowiednio w państwie, z którego produkt jest sprowadzony, i na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jednocześnie referencyjnymi produktami leczniczymi albo jednocześnie odpowiednikami referencyjnych produktów leczniczych.

Zasadniczo obserwuje się przepływ produktów z obszarów o niższych cenach do państw, w których ceny kształtują się na wyższym poziomie. Handel równoległy może zatem stanowić podstawę budowania przewagi

[637] Szczegółowo standardy Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej zostały opisane w podrozdziale 3.2.3.
[638] B. Pilarczyk, *Procesy dystrybucji…*, dz. cyt., s. 162.
[639] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 2, pkt 7b.

konkurencyjnej przez aptekę, jeżeli korzyści dla apteki oraz klientów osiągną akceptowany poziom. Korzyści te mogą pochodzić z dwóch źródeł[640]:

- pierwsze – wyższa marża na oferowanych lekach (nawet wobec ich niższej ceny);
- drugie – mniej środków zaangażowanych w obrót (obliczenia „importerów równoległych" pokazały, że apteka mająca w asortymencie leki z importu równoległego może zmniejszyć zaangażowane kwoty od 7000 do 20 000 PLN).

Do zalet importu równoległego można zaliczyć również oszczędności dla pacjenta i budżetu państwa, albowiem wpływa on pozytywnie na konkurencję (często następuje obniżenie przez producenta cen leków oferowanych w kraju docelowym)[641].

Z uwagi na liczbę pośredników w kanałach dystrybucji wyróżnia się trzy typy dystrybucji na rynku farmaceutycznym:

- dystrybucja intensywna – oznacza oferowanie produktów w jak największej liczbie punktów sprzedaży (dotyczy leków OTC, które są oferowane w aptekach ogólnodostępnych, punktach aptecznych, sklepach zielarsko-medycznych, sklepach specjalistycznych zaopatrzenia medycznego, sklepach ogólnodostępnych: hipermarketach i supermarketach, małych sklepach detalicznych, drogeriach, kioskach i na stacjach benzynowych);
- dystrybucja selektywna – oznacza korzystanie z usług ograniczonej liczby wyspecjalizowanych pośredników (dotyczy produktów leczniczych, np. leków Rx, które apteka musi zakupić poprzez hurtownię farmaceutyczną);
- dystrybucja wyłączna – oparta na ograniczeniach liczby pośredników w kanałach dystrybucji – stosowana w lecznictwie zamkniętym, czyli w sytuacji pobytu pacjenta w szpitalu (dotyczy stosowanych pod nadzorem lekarza produktów immunologicznych, krwiopochodnych, radiofarmaceutycznych oraz produktów leczniczych terapii zaawansowanej), oraz będąca elementem strategii dystrybucyjnej (dotyczy produktów kosmetycznych niektórych marek, np. Vichy, La Roche-Posay, Bioderma, Avené, Iwostin, Emolium).

[640] H. Mruk, *Korzyść dla apteki i pacjenta. Import równoległy*, „Manager Apteki" 2012, 6/12, s. 43–44.

[641] B. Pilarczyk, *Procesy dystrybucji…*, dz. cyt., s. 163.

Szczegółowo rodzaje dystrybucji na rynku farmaceutycznym zostały przedstawione w tabeli 35.

Tabela 35. Rodzaje dystrybucji na rynku farmaceutycznym

CECHY	DYSTRYBUCJA		
	INTENSYWNA	**SELEKTYWNA**	**WYŁĄCZNA**
Cel	Szeroka dostępność leków, ograniczony stopień kontroli przechowywania i wydawania, duża skala obrotu	Ograniczona, ale duża dostępność leków, pełna kontrola nad procesem przechowywania i wydawania, wysoka sprzedaż i zysk	Ograniczona dostępność, prestiż, unikatowość oferty, pełna kontrola nad procesem przechowywania i wydawania, wysoka marża zysku
Typ hurtu i punktów sprzedaży detalicznej	Hurt farmaceutyczny i inny posiadający uprawnienia, duża liczba punktów sprzedaży detalicznej (apteki ogólnodostępne, punkty apteczne, placówki obrotu pozaaptecznego: sklepy zielarsko-medyczne, sklepy specjalistyczne zaopatrzenia medycznego, sklepy ogólnodostępne: hipermarkety, supermarkety, sklepy spożywcze, kioski, stacje benzynowe, drogerie itp.), sprzedaż przez Internet	Hurt farmaceutyczny, apteki ogólnodostępne, zakładowe, szpitalne, punkty apteczne, sprzedaż przez Internet ograniczona do leków OTC i dermokosmetyków	Hurt farmaceutyczny, apteki szpitalne
Klienci (pacjenci)	Bardzo duża liczba klientów	Ograniczona liczba klientów (pacjentów)	Pacjenci wymagający leczenia w systemie lecznictwa zamkniętego (pacjenci szpitali)
Rola instrumentów (marketing-mix)	Produkt: leki OTC, w tym także przeznaczone do sprzedaży pozaaptecznej, suplementy diety, dermokosmetyki itp.; Cena: zróżnicowana; Dystrybucja: dobrze rozwinięta sieć dystrybucji;	Produkt: produkty lecznicze (OTC i Rx), wyroby medyczne, dermokosmetyki; opieka farmaceutyczna, usługi farmaceutyczne, oczekiwane doradztwo przy sprzedaży; Cena: zróżnicowana; Dystrybucja: dobrze rozwinięta sieć dystrybucji;	Produkt: leki wysoko specjalistyczne (produkty immunologiczne, krwiopochodne, radiofarmaceutyczne oraz produkty lecznicze terapii zaawansowanej), niektóre kosmetyki (np. Vichy, La Roche-Posay, Bioderma, Avené, Iwostin, Emolium); oczekiwana opieka farmaceutyczna;

CECHY	DYSTRYBUCJA		
	INTENSYWNA	SELEKTYWNA	WYŁĄCZNA
	Komunikacja marketingowa: masowa reklama, duża skuteczność promocji sprzedaży	Komunikacja marketingowa: skuteczna reklama produktów leczniczych (OTC) prowadzona przez podmioty odpowiedzialne i sprzedaż osobista dla leków Rx, zakaz reklamy leków refundowanych oraz aptek i ich działalności	Cena: wysoka; Dystrybucja: uzależniona od rozwoju sieci placówek lecznictwa zamkniętego; Komunikacja marketingowa: nie stosuje się instrumentów komunikacji z uwagi na zakaz reklamy produktów refundowanych

Źródło: Opracowanie własne.

W procesie wyboru kanału dystrybucji (jego długości i szerokości) dużego znaczenia dla wygody nabycia nabierają kryteria ujęte w regule 5C[642]:

- *character* – charakter: rodzaj asortymentu pośrednika, np. pełnoasortymentowe lub wyspecjalizowane hurtownie; grupa odbiorców, np. osoby dojrzałe;
- *coverage* – zasięg: wielkość rynku w ujęciu przestrzennym, stopień pokrycia rynku, gęstość sieci dystrybucyjnej, np. liczba posiadanych aptek;
- *cost* – koszt: koszty dystrybucji, warunki płatności, rabaty itp.;
- *control* – kontrola: wpływanie na zachowanie partnerów, ceny, wspólna promocja itp.;
- *continuity* – ciągłość: lojalność partnerów i klientów, formy współpracy.

System dystrybucji produktów farmaceutycznych, unormowany przepisami prawa farmaceutycznego, oparty jest na przemieszczaniu produktów (leków) ze sfery wytwarzania do ostatecznych nabywców (klientów, pacjentów) poprzez hurt farmaceutyczny, ma za zadanie zapewnić bezpieczeństwo obrotu produktami farmaceutycznymi oraz zmniejszyć całkowite koszty dystrybucji. Specyfika obrotu poszczególnymi grupami produktów determinuje kształt ścieżki dystrybucji. Duże natężenie placówek obrotu detalicznego (aptek ogólnodostępnych, punktów aptecznych i placówek obrotu pozaaptecznego) zwiększa wygodę nabycia produktów farmaceutycznych

[642] A. Pomykalski, *Nowoczesne strategie marketingowe*, Infor, Warszawa 2001, s. 172. Cyt. za: B. Pilarczyk, *Procesy dystrybucji…*, dz. cyt., s. 165.

przez nabywcę ostatecznego (klienta, pacjenta). Poszczególne podmioty w systemie dystrybucji pełnią określone względem siebie funkcje. Do podstawowych funkcji realizowanych przez hurtowników na rzecz producenta należą[643]:

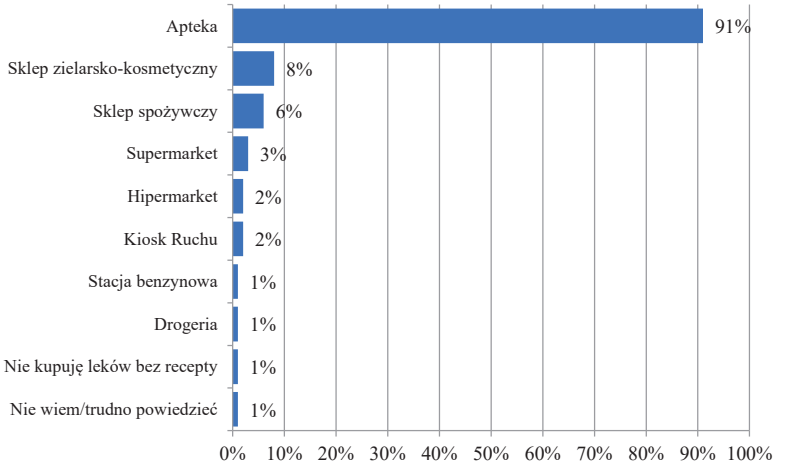
- maksymalne pokrycie rynku produktami danego przedsiębiorstwa;
- budowanie relacji poprzez organizowanie kontaktów handlowych – przedstawiciele handlowi hurtownika utrzymują kontakty z właścicielami i kierownikami aptek, co znacznie ogranicza koszty producenta związane z utrzymywaniem zewnętrznych kontaktów handlowych z aptekami;
- magazynowanie i utrzymywanie zapasów – hurtownicy nabywają prawo własności do produktów farmaceutycznych i przechowują w magazynach leki wielu producentów, zaopatrując w odpowiednim czasie detalistów;
- dzielenie pojedynczych partii dostaw (np. bardzo małe, ale częste dostawy do aptek);
- badanie rynku i przekazywanie informacji marketingowych – bezpośredni kontakt hurtownika z klientami (aptekami, sklepami) umożliwia identyfikację ich potrzeb i preferencji nabywców ostatecznych.

Dla aptek udział hurtu farmaceutycznego jest istotny z uwagi na realizację następujących funkcji[644]:

- maksymalizacja dostępności produktowej: zapewnienie większej dostępności produktów farmaceutycznych, przekształcenie asortymentu produkcyjnego w szeroki asortyment handlowy (apteka w swojej ofercie może mieć niemal wszystkie rodzaje i odmiany leków, pochodzące od kilkuset producentów);
- wygoda w dokonywaniu zamówień: dzielenie partii dostaw na małe, niekiedy jednostkowe zamówienia;
- wygoda w dokonywaniu rozliczeń: kredytowanie i finansowanie obrotu lekami (np. wydłużone terminy płatności za dostawę leków);
- wygoda nabycia: organizowanie procesów logistycznych, w tym transportu zamówionych leków do aptek;
- optymalizacja działalności operacyjnej: prowadzenie szkoleń i doradztwa dla aptek, a także świadczenie innych usług, np. w zakresie promocji lub rozliczeń księgowych.

[643] B. Pilarczyk, *Procesy dystrybucji…*, dz. cyt., s. 167–168.
[644] Tamże, s. 168.

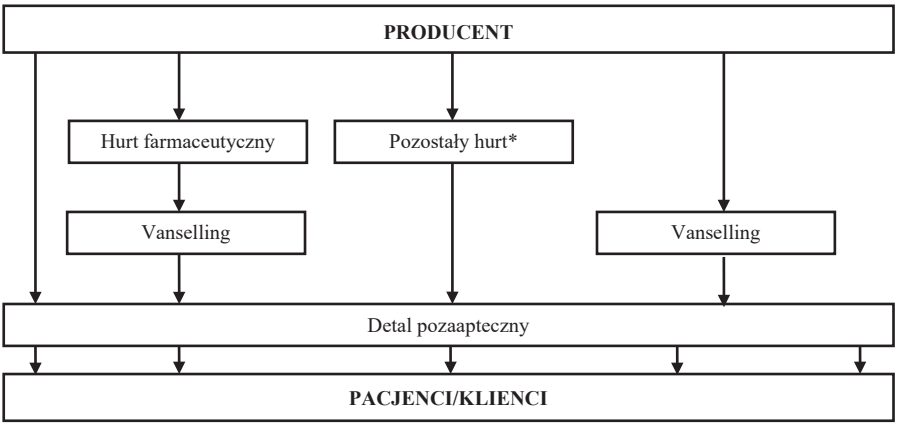
Pomimo różnych możliwości nabycia produktów farmaceutycznych ostateczni nabywcy preferują apteki ogólnodostępne, co przejawia się w analizie miejsca dokonywania zakupu leków OTC (rysunek 57).



Rysunek 57. Miejsce zakupu leków OTC

Źródło: K. Szalonka, *Opieka farmaceutyczna*…, dz. cyt., s. 162.

Strukturę dystrybucji pozaaptecznej w odniesieniu do leków OTC przedstawiono na rysunku 58.



* Od 1 stycznia 2004 roku każda firma dostarczająca farmaceutyki do placówek detalicznych musi spełniać wymogi hurtowni farmaceutycznej.

Rysunek 58. Kanały dystrybucji pozaaptecznej leków OTC

Źródło: B. Pilarczyk, *Procesy dystrybucji*…, dz. cyt., s. 174.

Z punktu widzenia detalisty (apteki ogólnodostępnej, punktu aptecznego, placówki obrotu pozaaptecznego: sklepu zielarsko-medycznego, sklepu specjalistycznego zaopatrzenia medycznego, sklepu ogólnodostępnego) produkty farmaceutyczne stanowią atrakcyjną grupę asortymentową, ponieważ[645]:

- są jedną z nielicznych kategorii produktowych systematycznie odnotowującą wzrost sprzedaży;
- stale są w centrum zainteresowania klientów;
- stwarzają możliwość uatrakcyjnienia oferty sklepu;
- mogą przyciągać do sklepu nowych klientów;
- powodują wzrost średniej wartości koszyka zakupów;
- są asortymentem o wysokiej marży;
- zajmują stosunkowo mało miejsca.

Dokonując analizy asortymentu leków, można zauważyć, że od lat obserwuje się tendencję kierowania produktów farmaceutycznych do sprzedaży odręcznej. Skutkuje to wzrostem szerokości asortymentu w sprzedaży pozaaptecznej. W strukturze pozaaptecznego rynku leków OTC wyodrębnia się najczęściej dwie grupy[646]:

- środki przeciwbólowe, przeciwgorączkowe, przeciwprzeziębieniowe i przeciw dolegliwościom gastrycznym;
- preparaty witaminowe i mineralizowane, suplementy diety.

Szczególnie dynamicznie rozwijającym się kanałem dystrybucji produktów farmaceutycznych jest sprzedaż przez Internet. Wykorzystanie nowoczesnych technologii w procesie dystrybucji znacznie ułatwia zarządzanie asortymentem apteki, jednak może powodować zagrożenia związane z poufnością informacji[647]. Dystrybucja produktów farmaceutycznych przy wykorzystaniu Internetu wzbudza kontrowersje natury etycznej, jednak odpowiednio przygotowana pozwala zredukować niepokoje wynikające z zagrożeń standardów etycznych, które mogą się pojawić w aptekach prowadzących sprzedaż drogą elektroniczną oraz zabezpieczyć poufność informacji[648]. Sposoby zabezpieczenia poufności danych pacjentów stanowiły przedmiot badań C. Garau, który w 2005 r. dokonał analizy procedur marketingowych pod kątem zabezpieczenia poufności danych, stosowanych we francuskich

[645] Tamże, s. 175.
[646] Tamże.
[647] M. Basch Scott, *Technology Extends Managed Care Pharmacies' Opportunities, But Threatens Confidentiality*, "Employee Benefit Plan Review" 1997, 51 (10), p. 14–18.
[648] A. Chandra, A. Sikula Sr., D.P. Paul III, *Ethical considerations in the marketing of e-health products*, "Journal of Medical Marketing" 2004, 4 (2), p. 110–118.

serwisach internetowych prowadzonych przez podmioty farmaceutyczne[649]. Podzielił on klientów aptek internetowych pod kątem kryterium wieku i poziomu dochodów na cztery główne kategorie (A, B, C, D[650]) i dowiódł, że apteki stosujące segmentację klientów oraz dostosowujące swoją ofertę do wybranych grup (segmentów) mają większą szansę na osiągnięcie sukcesu w działalności opartej na transakcjach dokonywanych drogą elektroniczną.

System polskiego prawa farmaceutycznego od 2007 r. dopuszcza prowadzenie przez apteki ogólnodostępne i punkty apteczne wysyłkowej sprzedaży produktów leczniczych wydawanych bez przepisu lekarza, z wyjątkiem produktów leczniczych, których wydawanie ograniczone jest wiekiem pacjenta[651]. Leki OTC zatem mogą być sprzedawane drogą elektroniczną wyłącznie przez apteki ogólnodostępne i punkty apteczne, co wskazuje, że ten rodzaj aktywności stanowi dodatkowy kanał dystrybucji, prowadzony równolegle z kanałami tradycyjnymi. Z tego względu nie mogą istnieć tzw. e-apteki wyspecjalizowane wyłącznie w sprzedaży internetowej. Termin „e-apteka", względnie „apteka internetowa", jest pojęciem doktrynalnym, a nie definicją legalną i odnosi się do placówek świadczących usługi farmaceutyczne i zajmujących się dodatkowo sprzedażą wysyłkową.

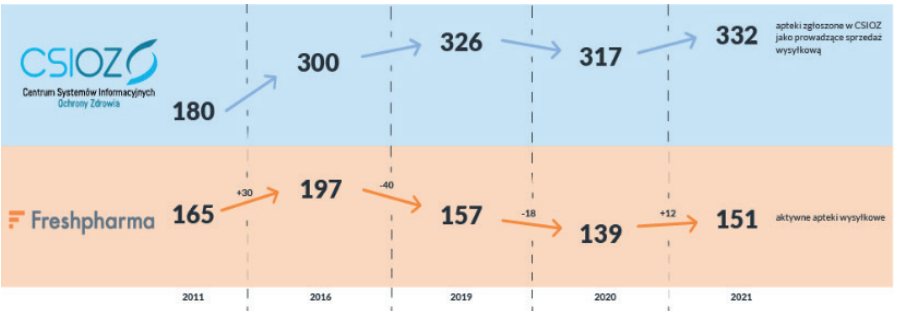
W Polsce aktywnie funkcjonuje 146 aptek internetowych (dane na koniec lipca 2021), przy czym zarejestrowanych w Centralnym Systemie Informacyjnym Ochrony Zdrowia (CSIOZ) podmiotów prowadzących sprzedaż wysyłkową jest aż 332. Rozbieżności wynikają ze zgłoszonych w wykazach domenach, które są nieaktywne, a dodatkowo niektóre sieci zgłaszają jako wysyłkowe kilka lub kilkanaście aptek tradycyjnych, podczas gdy faktycznie

[649] C. Garau, *Pharmaceutical marketing on the internet: marketing techniques and customer profile*, "The Journal of Consumer Marketing" 2005, 22 (7), p. 421–439.

[650] Klient A: młody z niskimi dochodami, mniej zainteresowany jakością usług internetowych, mniej wrażliwy na ryzyko, lecz bardziej skoncentrowany na cenie produktu i bezpieczeństwie płatności; Klient B: w średnim wieku o dużej sile nabywczej, wymagający prywatności i dyskrecji; Klient C: w średnim wieku o dużych dochodach, wymagający wysokiej jakości usług, anonimowości, bogactwa informacji i możliwości wyboru; Klient D: w starszym wieku o niskiej lub średniej sile nabywczej, przyciągnięty wygodą zakupu i możliwością dostarczenia zamówienia do domu, jednak w najwyższym stopniu skoncentrowany na ryzyku dokonywanej drogą elektroniczną transakcji. C. Garau, *Pharmaceutical marketing…*, dz. cyt., p. 427–428.

[651] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 68 ust. 3. Stało się to możliwe w wyniku procesu dostosowania prawa krajowego do prawa wspólnotowego. Konieczność przeprowadzenia zmian w obrębie prawa wspólnotowego wyniknęła z wyroku Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości z dnia 11 grudnia 2003 r., C-322/01, Zb.Orz. 2003, s. I–14887 („Deutcher Apothekerverband").

prowadzą sprzedaż wysyłkową pod jedną domeną internetową[652]. Przedmiotowe różnice według FreshPharma przedstawiono na rysunku 59[653].



Rysunek 59. Porównanie liczby aptek zgłoszonych do CSIOZ i aktywnie prowadzących działalność według FreshPharma

Źródło: G. Głowiak, *Ile jest aptek*…, dz. cyt.

Lokalizacje aptek ogólnodostępnych według województw prowadzących aktywne apteki internetowe przedstawiono na rysunku 60.

Ustawodawca pod pojęciem „sprzedaży wysyłkowej produktów leczniczych" rozumie umowę sprzedaży produktów leczniczych zawieraną z pacjentem bez jednoczesnej obecności obu stron, przy wykorzystywaniu środków porozumiewania się na odległość, w szczególności drukowanego lub elektronicznego formularza zamówienia niezaadresowanego lub zaadresowanego, listu seryjnego w postaci drukowanej lub elektronicznej, reklamy prasowej z wydrukowanym formularzem zamówienia, reklamy w postaci elektronicznej, katalogu, telefonu, telefaksu, radia, telewizji, automatycznego urządzenia wywołującego, wizjofonu, wideotekstu, poczty elektronicznej lub innych środków komunikacji elektronicznej[654]. Warunki wysyłkowej sprzedaży produktów leczniczych wydawanych bez przepisu lekarza obejmują[655]:

[652] G. Głowiak, *Ile jest aptek internetowych w Polsce?*, 2021. Pobrano z: https://eapteki.info/ (dostęp: 16.08.2022).

[653] W lipcu 2021 r. było zarejestrowanych 151 aptek ogólnodostępnych prowadzących dodatkowo aktywnie sprzedaż wysyłkową. Według kryteriów FreshPharma do witryn działających w modelu *click & collect* zaliczono również 5 największych platform, opartych na hurtowniach farmaceutycznych.

[654] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 2 pkt 37aa.

[655] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie wysyłkowej sprzedaży produktów leczniczych, Dz.U. z 2015 r., poz. 481, § 2–7.



Rysunek 60. Liczba aptek ogólnodostępnych prowadzących sprzedaż wysyłkową w 2021 r.

Źródło: G. Głowiak, *Ile jest aptek*…, dz. cyt.

– złożenie zamówienia:
  • w miejscu prowadzenia apteki ogólnodostępnej lub punktu aptecznego,
  • telefonicznie,
  • faksem,
  • za pomocą poczty elektronicznej,
  • za pomocą formularza umieszczonego na stronie internetowej placówki;
– podanie następujących danych w formularzu:
  • dane identyfikujące placówkę: nazwę, adres, numer telefonu placówki przyjmującej zamówienie, numer aktualnego zezwolenia na jej prowadzenie,
  • dane dotyczące zamawiającego: imię i nazwisko albo nazwę i adres, adres poczty elektronicznej – jeżeli dotyczy, numer telefonu kontaktowego,

- dane dotyczące odbiorcy: imię i nazwisko albo nazwę i adres, numer telefonu kontaktowego – jeżeli nie są zgodne z danymi zamawiającego,
- dane dotyczące zamawianego produktu leczniczego: nazwę, dawkę, wielkość opakowania, postać farmaceutyczną, liczbę opakowań,
- numer zamówienia, datę, imię i nazwisko osoby przyjmującej zamówienie;

– informowanie o:
  - nazwie, siedzibie przedsiębiorcy, adresie placówki, organie, który wydał zezwolenie na prowadzenie placówki, i numerze zezwolenia,
  - cenie zamawianego produktu leczniczego,
  - sposobie zapłaty,
  - kosztach przesyłki oraz terminie i sposobie dostawy,
  - kosztach wynikających z korzystania ze środków porozumiewania się na odległość, jeżeli są one skalkulowane inaczej niż wedle normalnej taryfy,
  - terminie, w jakim oferta lub informacja o cenie mają charakter wiążący,
  - minimalnym okresie, na jaki ma być zawarta umowa o świadczenia ciągłe lub okresowe,
  - braku zastosowania przepisów ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta (Dz.U., poz. 827),
  - możliwości zwrotu produktu leczniczego wyłącznie w przypadkach wystąpienia wady jakościowej, niewłaściwego wydania lub sfałszowania produktu leczniczego;
– sposób zapakowania zapewniający zachowanie jakości i integralności produktu leczniczego (opakowanie przesyłki musi być opatrzone etykietą przymocowaną w sposób trwały, zawierającą: odcisk pieczątki placówki, numer zamówienia, dane dotyczące odbiorcy, określenie warunków transportu oraz numer telefonu do kontaktu);
– transport odbywający się w wydzielonych przestrzeniach środka transportu zapewniających:
  - zabezpieczenie produktów leczniczych przed zanieczyszczeniami organicznymi oraz uszkodzeniami mechanicznymi, a także przed mikroorganizmami i szkodnikami,
  - warunki uniemożliwiające zmieszanie produktów leczniczych, w tym zmieszanie tych produktów z innym towarem oraz skażenie produktów leczniczych,

    - warunki uniemożliwiające dostęp do produktów leczniczych osobom nieupoważnionym,
    - utrzymanie warunków temperaturowych przewidzianych dla tego produktu leczniczego przez podmiot odpowiedzialny lub odpowiednią farmakopeę;
- wyposażenie miejsca wydzielonego z izby ekspedycyjnej, pomieszczenia magazynowego lub komory przyjęć, przeznaczonego do przygotowania produktu leczniczego do wysyłki, wyposażone w:
    - stół do przygotowywania przesyłek,
    - szafę lub regał do przechowywania zewnętrznych materiałów opakowaniowych,
    - podest lub regał do składowania przygotowanych przesyłek;
- nadzór farmaceuty posiadającego prawo wykonywania zawodu lub technika farmaceutycznego posiadającego dwuletnią praktykę w aptece w pełnym wymiarze czasu pracy, do którego obowiązków należy sprawdzenie, czy sposób przygotowania wysyłki i warunki transportu produktów leczniczych zapewniają:
    - identyfikację produktu leczniczego,
    - identyfikację placówki wysyłającej produkt leczniczy, odbiorcy i miejsca dostarczenia produktu leczniczego,
    - zabezpieczenie przed zmieszaniem się produktów leczniczych,
    - zabezpieczenie przed zanieczyszczeniem, uszkodzeniem mechanicznym lub kradzieżą,
    - zabezpieczenie przed szkodliwym działaniem wysokiej i niskiej temperatury, światła i wilgoci oraz innych niekorzystnych czynników,
    - utrzymanie temperatury określonej przez podmiot odpowiedzialny lub odpowiednią farmakopeę,
    - zabezpieczenie przed wprowadzeniem do obrotu sfałszowanych produktów leczniczych.

Podmiot prowadzący tzw. e-aptekę jest również zobligowany do zapewnienia pacjentom możliwości kontaktu telefonicznego w godzinach pracy placówki oraz przez dwie godziny po ustalonych godzinach dostaw w zakresie dotyczącym jakości i bezpieczeństwa stosowania produktu leczniczego będącego przedmiotem sprzedaży wysyłkowej[656].

[656] Tamże, § 7 ust. 3

Specyfika i popularność dokonywania zakupów drogą elektroniczną powodują, że apteka ogólnodostępna prowadząca sprzedaż wysyłkową leków OTC oferuje możliwość dokonywania zamówień z wielu źródeł (rysunek 61).



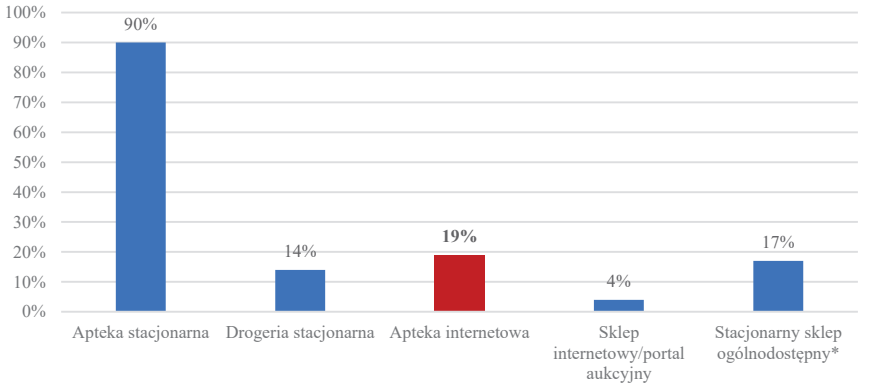
Rysunek 61. Pochodzenie zamówień w e-commerce

Źródło: G. Głowiak, *Skąd pochodzą zamówienia w sklepie internetowym?*, 2020. Pobrano z: https://eapteki.info/ (dostęp: 16.08.2022).

Sprzedaż wysyłkowa leków OTC staje się kanałem z dużym potencjałem wzrostu, któremu sprzyja:

- dostępność cenowa urządzeń umożliwiających złożenie zamówienia drogą elektroniczną (komputery, laptopy, tablety, telefony);
- dostęp do sieci internetowej;
- rozwój platform, w których można dokonać zakupu drogą elektroniczną (tzw. e-sklepów, serwisów e-commerce);
- upowszechnienie e-płatności;
- rozwój sieci kurierskiej, umożliwiającej dostarczenie zamówionych produktów pod wskazany adres.

Według analizy PMR 19% klientów dokonuje zakupów leków OTC drogą elektroniczną (rysunek 62).



* Hipermarket, supermarket, inny sklep spożywczy, kiosk, stacja benzynowa.

Rysunek 62. Częstość kupowania leków OTC w Polsce według miejsca zakupu w 2018 r.

Źródło: PMR, *Handel internetowy produktami OTC w Polsce 2019. Analiza rynku i prognozy rozwoju na lata 2019–2024*, 2018. Pobrano z: https://www.pmrmarketexperts.com/ (dostęp: 16.08.2022).

Według danych PMR sprzedaż produktów OTC (leków bez recepty, suplementów diety i dermokosmetyków) przez Internet w 2018 r. wyniosła już prawie 1,3 mld PLN[657]. Do zalet sprzedaży leków drogą elektroniczną należy zaliczyć o wiele szerszy asortyment produktów w tzw. e-aptekach niż w aptekach wykorzystujących tradycyjne kanały dystrybucji. Największe e-apteki oferują ok. 10 tys. pozycji asortymentowych, a w aptekach tradycyjnych jest ich dwu-, trzykrotnie mniej[658]. Wzrasta również wygoda nabycia, albowiem leki są dostarczane bezpośrednio do miejsca zamieszkania zamawiającego. Mankamentem sprzedaży wysyłkowej jest brak kontaktu z farmaceutą, co w praktyce uniemożliwia skorzystanie z fachowej porady i rekomendacji.

3.3.2.4. Promocja vs. komunikacja z rynkiem

Promocję w ujęciu tradycyjnym, wyodrębnioną w modelu E.J. McCarthy-'ego, należy rozumieć *sensu largo* i rozpatrywać zgodnie z ideą marketingu z perspektywy klienta jako komunikację z rynkiem. Komunikacja marketingowa od lat jest w centrum zainteresowania środowiska naukowego oraz specjalistów z poszczególnych branż. Z tego względu obserwuje się bogactwo w definiowaniu tak istotnego z punktu widzenia przedsiębiorstwa i klienta zagadnienia.

[657] PMR, *Handel internetowy*…, dz. cyt.
[658] B. Pilarczyk, *Procesy dystrybucji…*, dz. cyt., s. 177.

Pojęcie „komunikowanie" wywodzi się z łacińskiego *communico* ('czynić wspólnym, łączyć się') i *communis* ('wspólny'), co oznacza dążenie do wspólnoty i wymienianie z kimś informacji[659]. Definiując proces komunikowania, można wyróżnić kilka wymiarów tego pojęcia[660]:

- komunikowanie jako transmisja – ukierunkowane na przekazywanie komunikatu: informacji, idei, emocji, umiejętności;
- komunikowanie jako rozumienie – ukierunkowane na proces poznawczy, w którym istotne jest zrozumienie innych i bycie zrozumianym;
- komunikowanie jako oddziaływanie – ukierunkowane na sposoby wzajemnego oddziaływania ludzi na siebie;
- komunikowanie jako łączenie – ukierunkowane na tworzenie społecznej całości z jednostek przy użyciu języka i znaków w ramach procesu tworzenia wspólnoty i społeczności;
- komunikowanie jako interakcja społeczna kreowana za pomocą symboli – ukierunkowane na tworzenie dwukierunkowych zależności społecznych przy użyciu symboli;
- komunikowanie jako wymiana znaczeń między ludźmi – ukierunkowane na wspólne spostrzeżenia, pragnienia i postawy.

Wielowymiarowość ujęcia komunikacji uzasadnia bogactwo definicji komunikacji marketingowej (tabela 36).

Tabela 36. Wybrane definicje komunikacji marketingowej

AUTOR (TWÓRCA)	DEFINICJA POJĘCIA „KOMUNIKACJA MARKETINGOWA"
J.W. Wiktor	„swoisty dialog przedsiębiorstwa z innymi podmiotami w jego otoczeniu rynkowym stanowiący fundament marketingu i istotny warunek sukcesu rynkowego każdej instytucji"
Ch. Fill	„ogólny termin używany do opisu wszystkich form komunikacji firmy z odbiorcą. Obejmuje reklamę, promocję sprzedaży, marketing bezpośredni, public relations, sprzedaż osobistą oraz wszelkie rodzaje przekazu marketingowego w formie drukowanej lub nadawanej przy pomocy nośników elektronicznych"
M. Rydel	„komunikowanie otoczeniu rynkowemu wszelkich wartości firmy (silnych stron, przewag konkurencyjnych) przy zastosowaniu skoordynowanych działań marketingowych"
B. Szymoniuk	„forma komunikacji społecznej służąca zaspokajaniu potrzeb przez szeroko rozumianą ofertę rynkową"

[659] M. Bańko, *Wielki słownik*…, dz. cyt., s. 659.

[660] T. Goban-Klas, *Media i komunikowanie masowe. Teorie i analizy pracy, radia, telewizji i Internetu*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa–Kraków 1999, s. 33.

AUTOR (TWÓRCA)	DEFINICJA POJĘCIA „KOMUNIKACJA MARKETINGOWA”
M. Michalik, B. Pilarczyk	„zespół informacji (sygnałów), które firma emituje z różnych źródeł w kierunku swoich klientów oraz innych podmiotów otoczenia rynkowego (dostawców, pośredników, konkurentów, liderów opinii itp.), a także informacji, jakie firma zbiera z rynku (megatrendy, potrzeby, preferencje nabywców, tendencje rozwojowe gospodarki itp.)”
A. Czarnecki	„przepływ informacji między różnymi podmiotami rynku (głównie przedsiębiorstwem i podmiotami otoczenia rynkowego) o firmie, marce lub innym aspekcie związanym z działaniami marketingowymi”
T. Taranko	„system działań i środków, za pomocą których przedsiębiorstwo przekazuje na rynek różne informacje i stara się kształtować zachowania swoich interesariuszy”

Źródło: J.W. Wiktor, *Promocja. System komunikacji przedsiębiorstwa z rynkiem*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001, s. 11; Ch. Fill, *Marketing Communications: Contexts, Strategies and Applications*, Financial Times, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, London 2001; M. Rydel, *Komunikacja jako element marketingu*, [w:] Rydel M. (red.), *Komunikacja marketingowa*, ODDK, Gdańsk 2001, s. 20; B. Szymoniuk, *Komunikacja marketingowa – istota i proces projektowania*, [w:] Szymoniuk B. (red.), *Komunikacja marketingowa. Instrumenty i metody* (15–38), Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2006, s. 15; M. Michalik, B. Pilarczyk, *Komunikacja marketingowa (promocja)*, [w:] Pilarczyk B., Mruk H. (red.), *Kompendium wiedzy o marketingu* (210–240), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006, s. 210; A. Czarnecki, *Decyzje związane z procesami komunikacji marketingowej*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Kluczowe pojęcia i praktyczne zastosowania* (214–228), Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2011, s. 215; T. Taranko, *Komunikacja marketingowa. Istota, uwarunkowania, trendy*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2015, s. 48.

Wieloaspektowość definicji komunikacji marketingowej powoduje, że jest ona różnie klasyfikowana. Analiza literatury przedmiotu wskazuje, że komunikacja marketingowa jest powszechnie utożsamiana z promocją marketingową, czyli jednym z elementów marketing miksu[661]. B. Szymoniuk zaś uważa, że promocja, definiowana jako działania informująco-nakłaniające, mające na celu pobudzenie popytu na promowaną ofertę lub kształtowanie korzystnego wizerunku marki oferty i jej oferenta (przedsiębiorstwa, organizacji lub instytucji) jest pojęciem węższym niż komunikacja marketingowa. Wskazuje, że „oferenci komunikują się z uczestnikami rynku poprzez całą swoją działalność marketingową (obecną i przeszłą), czyli poza promocją – również w zakresie produktu, ceny i dystrybucji, a ponadto ‘komunikacja’ oznacza przebieg informacji w obie strony, czyli od oferenta ku rynkowi i odwrotnie, podczas gdy ‘promocja’ kojarzy się raczej z działalnością

[661] Por. M. Michalik, B. Pilarczyk, *Komunikacja marketingowa…*, dz. cyt., s. 210–240; K. Szalonka, *Marketing*…, dz. cyt., s. 76–78.

jednostronną”[662]. Porównanie zintegrowanej komunikacji marketingowej z promocją w ujęciu tradycyjnym przedstawiono w tabeli 37.

Tabela 37. Porównanie zintegrowanej komunikacji marketingowej z promocją w ujęciu tradycyjnym

PORÓWNANE CECHY	ZINTEGROWANA KOMUNIKACJA MARKETINGOWA	PROMOCJA W UJĘCIU TRADYCYJNYM
Punkt wyjścia	Odbiorcy komunikatów i ich potrzeby, oczekiwania i uwarunkowania zachowań	Nadawca komunikatów (np. przedsiębiorstwo i jego oferta)
Cele	Budowanie emocjonalnych i ekonomicznych relacji (więzi) z nabywcą w dłuższym horyzoncie czasowym	Głównie informacyjne i perswazyjne, raczej o niewielkim horyzoncie czasowym, często sytuacyjne
Znajomość odbiorcy komunikatów	Duża, oparta na bazach danych oraz badaniach marketingowych	Raczej niewielka, ogólna
Kierunek przepływu komunikatów	Komunikacja dwukierunkowa: przedsiębiorstwo ↔ nabywca	Jednokierunkowy przepływ komunikatów: przedsiębiorstwo → nabywca
Nakłady na komunikację	Traktowane jako inwestycja, aby osiągnąć efekty marketingowe i finansowe	Traktowane jako koszty działań rynkowych
Wykorzystywane media i formy komunikacji	Dostępne dla przedsiębiorstwa, dobierane selektywnie do zakładanych celów w ramach wybranych grup adresatów	Głównie masowe
Stopień koordynacji działań i kanałów przekazu	Pełna integracja działań w ramach poszczególnych narzędzi komunikacji oraz wykorzystywanych kanałów przekazu, efekt synergii	Niewielka koordynacja działań lub jej brak
Interakcje nadawcy z adresatami komunikatów	Szerokie, niemal natychmiastowe, określające charakter systemu komunikacji	Znacznie ograniczone i oddalone w czasie

Źródło: T. Taranko, *Komunikacja marketingowa*…, dz. cyt., s. 45.

Zintegrowana komunikacja marketingowa to proces zarządzania dialogiem przedsiębiorstwa z odbiorcami (otoczeniem rynkowym)[663]. Może ona mieć orientację informacyjno-promocyjną, procesowo-symboliczną, integracyjną

[662] B. Szymoniuk, *Komunikacja marketingowa…*, dz. cyt., s. 16. Podobnie: A. Czarnecki, *Decyzje związane z procesami komunikacji marketingowej*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Koncepcja skutecznych działań* (262–286), Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2011, s. 262–286.

[663] Ch. Fill, *Marketing Communications*. *Interactivity, Communities and Content*, Prentice Hall, Pearson Education, London 2009, p. 16.

czy relacyjną. Rozwój orientacji komunikacji marketingowej przedstawiono w tabeli 38.

Tabela 38. Rozwój orientacji komunikacji marketingowej

RODZAJ ORIENTACJI	CHARAKTERYSTYKA
Orientacja na informację i promocję	Komunikacja służy do przekonywania ludzi do zakupu produktu za pomocą środków masowego przekazu, nacisk na racjonalne, zorientowane na produktach informacje
Orientacja na proces zakupowy i symbolikę	Komunikacja służy do wpływania na różne etapy procesu zakupowego, którego doświadczają klienci, używany jest szeroki zestaw narzędzi, nacisk na symbolikę odnoszącą się do produktów i przekazy emocjonalne
Orientacja integracyjna	Zasoby komunikacyjne są wykorzystywane w wydajny i efektywny sposób, aby umożliwić klientom jasny obraz propozycji marki, nacisk na strategię, neutralność mediów i równowagę między komunikacją racjonalną i emocjonalną
Orientacja relacyjna	Komunikacja jest wykorzystywana jako integralna część różnych relacji, które organizacje prowadzą z klientami, nacisk na wzajemną wartość i znaczenie oraz rozpoznanie różnych potrzeb komunikacyjnych i stylów zarządzania procesami różnych grup interesariuszy

Źródło: Ch. Fill, *Marketing Communications*…, dz. cyt., p. 15.

Komunikacja marketingowa na rynku farmaceutycznym jest specyficznym rodzajem transferu informacji, której odrębność od innych rodzajów aktywności marketingowej wynika m.in. ze:

- specyficznego przedmiotu obrotu, jakim jest produkt leczniczy i produkty pokrewne;
- popytu na produkty i usługi uwarunkowanego koniecznością życiową;
- ograniczeń w systemie kształtowania polityki cenowej opartych na sztywnych cenach marż urzędowych;
- zróżnicowanych i rozbudowanych kanałów dystrybucji;
- przekazu opartego na fachowej wiedzy farmaceuty przy współudziale lekarza;
- regulacji prawnych normujących charakter i zakres przekazu;
- implementacji zasad etyki i deontologii zawodowej w oparciu o kodeks etyki zawodowej, zasady Dobrej Praktyki Aptecznej oraz standardy Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej.

Wybrane cechy komunikacji marketingowej na aptecznym rynku farmaceutycznym przedstawiono w tabeli 39.

Tabela 39. Cechy komunikacji marketingowej na aptecznym rynku farmaceutycznym

<table>
<tr><th>KATEGORIA (CECHA)</th><th colspan="2">CECHY KOMUNIKACJI MARKETINGOWEJ</th></tr>
<tr><th colspan="3">PRZEDMIOT OBROTU</th></tr>
<tr><th></th><th>Komunikacja na rynku farmaceutycznym</th><th>Komunikacja w aptece</th></tr>
<tr><td>Lek Rx</td><td>– profesjonalny odbiorca komunikatu (lekarz, farmaceuta);
– rozbudowana informacja;
– rzeczowe, racjonalne i naukowe argumenty;
– indywidualizacja (niekiedy personalizacja) przekazu;
– ograniczenia w stosowaniu wybranych instrumentów (wybrane formy reklamy, promocja osobista, działania public relations);
– dwukierunkowy charakter informacji</td><td>– profesjonalny odbiorca komunikatu (farmaceuta, technik farmaceutyczny);
– rozbudowana informacja;
– rzeczowe, racjonalne i naukowe argumenty;
– indywidualizacja (niekiedy personalizacja) przekazu;
– ograniczenia w stosowaniu wybranych instrumentów (zakaz działalności przyczyniającej się do wzrostu konsumpcji produktów leczniczych, zakaz reklamy usług farmaceutycznych i ich promocji niezgodnej z prawem lub dobrymi obyczajami);
– dwukierunkowy charakter informacji</td></tr>
<tr><td>Lek OTC (+ suplementy diety i dermokosmetyki)</td><td colspan="2">– masowy odbiorca komunikatu (pacjent, nabywca);
– ograniczona informacja;
– argumenty rzeczowe i emocjonalne;
– szeroki wachlarz instrumentów wykorzystujących wiele kanałów komunikacji (reklama, promocja sprzedaży, promocja osobista, public relations);
– głównie jednostronny przepływ informacji</td></tr>
<tr><th colspan="3">CHARAKTER POPYTU</th></tr>
<tr><th></th><th>Komunikacja na rynku farmaceutycznym</th><th>Komunikacja w aptece</th></tr>
<tr><td>Nabycie w wyniku konieczności życiowej</td><td rowspan="2">– istotny wpływ reklamy na proces zakupowy na rynku leków OTC (stymulowanie popytu);
– prezentacja efektów działania leków;
– odwoływanie się do wyników badań i autorytetów</td><td rowspan="2">– szeroki zakres wykorzystania merchandisingu, category management, multifacingu;
– standaryzacja procesów obsługi pacjenta (nabywcy);
– informowanie o działaniu leku i tańszych zamiennikach;
– odwoływanie się do charakterystyki produktu leczniczego;</td></tr>
<tr><td>Zaspokajanie potrzeb o szczególnym znaczeniu dla kupującego</td></tr>
</table>

KATEGORIA (CECHA)	CECHY KOMUNIKACJI MARKETINGOWEJ	
Wzrost roli pacjenta w procesie decyzyjnym odnośnie do leczenia – pacjent zaangażowany w leczenie		– profesjonalne doradztwo w oparciu o aktualny stan wiedzy medycznej; – integracja komunikatów w ramach sprawowanej opieki farmaceutycznej i udzielania usług farmaceutycznych
Zakup na wyraźne wskazanie (leki Rx)		
ROZBUDOWANE KANAŁY DYSTRYBUCJI		
	Komunikacja na rynku farmaceutycznym	**Komunikacja w aptece**
Wielość pośredników	– konieczność zróżnicowania komunikowania korzyści dla różnych pośredników; – budowanie relacji w kanale dystrybucji poprzez komunikację; – ograniczone możliwości wykorzystania niektórych instrumentów komunikacji (np. reklama, programy lojalnościowe)	– zakaz reklamy apteki i jej działalności
Obligatoryjne pośrednictwo hurtu		
Apteka jako placówka handlowa o szczególnym charakterze		
FARMACEUTA I LEKARZ W PROCESIE KOMUNIKACJI		
	Komunikacja na rynku farmaceutycznym	**Komunikacja w aptece**
Rola i zadania	– wykorzystanie promocji osobistej i rekomendacji w komunikacji marketingowej; – wpływ na decyzje zakupowe	– komunikacja oparta na wiedzy i umiejętnościach farmaceuty w oparciu o rzetelną, pełną i zrozumiałą informację o produktach leczniczych i wyrobach medycznych; – komunikacja oparta na zaufaniu; – poufność i tajemnica zawodowa w procesie komunikacji; – komunikacja oparta na odpowiedzialności za zdrowie i życie pacjenta; – wpływ lekarza na decyzje zakupowe w zakresie leków Rx

KATEGORIA (CECHA)	CECHY KOMUNIKACJI MARKETINGOWEJ	
PODSTAWOWE REGULACJE PRAWNE WYZNACZAJĄCE MOŻLIWOŚCI KOMUNIKACJI		
	Komunikacja na rynku farmaceutycznym	**Komunikacja w aptece**
Ustawy	– Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm.; – Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, Dz.U. z 2011 r. Nr 122, poz. 696, ze zm.; – Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz.U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152, ze zm.	– Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm.; – Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, Dz.U. z 2011 r. Nr 122, poz. 696, ze zm.; – Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, Dz.U. z 2021 r., poz. 97, ze zm.
Rozporządzania	– Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2015 r. w sprawie wymagań Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej, Dz.U. z 2015 r., poz. 381, ze zm.	
PODSTAWOWE REGULACJE ETYCZNE WYZNACZAJĄCE MOŻLIWOŚCI KOMUNIKACJI		
	– Komunikacja na rynku farmaceutycznym	– Komunikacja w aptece
Kodeksy etyki zawodowej	– Kodeks Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej; – Kodeks Etyki Lekarskiej	– Kodeks Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej
Standardy	– standardy Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej; – Kodeks Dobrych Praktyk Reklamy Suplementów Diety; – Kodeks Farmaceutycznej Etyki Marketingowej; – Kodeks Dobrych Praktyk Przemysłu Farmaceutycznego	– Zasady Dobrej Praktyki Aptecznej

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: B. Pilarczyk, A. Rogala, *Komunikacja marketingowa na rynku farmaceutycznym*, CeDeWu, Warszawa 2022, s. 56.

Proces zarządzania komunikacją marketingową jako relacją przedsiębiorstwa (apteki ogólnodostępnej) z otoczeniem rynkowym składa się z następujących elementów[664]:

- identyfikacja elementów decydujących o przewadze konkurencyjnej apteki oraz rozpoznanie cechy oferty oraz wartości, które należy komunikować otoczeniu, zwłaszcza klientom (pacjentom);
- wykorzystanie w procesie komunikacji różnych form komunikacji (interpersonalnej i masowej), zorientowanych na działania proaktywne i media, w celu pobudzenia dialogu pomiędzy uczestnikami procesu i zbudowanie długookresowych relacji farmaceuta – pacjent (np. poprzez wykorzystanie marketingu szeptanego);
- orientacja na markę korporacyjną apteki, a nie tylko na marki oferowanych produktów i odejście od przekazu informacyjnego na rzecz profesjonalnego doradztwa w ramach sprawowanej opieki farmaceutycznej;
- nadzór nad procesem komunikacji, kontrola jakości i liczby komunikatów „wychodzących" z apteki, aby nie wykazywały przesłanek reklamy apteki i jej działalności, albowiem stanowi to naruszenie prawa farmaceutycznego i podlega sankcjom prawnym;
- koordynowanie planów i kontrola skutków komunikacji.

Odpowiednio zaprojektowana, sterowana i zintegrowana komunikacja marketingowa może dostarczyć aptece wiele korzyści, do których można zaliczyć[665]:

- optymalizację wykorzystania potencjału kanału przekazu (mediów);
- większą siłę wpływu na adresatów, zwłaszcza klientów apteki;
- harmonizację przekazów ułatwiającą ich percepcję;
- większą precyzję w docieraniu do adresatów;
- większą skuteczność operacyjną;
- możliwość racjonalizacji wydatków;
- łatwiejszą i bardziej efektywną współpracę z agencją reklamową.

Komunikacja marketingowa w aptece ogólnodostępnej stanowi zestaw aktywności i instrumentów, za pomocą których apteka zarządza systemem przekazywanych komunikatów (informacji), aby kształtować zachowania i postawy swoich klientów (pacjentów). Każdy kontakt z apteką, jej wystrój, oświetlenie i kolorystyka wnętrza, stylistyka stanowiska obsługi, ceny

[664] Por. T. Taranko, *Komunikacja marketingowa*…, dz. cyt., s. 46.
[665] Tamże, s. 47.

produktów, kolor, kształt i funkcje opakowania leku oraz wygląd i zachowanie farmaceuty dostarcza klientowi (pacjentowi) wrażeń, które mogą wzmacniać lub osłabiać wizerunek i przekaz apteki.

3.3.3. Instrumenty komunikacji marketingowej

W ramach komunikacji marketingowej można wyodrębnić typowe sposoby przekazywania informacji, określane jako narzędzia komunikacji marketingowej, do których zalicza się: reklamę, sprzedaż osobistą, promocję sprzedaży, public relations (PR), sponsoring (sponsorowanie), komunikację nieformalną (tzw. marketing szeptany lub wirusowy)[666]. Nie jest to jednak klasyfikacja jedyna i jednoznaczna, albowiem w literaturze przedmiotu można spotkać różne podejścia do klasyfikowania instrumentów komunikacji marketingowej. Niektórzy dodatkowo jako narzędzie komunikacji marketingowej wyodrębniają marketing bezpośredni[667]. Nie jest to jednak uprawnione, ponieważ, jak słusznie wskazuje A. Czarnecki, marketing bezpośredni nie stanowi odrębnego narzędzia, a jedynie „sposób działania niektórych przedsiębiorstw stosujących specyficzne formy reklamy, promocji sprzedaży i sprzedaży osobistej w celu bezpośredniego dotarcia do określonej grupy nabywców i skłonienia ich do szybkiego zakupu produktu”[668]. Marketing bezpośredni „coraz bardziej wyodrębnia się jako samodzielna, autonomiczna dyscyplina teoretyczna i praktyczna, uwzględniająca dotychczasowy dorobek marketingu oraz zmiany zachodzące we współczesnym świecie”[669]. Pomimo występowania różnic w klasyfikowaniu instrumentów komunikacji marketingowej zauważyć należy, że poszczególne narzędzia różnią się specyfiką stosowania oraz zakresem i siłą oddziaływania. W odniesieniu do rynku usług farmaceutycznych stanowi to pochodną uwarunkowań prawnych.

3.3.3.1. Reklama vs. reklama produktu leczniczego

Reklama stanowi jeden z najczęściej wykorzystywanych instrumentów komunikacji marketingowej, dzięki któremu przedsiębiorstwo informuje

---

666 A. Czarnecki, *Decyzje związane…*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Koncepcja…*, dz. cyt., s. 266.

667 Por. G. Armstrong, Ph. Kotler, *Marketing...*, dz. cyt., s. 531; M. Michalik, B. Pilarczyk, *Komunikacja marketingowa…*, dz. cyt., s. 213.

668 A. Czarnecki, *Decyzje związane…*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Koncepcja…*, dz. cyt., s. 266.

669 M. Rzemieniak, *Marketing bezpośredni*, [w:] Szymoniuk B. (red.), *Komunikacja marketingowa. Instrumenty i metody* (191–204), Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2006, s. 192.

klientów o swojej ofercie oraz zachęca ich do wyboru własnej oferty spośród wielu ofert konkurencyjnych[670]. Jej zaletą jest to, że „wpływa w formie płatnego oraz bezosobowego oddziaływania bezpośrednio na zjawiska rynkowe, tj. przede wszystkim na motywy, postawy i sposób postępowania nabywców"[671]. Pojęcie „reklama" (łac. *clamare*, *reclamare* – 'głośno wołać, przywoływać, wywoływać, krzyczeć') w ujęciu leksykalnym oznacza działanie polegające na zachęcaniu potencjalnych klientów do zakupu określonych towarów i usług[672]. Wielowymiarowość i wieloaspektowość marketingu skutkują tym, że również w odniesieniu do reklamy nie wygenerowano jednej definicji, która byłaby powszechnie akceptowana i stosowana. Wybrane definicje reklamy przedstawiono w tabeli 40.

Tabela 40. Wybrane definicje reklamy

AUTOR (TWÓRCA)	DEFINICJA REKLAMY
R. Harris, A. Seldon	„rodzaj komunikatu publicznego przeznaczonego do rozpowszechniania informacji o komercyjnych towarach i usługach z perspektywą promocji sprzedaży"
G. Armstrong, Ph. Kotler	„każda płatna bezosobowa forma prezentacji i promocji idei, dóbr lub usług przez określonego nadawcę komunikatu"
A. Grzegorczyk	„odpłatna, bezosobowa forma komunikacji za pomocą środków masowego przekazu, prowadzona przez przedsiębiorstwa, organizacje niehandlowe oraz jednostki, które są utożsamiane z przekazem i które chcą poinformować i przekonać członków określonej publiczności"
M. Golka	„każdy płatny sposób nieosobistego prezentowania i popierania zakupu towarów (usług, idei) przy pomocy określonych środków, w określonych ramach prawnych i w określonych warunkach, wraz z podawaniem informacji o samych towarach, ich zaletach, ewentualnie cenie, miejscach i możliwościach realizacji zakupu"
M. Michalik, B. Pilarczyk	„wszelka płatna forma nieosobowego przedstawienia i popierania towarów, usług lub idei przez określonego nadawcę"
L. Garbarski, I. Rutkowski, W. Wrzosek	„element struktury marketingu, który wpływa w formie płatnego oraz bezosobowego oddziaływania bezpośrednio na zjawiska rynkowe, tj. przede wszystkim na motywy, postawy i sposób postępowania nabywców"

[670] A. Jachim, *Reklama*, [w:] Szymoniuk B. (red.), *Komunikacja marketingowa. Instrumenty i metody* (63–108), Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2006, s. 63.

[671] L. Garbarski, I. Rutkowski, W. Wrzosek, *Marketing. Punkt*…, dz. cyt., s. 517.

[672] S. Dubisz, *Uniwersalny słownik*…, dz. cyt., t. 4, s. 56; M. Bańko, *Wielki słownik*…, dz. cyt., s. 1075. Podobnie: J. Black, *Słownik*…, dz. cyt., s. 399–400; J. Sutherland, D. Canwell, *Klucz do marketingu…*, dz. cyt., s. 220–221; I. Kienzler, *Leksykon marketingu*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2008, s. 185.

AUTOR (TWÓRCA)	DEFINICJA REKLAMY
J. Kall	„o reklamie mówimy wówczas, gdy w sposób bezosobowy (bez udziału sprzedawcy) i za pieniądze (w przeciwieństwie do *publicity*) prezentuje się produkt lub usługę”
A. Czarnecki	„narzędzie komunikacji marketingowej o bezosobowym i płatnym charakterze oddziaływania mające bardzo uniwersalne zastosowania”
W. Fletcher	„płatna forma komunikacji mająca na celu przekazanie określonemu adresatowi lub adresatom konkretnej informacji i/lub przekonanie jego lub ich”
K. Grzybczyk	„jedna z technik marketingowych, służących promocji określonych towarów lub usług, wprowadzaniu nowych towarów na rynek i zaistnieniu w świadomości odbiorców. Jest typowym komunikatem o charakterze perswazyjnym, pełniącym funkcje nakłaniające, informujące, utrwalające. Reklama może wprost odnosić się do towaru lub usługi, może też budować określony wizerunek producenta, oderwany od konkretnego towaru”
J. Adamczyk	„wypowiedź (komunikat) o charakterze perswazyjnym, a zatem mająca na celu zachęcenie odbiorców do pożądanych zachowań rynkowych (np. nabycia towaru), posiadająca typowo publiczny charakter”
American Marketing Association	„umieszczanie ogłoszeń i komunikatów w czasie lub przestrzeni przez firmy biznesowe, organizacje non profit, agencje rządowe i osoby prywatne, które starają się informować i/lub przekonać członków określonego rynku docelowego lub odbiorców o ich produktach, usługach, organizacjach lub pomysłach”

Źródło: R. Harris, A. Seldon, *Advertising and the Public*, Andre Deutsch, London 1962, p. 40, cyt. za: P.H. Lewiński, *Retoryka reklamy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2008, s. 28; G. Armstrong, Ph. Kotler, *Marketing…*, dz. cyt., s. 531; A. Grzegorczyk, *Reklama*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2010, s. 28; M. Golka, *Świat reklamy*, Arita, Warszawa 1994, s. 13; M. Michalik, B. Pilarczyk, *Komunikacja marketingowa…*, dz. cyt., s. 214; L. Garbarski, I. Rutkowski, W. Wrzosek, *Marketing. Punkt*…, dz. cyt., s. 517; J. Kall, *Reklama*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2010, s. 17; A. Czarnecki, *Decyzje związane…*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Kluczowe*…, dz. cyt., s. 215; W. Fletcher, *Reklama. Krótkie wprowadzenie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2018, s. 12; K. Grzybczyk, *Reklama produktów leczniczych*, [w:] Ogiegło L. (red.), *Prawo farmaceutyczne. Komentarz* (516–620), Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2010, s. 518; J. Adamczyk, *Marketing i reklama apteki*, [w:] Krekora M., Adamczyk J. (red.), *Meritum Prawo farmaceutyczne* (187–342), Wolters Kluwer, Warszawa 2016, s. 213; American Marketing Association, *Advertising*, 2022. Pobrano z: https://www.ama.org/ (dostęp: 18.08.2022).

Przedstawione definicje reklamy kładą nacisk na jej płatny charakter, formę nieosobistego (nieosobowego, bezosobowego) przedstawienia oraz jasne określenie nadawcy, sponsora oraz kanału dotarcia do adresata. Nadawca reklamy działa zawsze w interesie zleceniodawcy (reprezentowanego przedsiębiorstwa, organizacji) za pomocą nośników reklamy, przez co jest ona powtarzalna, jednostronna o charakterze powszechnym (publicznym),

choć nie zawsze skuteczna[673]. Podkreślić przy tym należy, że „ze względu na różnorodność postaci, jakie przybiera reklama, środki, którymi może się posługiwać, a także specyfikę określonych produktów, będących przedmiotem reklamy, definicje reklamy są na ogół nieostre”[674]. Przedmiotowa nieostrość definicji sprzyja nadinterpretacji w stosowaniu pojęcia „reklama” w odniesieniu do rodzajów aktywności, które nie mają *stricte* reklamowego charakteru[675].

Wielowymiarowość i nieprecyzyjność definicji reklamy utrudniają identyfikację aktywności rynkowej apteki ogólnodostępnej i jej jednoznaczną klasyfikację jako działalności reklamowej. Można jednak wyodrębnić cechy konstytutywne reklamy, odróżniające ją od przekazu o *stricte* informacyjnym charakterze, do których należy zaliczyć[676]:

- określony cel przekazu: prezentację i promocję określonych produktów, usług, organizacji lub idei;
- odpłatność;
- bezosobowy i perswazyjny charakter;
- element zachęty;
- skierowanie do publicznej wiadomości;
- różnorodność mediów;
- nieoznaczony krąg adresatów;
- efekty oddziaływania rozłożone w czasie.

Zatem za reklamę należy uznać każdą płatną formę bezosobowego przekazu o charakterze perswazyjnym, zawierającym elementy zachęty, skierowaną publicznie za pomocą różnych mediów do nieoznaczonego kręgu adresatów, mającą na celu prezentację i promocję określonych produktów, usług, organizacji lub idei.

---

673 E. Przydatek, J. Przydatek, *Promocja*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1999, s. 164.

674 K. Grzybczyk, *Reklama produktów…*, dz. cyt., s. 518.

675 K. Żak, *Świadczenie usług farmaceutycznych a promocja usług prozdrowotnych. Zastosowanie instrumentów komunikacji marketingowej w aptece ogólnodostępnej*, [w:] Szalonka K., Widerski J. (red.), *Zarządzanie komunikacją prozdrowotną* (145–176), „Zeszyty Wydziału Humanistycznego”, Karkonoska Państwowa Szkoła Wyższa w Jeleniej Górze, Jelenia Góra 2018, s. 165–166.

676 K. Żak, *Uwarunkowania aktywności marketingowej aptek ogólnodostępnych w Polsce*, materiał w trakcie procesu recenzowania i publikacji pokonferencyjnej w ramach XIII Międzynarodowej Konferencji Naukowej „Przedsiębiorczość w XXI wieku. Oblicza, wyzwania i perspektywy” organizowanej 21–23 września 2022 r. przez Wydział Administracji i Nauk Społecznych Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie i Wołyński Narodowy Uniwersytet im. Łesi Ukrainki w Łucku w Ukrainie, s. 8.

Działania reklamowe w aptece ogólnodostępnej powinny być skorelowane z takimi celami taktycznymi, jak budowanie wizerunku i kreowanie marki, maksymalizacja wartości apteki oraz umacnianie relacji z klientami i dostawcami[677]. Stanowią one jednak dość kontrowersyjny aspekt działalności operacyjnej z uwagi na charakter uwarunkowań prawa farmaceutycznego. Chociaż od dnia 1 stycznia 2012 r. obowiązuje całkowity zakaz reklamy apteki i jej działalności, to jednak do chwili obecnej w systemie prawa farmaceutycznego nie wypracowano legalnych definicji tych kluczowych pojęć. Prowadzi to do kuriozalnej sytuacji, albowiem ustawodawca ustanowił definicję reklamy produktu leczniczego, która jest dozwolonym przejawem aktywności rynkowej przedsiębiorstwa farmaceutycznego, natomiast nie określił legalnej definicji reklamy apteki i jej działalności, która z kolei stanowi aspekt działalności zabronionej i poddanej sankcjom prawnym. Skutkuje to wzrostem poziomu niepewności rynkowej w zakresie rozumienia i stosowania prawa, przejawiającej się tym, że każdy rodzaj aktywności apteki może zostać uznany przez organy nadzoru farmaceutycznego za zabronioną formę reklamy apteki i jej działalności. Ogranicza to istotnie komunikację marketingową apteki do informowania jedynie o lokalizacji i godzinach pracy apteki, albowiem ustawodawca wskazał, że „nie stanowi reklamy informacja o lokalizacji i godzinach pracy apteki”[678]. Pozostałe rodzaje aktywności obarczone są ryzykiem uznania ich za zabronioną formę reklamy apteki lub reklamy działalności apteki.

Niepewność co do charakteru przekazu reklamowego powoduje, że aktywność reklamowa apteki eksponuje prawnie dozwolone informacje o lokalizacji apteki i godzinach otwarcia, najczęściej w otoczeniu grafiki przedstawiającej logotyp apteki, za pomocą[679]:

– billboardów (najczęściej o powierzchni ekspozycyjnej 12 m^2 lub 18 m^2) umieszczanych na specjalnych platformach w pierwszej kolejności w lokacjach najbliżej apteki (przy wjeździe prowadzącym do budynku, pasażu, w którym ulokowana jest apteka), dalej na skrzyżowaniach dróg prowadzących w kierunku apteki oraz w miejscach o dużym natężeniu ruchu pieszych (okolice centrów handlowych, targowisk, bazarów, placówek medycznych) i pojazdów (główne arterie i ciągi komunikacyjne) – zaletą takiej reklamy zewnętrznej jest duża

[677] K. Żak, *Świadczenie usług…*, dz. cyt., s. 166.

[678] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 94a, zd. drugie.

[679] K. Żak, *Świadczenie usług…*, dz. cyt., s. 166–168.

powierzchnia ekspozycyjna, która przy odpowiedniej lokalizacji billboardu może efektywnie komunikować i wskazywać potencjalnym klientom miejsce apteki, co stanowi dużą wartość dodaną, zwłaszcza dla podmiotów nowo powstałych; barierę mogą stanowić stosunkowo wysokie koszty takiej reklamy (zarówno wykonania grafiki, jak i abonamentu za jej ekspozycję), tym wyższe, im bardziej atrakcyjna wydaje się lokalizacja;

- banerów (o różnych powierzchniach) umieszczanych w różnych lokalizacjach (na ścianach i balkonach budynków, bramach, furtkach, ogrodzeniach, płotach czy rusztowaniach) – zaletą takiej formy ekspozycji jest stosunkowo niska cena, natomiast wadą – mniejsza powierzchnia ekspozycyjna (odpowiednio ulokowany baner reklamowy może bardziej efektywnie oddziaływać na potencjalnych klientów niż reklama umieszczona na billboardzie);
- folii (o różnych rozmiarach) umieszczanych na pojazdach komunikacji miejskiej (szczególnie na trasach przebiegających w pobliżu apteki). Zaletą takiej reklamy jest stosunkowo duży zasięg (reklama mobilna), zaś wadą mogą być wysokie koszty;
- plakatów (o różnych rozmiarach, najczęściej od formatu B1 do A4) umieszczanych zarówno poza lokalem apteki (wzmocnione na słupach i latarniach, bez wzmocnienia w gablotach na przystankach autobusowych, na kolumnach, słupach ogłoszeniowych, drewnianych płotach oraz w pojazdach komunikacji miejskiej), jak i w lokalu apteki (na potykaczach, szybach, ścianach, w gablotach, gondolach i na standach reklamowych) – zaletą takiej formy ekspozycji informacji są niskie koszty (dotyczy to zwłaszcza plakatów umiejscowionych wewnątrz lokalu apteki), zaś wadą jest stosunkowo niewielki zasięg oddziaływania;
- ulotek informacyjnych (o różnych rozmiarach, najczęściej od formatu A4 do A6) kolportowanych na zewnątrz (mobilnie poprzez hostessy do miejsc o dużym natężeniu ruchu pieszych i stacjonarnie w okolicznych punktach handlowo-usługowych) i w lokalu apteki (na stolikach, półkach, w okolicach stanowisk kasowych, przy wejściu/wyjściu do/z apteki) – zaletą tej formy prezentacji informacji są względnie niskie koszty, zaś wadę stanowi ograniczony zasięg, najczęściej do najbliższej okolicy apteki;
- wizytówek (standard o wymiarze karty kredytowej) rozdysponowanych w okolicznych przychodniach i gabinetach lekarskich oraz

punktach handlowo-usługowych (hotelach, akademikach lub salonach fryzjerskich, kosmetycznych, masażu, siłowniach, klubach) – zaletą takiej formy prezentacji informacji są niskie koszty, wadą – ograniczony zasięg;
– reklamy prasowej (umieszczonej w prasie branżowej zarówno w formie drukowanej, jak i elektronicznej) i radiowej – zaletą takiej formy przedstawienia informacji jest szeroki zasięg oddziaływania i ukierunkowanie na konkretnego odbiorcę.

Zauważyć przy tym należy, że w ostatnich latach zaostrzeniu uległa linia (praktyka) orzecznicza sądów administracyjnych i umieszczenie dodatkowych form komunikacji (np. napis „wkrótce otwarcie", „już otwarte", „nowe otwarcie", „już działamy", „już jesteśmy aktywni"), co jest zjawiskiem dość powszechnym na etapie inicjacji działalności apteki, oraz informacji o darmowym parkingu dla klientów apteki, oraz wzbogacenie tych przekazów o elementy graficzne może zostać zakwalifikowane przez organy nadzoru farmaceutycznego jako naruszenie obowiązujących przepisów o zakazie reklamy apteki i jej działalności i może skutkować nałożeniem na podmiot prowadzący aptekę wysokich kar finansowych. Tej samej sankcji może podlegać kolportaż plakatów, ulotek i wizytówek oraz umieszczenie neutralnych informacji w formie reklamy prasowej. Inspektorzy farmaceutyczni bowiem podejmują decyzje na podstawie aktualnego orzecznictwa sądów administracyjnych[680].

Rozdźwięk pomiędzy charakterem przekazu reklamowego, opartym na cechach konstytutywnych reklamy a interpretacją zakazu reklamy apteki i jej działalności ze strony organów nadzoru farmaceutycznego, opartej na linii orzeczniczej sądów administracyjnych, wskazuje, że pojęcia „reklama" nie można rozpatrywać w oderwaniu od przepisów prawnych. Polskie przepisy prawa pomimo istnienia szeregu regulacji szczególnych nie podają ogólnej definicji reklamy, powszechnie uznawanej czy akceptowanej przez doktrynę[681]. Regulacje prawne dotyczące reklamy zmierzają nie tyle w kierunku zdefiniowania i określenia, co jest reklamą, lecz w kierunku wprowadzenia ograniczeń w zakresie prowadzenia działalności reklamowej na określonym obszarze. Wprowadzenie ograniczeń uzasadnione jest najczęściej koniecznością ochrony określonych wartości lub poszanowaniem praw

[680] Problematyka reklamy apteki i jej działalności została przedstawiona w podrozdziale 3.3.4.
[681] K. Żak, Ł. Żak, *Reklama produktu…*, dz. cyt., s. 136.

innych[682]. Wpisują się one w kanon regulacji ochronnych, mających swoje umocowanie w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, nakładający obowiązek na władze publiczne ochrony konsumentów, użytkowników i najemców przed działaniami zagrażającymi ich zdrowiu, prywatności i bezpieczeństwu oraz przed nieuczciwymi praktykami rynkowymi[683]. Zasady tej ochrony są unormowane w ustawie o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji[684]. Poza wskazanym aktem normatywnym prawo reklamy zostało ujęte w następujących aktach prawnych[685]:

- ogólne prawo reklamy:
  - Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, Dz.U. z 1964 r. Nr 16, poz. 93, ze zm.,
  - Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., zmieniona następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2, Dz.U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284–285,
  - Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483, ze zm. (art. 20 w zw. z art. 22 oraz art. 54),
  - Ustawa z dnia 7 października 1999 r. o języku polskim, Dz.U. z 1999 r. Nr 90, poz. 999, ze zm.,
  - Ustawa z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, Dz.U. Nr 50, poz. 331, ze zm.,
  - Ustawa z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców, Dz.U. z 2018 r., poz. 646, ze zm.;
- szczególne prawo reklamy:
  - Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Dz.U. z 1982 r. Nr 35, poz. 230, ze zm.,
  - Ustawa z dnia 26 stycznia 1984 r. Prawo prasowe, Dz.U. z 1984 r. Nr 5, poz. 24, ze zm.,

---

[682] K. Grzybczyk, *Reklama produktów…*, dz. cyt., s. 519.

[683] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483, ze zm., art. 76.

[684] Ustawa z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, Dz.U. z 1993 r. Nr 47, poz. 211, ze zm.

[685] Por. I.B. Nestoruk, *Prawo konkurencji*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2008, s. 187; T. Taranko, *Uregulowania w zakresie reklamy w Polsce*, [w:] Taranko T. (red.), *Działania marketingowe i ich uwarunkowania w Polsce* (195–222), Oficyna a Wolter Kluwer Business, Warszawa 2015, s. 197.

- Ustawa z dnia 29 grudnia 1992 r. o radiofonii i telewizji, Dz.U. z 1993 r. Nr 7, poz. 34, ze zm.,
- Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, Dz.U. z 1995 r. Nr 10, poz. 55, ze zm.,
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz.U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152, ze zm.,
- Ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. Prawo ochrony środowiska, Dz.U. z 2001 r. Nr 62, poz. 627, ze zm.,
- Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm.,
- Ustawa z dnia 3 lipca 2002 r. Prawo lotnicze, Dz.U. z 2002 r. Nr 130, poz. 1112, ze zm.,
- Ustawa z dnia 18 grudnia 2003 r. o zakładach leczniczych dla zwierząt, Dz.U. z 2003 r. Nr 11, poz. 95, ze zm.,
- Ustawa z dnia 16 kwietnia 2004 r. o ochronie przyrody, Dz.U. z 2004 r. Nr 92, poz. 880, ze zm.,
- Ustawa z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych i zarządzaniu alternatywnymi funduszami inwestycyjnymi, Dz.U. z 2004 r. Nr 146, poz. 1546, ze zm.,
- Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, Dz.U. z 2005 r. Nr 169, poz. 1411, ze zm.,
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, Dz.U. z 2005 r. Nr 179, poz. 1485, ze zm.,
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o obrocie instrumentami finansowymi, Dz.U. z 2005 r. Nr 183, poz. 1538, ze zm.,
- Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia, Dz.U. z 2006 r. Nr 171, poz. 1225, ze zm.,
- Ustawa z dnia 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym, Dz.U. z 2007 r. Nr 171, poz. 1206, ze zm.,
- Ustawa z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych, Dz.U. z 2009 r. Nr 201, poz. 1540, ze zm.,
- Ustawa z dnia 25 lutego 2011 r. o substancjach chemicznych i ich mieszaninach, Dz.U. z 2011 r. Nr 63, poz. 322, ze zm.,
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654, ze zm.,

- Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, Dz.U. z 2011 r. Nr 122, poz. 696, ze zm.,
- Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o kredycie konsumenckim, Dz.U. z 2011 r. Nr 126, poz. 715, ze zm.,
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych, Dz.U. z 2011 r. Nr 199, poz. 1175, ze zm.,
- Ustawa z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta, Dz.U. z 2014 r., poz. 827, ze zm.,
- Ustawa z dnia 9 października 2015 r. o produktach biobójczych, Dz.U. z 2015 r., poz. 1926, ze zm.,
- Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, Dz.U. z 2021 r., poz. 97, ze zm.

Rozproszenie regulacyjne problematyki reklamy nie wpłynęło na wypracowanie uniwersalnej definicji reklamy. Biorąc pod uwagę szeroki zakres aktywności reklamowej i mnogość nośników reklamy, trudno sobie wyobrazić, że możliwe jest określenie ogólnej definicji reklamy stosowanej i akceptowanej przez doktrynę. Bardziej prawdopodobne jest określenie szczególnej definicji reklamy, uwzględniającej specyfikę aktywności na danym rynku, w danej branży czy sektorze. Nie jest to jednak zadanie łatwe, albowiem stworzenie takiej definicji wymaga harmonizacji stanowisk wielu środowisk i grup nacisku, co z uwagi na konflikty interesów stanowi duże wyzwanie dla projektodawcy. Niemniej jednak dostrzegając wagę problemu w systemie prawa, podjęto próby zdefiniowania pojęcia „reklama" oraz wypracowano legalną definicję reklamy produktów leczniczych (tabela 41).

Tabela 41. Podstawowe definicje reklamy na gruncie prawa

ŹRÓDŁO PRAWA	DEFINICJA REKLAMY
REKLAMA	
Dyrektywa Rady Nr 84/450/EWG z dnia 10 września 1984 r. w sprawie zbliżenia przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych Państw Członkowskich dotyczących reklamy wprowadzającej w błąd, Dz.U. UE z dnia 19 września 1984 r., L 250/17, ze zm. (nieobowiązująca), obecnie w: Dyrektywa Parlamentu	„przedstawienie w jakiejkolwiek formie w ramach działalności handlowej, gospodarczej, rzemieślniczej lub wykonywania wolnych zawodów w celu wspierania zbytu towarów lub usług, w tym nieruchomości, praw i zobowiązań"

ŹRÓDŁO PRAWA	DEFINICJA REKLAMY
Europejskiego i Rady Nr 2006/114/WE z dnia 12 grudnia 2006 r. dotycząca reklamy wprowadzającej w błąd i reklamy porównawczej, Dz. Urz. UE z dnia 27 grudnia 2006 r., L 376/21, ze zm.	
Europejska Konwencja o telewizji ponadgranicznej, sporządzona w Strasburgu 5 maja 1989 r., Dz.U. z 1995 r. Nr 32, poz. 160, ze zm.	„wszelkie publiczne obwieszczenie mające na celu popieranie sprzedaży, zakupu lub wynajmu produktu lub usługi, promocję idei czy sprawy lub spowodowanie innego skutku pożądanego przez reklamującego, dla których to celów udzielono reklamującemu czasu transmisyjnego na zasadach odpłatności lub za inne podobne wynagrodzenie”
Ustawa z dnia 29 lipca 1992 r. o grach losowych i zakładach wzajemnych, Dz.U. z 1992 r. Nr 68, poz. 341, ze zm. (nieobowiązująca)	„zachęcanie do udziału w grach i zakładach, przekonywanie o ich zaletach, miejscach, w których są urządzane, i możliwościach uczestnictwa”
Ustawa z dnia 29 grudnia 1992 r. o radiofonii i telewizji, Dz.U. z 1993 r. Nr 7, poz. 34, ze zm.	„przekaz handlowy, pochodzący od podmiotu publicznego lub prywatnego, w związku z jego działalnością gospodarczą lub zawodową, zmierzający do promocji sprzedaży lub odpłatnego korzystania z towarów lub usług; reklamą jest także autopromocja”
REKLAMA PRODUKTU LECZNICZEGO	
Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady Nr 2001/83/WE z dnia 6 listopada 2001 r. w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi, Dz. Urz. UE z dnia 28 listopada 2001 r., L 311/67, ze zm.	„reklama produktów leczniczych obejmuje dowolną formę obwoźnej informacji, działalności agitacyjnej lub motywowania ukierunkowanego na zachęcanie do przepisywania, dostarczania, sprzedaży lub konsumpcji produktów leczniczych; w szczególności obejmuje: – reklamę produktów leczniczych adresowaną do ogółu społeczeństwa, – reklamę produktów leczniczych wobec osób uprawnionych do przepisywania lub dostarczania tych produktów, – wizyty przedstawicieli handlowych ds. sprzedaży produktów leczniczych, składane osobom uprawnionym do przepisywania recept, – dostarczanie próbek, – dostarczanie zachęt do przepisywania lub dostarczania produktów leczniczych poprzez upominki, propozycje lub obietnicę dowolnej korzyści lub gratyfikacji, w formie pieniężnej lub w naturze, z wyjątkiem sytuacji, gdy ich rzeczywista wartość jest znikoma, – sponsorowanie promocyjnych spotkań, z udziałem osób uprawnionych do przepisywania lub do dostarczania produktów leczniczych,

ŹRÓDŁO PRAWA	DEFINICJA REKLAMY
	– sponsorowanie kongresów naukowych z udziałem osób uprawnionych do przepisywania lub do dostarczania produktów leczniczych, w szczególności pokrywanie związanych z tym kosztów podróży i zakwaterowania”
Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm.	„reklamą produktu leczniczego jest działalność polegająca na informowaniu lub zachęcaniu do stosowania produktu leczniczego, mająca na celu zwiększenie: liczby przepisywanych recept, dostarczania, sprzedaży lub konsumpcji produktów leczniczych”

Źródło: Dyrektywa Rady Nr 84/450/EWG z dnia 10 września 1984 r. w sprawie zbliżenia przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych Państw Członkowskich dotyczących reklamy wprowadzającej w błąd, Dz.U. UE z dnia 19 września 1984 r., L 250/17, ze zm., art. 2 pkt 1 (akt nieobowiązujący); Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady Nr 2006/114/WE z dnia 12 grudnia 2006 r. dotycząca reklamy wprowadzającej w błąd i reklamy porównawczej, Dz. Urz. UE z dnia 27 grudnia 2006 r., L 376/21, ze zm., art. 2 lit. a; Europejska Konwencja o telewizji ponadgranicznej, sporządzona w Strasburgu 5 maja 1989 r., Dz.U. z 1995 r. Nr 32, poz. 160, ze zm., art. 2 lit. f; Ustawa z dnia 29 lipca 1992 r. o grach losowych i zakładach wzajemnych, Dz.U. 1992 r. Nr 68, poz. 341, ze zm., art. 8 (akt nieobowiązujący); Ustawa z dnia 29 grudnia 1992 r. o radiofonii i telewizji, Dz.U. z 1993 r. Nr 7, poz. 34, ze zm., art. 4 pkt 17; Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady Nr 2001/83/WE z dnia 6 listopada 2001 r. w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi, Dz. Urz. UE z dnia 28 listopada 2001 r., L 311/67, ze zm., art. 86 ust. 1; Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 52 ust. 1.

Dokonując analizy, zauważyć należy, że reklamą według regulacji zawartych na gruncie prawa jest każdy publiczny przekaz (przedstawienie, obwieszczenie, informowanie) kierowany do nieoznaczonego kręgu adresatów, który dodatkowo spełnia następujące warunki[686]:

– jest nadawany odpłatnie – również za odpłatnością w formach rzeczowych czy poprzez potrącenie wzajemnie przysługujących wierzytelności – albo w celach autopromocji, a więc również dotyczący samego nadawcy;
– ma na celu promowanie sprzedaży, zakupu lub wynajmu produktu (usługi, idei, sprawy) albo osiągnięcie innego efektu pożądanego przez reklamodawcę lub samego nadawcę;
– zachęca do zakupu (sprzedaży, świadczenia określonych usług) oraz promuje pewną ideę lub sprawę.

[686] R. Szczęsny, *Reklama farmaceutyczna…*, dz. cyt., s. 102.

Podstawowym aktem prawnym normującym prowadzenie reklamy produktów leczniczych jest ustawa Prawo farmaceutyczne, zawierająca legalną definicję reklamy produktu leczniczego oraz określająca zakres czynności, uznawaną w szczególności za reklamę produktów leczniczych, jak również wykaz aktywności za nią nieuznawanych[687]. Normy zawarte w przedmiotowym akcie prawnym mają charakter *lex specialis* w odniesieniu do ogólnych zasad reklamy. Zatem reklama produktu leczniczego stanowi jeden z przykładów szczególnych definicji reklamy, ponieważ kładzie nacisk na cel przekazu, a nie tylko jego treść. Specyfika tej definicji polega również na rozszerzeniu zakresu działań uznawanych za reklamę produktu leczniczego o aktywności polegającej na informowaniu, a nie tylko na zachęcaniu do stosowania produktu[688]. Linia orzecznicza sądownictwa administracyjnego eksponuje dodatkowe cechy reklamy produktu leczniczego, wskazując, że obejmuje ona „dowolną formę obwoźnej informacji, działalności agitacyjnej lub motywowania ukierunkowanego na zachęcanie do przepisywania, dostarczania, sprzedaży lub konsumpcji produktów leczniczych (…)"[689]. Zatem definicja reklamy produktu leczniczego została poszerzona o inne działania informacyjne, o ile każdorazowo ich celem jest zwiększenie stosowania produktu leczniczego[690]. Implementacja do systemu prawnego regulacji unijnych stworzyła odrębną definicję reklamy na użytek reklamy produktów leczniczych[691].

Specyficzne uregulowania reklamy produktów leczniczych w systemie prawa farmaceutycznego wynikają z jej szczególnego charakteru, albowiem jest ona „szczególnym rodzajem działalności, podlegającym daleko idącym rygorom i ograniczeniom, wynikającym z charakteru produktu będącego jej przedmiotem, a ograniczenia te mają na celu zapewnienie bezpieczeństwa w zakresie stosowania produktów leczniczych. W przypadku

[687] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 52–64.

[688] Nowelizacja ustawy Prawo farmaceutyczne, dokonana przez ustawodawcę na mocy Ustawy z dnia 30 marca 2007 r. o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2007 r. Nr 75, poz. 492), zmieniła brzmienie art. 52 ust. 1, określającego definicję reklamy produktu leczniczego, poprzez zastąpienie spójnika „i" spójnikiem „lub", dokonując w ten sposób rozszerzenia pojęcia reklamy produktów leczniczych o przekaz informacyjny. K. Grzybczyk, *Reklama produktów…*, dz. cyt., s. 531.

[689] Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 29 grudnia 2005 r., I SA/Wa 584/05.

[690] M. Świerczyński, *Reklama produktów leczniczych*, [w:] Krekora M., Świerczyński M., Traple E., *Prawo farmaceutyczne* (303–389), LEX a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 308–309.

[691] R. Szczęsny, *Reklama farmaceutyczna…*, dz. cyt., s. 109.

bowiem niewłaściwego poinformowania odbiorcy o danym produkcie istnieje realne zagrożenie wystąpienia trudnych do przewidzenia skutków"[692]. Kształt definicji reklamy produktu leczniczego zawarty w ustawie Prawo farmaceutyczne budzi jednak kontrowersje, ponieważ nie została przez ustawodawcę jednoznacznie wyznaczona granica między informacją a zachętą do stosowania określonego produktu[693]. Może to prowadzić do nieporozumień w stosowaniu prawa oraz stwarzać pole do nadużyć i nadinterpretacji przepisów prawa ze strony organów nadzoru farmaceutycznego. Należyte rozgraniczenie i ocena tych pojęć może sprawiać trudności również w związku z zawartymi w ustawie refundacyjnej sformułowaniami o charakterze otwartym i niedookreślonym („jakiekolwiek formy", „w szczególności", „w tym", „inne niewymienione z nazwy")[694]. Niemniej jednak ustawodawca dokonał próby doprecyzowania definicji reklamy produktu leczniczego, podając zestaw aktywności, które w szczególności mieszczą się pod tym pojęciem[695]:

- reklama produktu leczniczego kierowana do wiadomości publicznej;
- reklama produktu leczniczego kierowana do osób uprawnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi;
- odwiedzanie osób uprawnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi przez przedstawicieli handlowych lub medycznych;
- dostarczanie próbek produktów leczniczych;
- sponsorowanie spotkań promocyjnych dla osób upoważnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi;
- sponsorowanie konferencji, zjazdów i kongresów naukowych dla osób upoważnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi.

---

[692] Decyzja GIF z dnia 30 lipca 2008 r., GIF-P-R-450-5/JD/08 („Acard"), s. 4; decyzja GIF z dnia 2 czerwca 2009 r., GIF-P-R-450-42-3/KP/09 („Sympramol") z powołaniem na wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 24 stycznia 2006 r., II OSK 421/05. Podobnie wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 21 kwietnia 2006 r., I SA/Wa 1416/05. Cyt. za: M. Ożóg, *System handlu…*, dz. cyt., s. 602–603.

[693] Por. M. Świerczyński, *Reklama produktów…*, dz. cyt., s. 310.

[694] Por. Pricewaterhouse Coopers, Baker & McKenzie, *Do trzech razy sztuka – Ustawa Refundacyjna po publikacji trzech pierwszych wykazów. Próba oceny skutków regulacji*. Raport, 23 maja 2012, s. 22–23. Pobrano z: https://www.pwc.pl/ (dostęp: 20.08.2022).

[695] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 52 ust. 2.

Prawne uregulowanie reklamy produktu leczniczego jest przykładem definiowania dążącego nie tyle do określenia pełnego zakresu aktywności mieszczącego się pod pojęciem „reklama", lecz zmierzających w kierunku wprowadzenia ograniczeń w zakresie prowadzenia działalności reklamowej. Określenie zestawu przykładowych działań uznawanych za reklamę produktu leczniczego stanowi odzwierciedlenie treści art. 86 ust. 1 dyrektywy 2001/83/WE, egzemplifikującej przedmiotowe aktywności[696]. Wzorując się na wspomnianej dyrektywie, ustawodawca polski w ustawie Prawo farmaceutyczne określił narzędzia i zawarł wykaz aktywności, których nie uważa za reklamę produktu leczniczego[697]:

- informacje umieszczone na opakowaniach oraz załączonych do opakowań produktów leczniczych, zgodnych z pozwoleniem na dopuszczenie do obrotu;
- korespondencja, której towarzyszą materiały informacyjne o charakterze niepromocyjnym niezbędne do udzielenia odpowiedzi na pytania dotyczące konkretnego produktu leczniczego, w tym produktu leczniczego dopuszczonego do obrotu bez konieczności uzyskania stosownego pozwolenia;
- ogłoszenia o charakterze informacyjnym niekierowane do publicznej wiadomości, dotyczące w szczególności zmiany opakowania,

[696] Z wyłączeniem punktu dotyczącego „dostarczania zachęt do przepisywania lub dostarczania produktów leczniczych poprzez upominki, propozycje lub obietnicę dowolnej korzyści lub gratyfikacji, w formie pieniężnej lub w naturze, z wyjątkiem sytuacji, gdy ich rzeczywista wartość jest znikoma" (Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady Nr 2001/83/WE z dnia 6 listopada 2001 r. w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi, Dz. Urz. UE z dnia 28 listopada 2001 r., L 311/67, ze zm., art. 86 ust. 1). Zakaz stosowania „jakichkolwiek form zachęty odnoszących się do leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych podlegających refundacji ze środków publicznych, w szczególności kierowanych do świadczeniobiorców, przedsiębiorców oraz ich pracowników lub osób uprawnionych (…)" został wprowadzony przez ustawodawcę na mocy ustawy refundacyjnej i obejmuje zakaz stosowania „sprzedaży uwarunkowanej, opustów, rabatów, bonifikat, pakietów i programów lojalnościowych, darowizn, nagród, wycieczek, gier losowych, zakładów wzajemnych, wszelkich form użyczeń, transakcji wiązanych, wszelkiego rodzaju talonów i bonów, a także udzielania innych niewymienionych z nazwy korzyści majątkowych lub osobistych dla świadczeniobiorców oraz osób uprawnionych" (Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, Dz.U. z 2011 r. Nr 122, poz. 696, ze zm., art. 49 ust. 3).

[697] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 52 ust. 3, wzorująca się na zapisie art. 86 ust. 2 Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady Nr 2001/83/WE z dnia 6 listopada 2001 r. w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi, Dz. Urz. UE z dnia 28 listopada 2001 r., L 311/67, ze zm.

ostrzeżeń o działaniach niepożądanych, pod warunkiem że nie zawierają treści odnoszących się do właściwości produktów leczniczych;
- katalogi handlowe lub listy cenowe zawierające wyłącznie nazwę własną, nazwę powszechnie stosowaną, dawkę, postać i cenę produktu leczniczego, w tym produktu leczniczego dopuszczonego do obrotu bez konieczności uzyskania stosownego pozwolenia, a w przypadku produktu leczniczego objętego refundacją – cenę urzędową detaliczną, pod warunkiem że nie zawierają treści odnoszących się do właściwości produktów leczniczych, w tym do wskazań terapeutycznych;
- informacje dotyczące zdrowia lub chorób ludzi i zwierząt, pod warunkiem że nie odnoszą się nawet pośrednio do produktów leczniczych.

Pomimo odseparowania działań czysto informacyjnych od katalogu aktywności uznawanych za reklamę można zauważyć, że istnieją nieścisłości w ustawie, odnoszące się do zaklasyfikowania działalności polegającej na informowaniu lub zachęcaniu do stosowania produktu leczniczego jako reklamy produktu leczniczego. Choć ustawodawca wskazał jednocześnie cel takich działań, jakim jest zwiększenie liczby przepisywanych recept, dostarczania, sprzedaży lub konsumpcji produktów leczniczych, to zauważyć należy, że w praktyce niemal każde działanie informacyjne można zakwalifikować jako działalność reklamową. Brakuje bowiem wyznaczenia jednoznacznej granicy między informacją a zachętą do stosowania określonego produktu, co może budzić wątpliwości i stwarzać problemy z właściwą interpretacją prawa w odniesieniu do ustawowego zakazu reklamy aptek i ich działalności. Jak bowiem słusznie wskazuje J. Adamczyk, „wypowiedzi mające charakter neutralnej informacji nie powinny być kwalifikowane jako wypowiedzi reklamowe, gdyż nie zawierają konstytutywnego dla reklamy elementu zachęty”[698].

Reklama produktów leczniczych może być prowadzona wyłącznie przez podmiot odpowiedzialny lub na jego zlecenie[699]. Podmiot odpowiedzialny również został wskazany w ustawie i jest nim przedsiębiorca lub podmiot prowadzący działalność gospodarczą, który wnioskuje lub uzyskał pozwolenie na dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego[700]. Wynika stąd bezspornie, że apteka ogólnodostępna jako placówka ochrony zdrowia publicznego świadcząca usługi farmaceutyczne nie jest podmiotem uprawnio-

[698] J. Adamczyk, *Marketing i reklama…*, dz. cyt., s. 214.
[699] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 60 ust. 1.
[700] Tamże, art. 2 pkt 24.

nym do prowadzenia reklamy produktów leczniczych. Pociąga to za sobą szereg ustanowionych przez ustawodawcę ograniczeń prowadzenia reklamy produktu leczniczego w aptekach[701]:

- reklama produktu leczniczego nie może utrudniać prowadzonej w aptece działalności (nie może ograniczać powierzchni ekspedycyjnej przeznaczonej dla osób korzystających z usług apteki, musi być rozmieszczona w sposób uporządkowany w stałych, wydzielonych miejscach, np. gablotach);
- zabrania się stosowania w reklamie form dźwiękowych i audiowizualnych (nie dotyczy reklam i spotów reklamowych emitowanych za pomocą radia i telewizji na zlecenie podmiotu uprawnionego);
- zabrania się „rozdawania" ulotek zawierających zestawienie cen leków na receptę lub refundowanych z ofertą podmiotów konkurencyjnych[702].

Według ustawy Prawo farmaceutyczne reklama produktu leczniczego nie może polegać na oferowaniu lub obiecywaniu jakichkolwiek korzyści w sposób pośredni lub bezpośredni w zamian za nabycie produktu leczniczego oraz nie może wprowadzać w błąd, lecz powinna prezentować produkt leczniczy obiektywnie oraz informować o jego racjonalnym stosowaniu. Nie może być również kierowana do dzieci ani zawierać żadnego elementu, który jest do nich kierowany. Reklama produktu leczniczego, będąca przypomnieniem pełnej reklamy, poza jego nazwą własną i nazwą powszechnie stosowaną może zawierać tylko znak towarowy niezawierający odniesień do wskazań leczniczych, postaci farmaceutycznej, dawki, haseł reklamowych lub innych treści reklamowych[703]. Ustawodawca, dokonując ograniczeń

[701] Por. M. Świerczyński, *Reklama produktów…*, dz. cyt., s. 334–335.

[702] Według uzasadnienia wyroku Sądu Najwyższego z dnia 2 października 2007 r. (II CSK 289/07, OSNC 2008, Nr 12, poz. 140) reklamę zarówno leków, jak i sprzedającej je apteki stanowi „przedstawienie listy leków o obniżonej, promocyjnej cenie, wykazanej przez porównawcze zestawienie ceny niższej, stosowanej przez aptekę, obok ceny wyższej, określonej jako 'cena typowa', 'cena stara' lub w inny sposób sugerujący, iż apteka okresowo sprzedaje lek po obniżonej, promocyjnej cenie". Taki przekaz według Sądu Najwyższego nie jest jedynie neutralną listą cenową w rozumieniu art. 52 ust. 3 pkt 3 ustawy Prawo farmaceutyczne, gdyż „przedstawia tylko listę leków o obniżonej, promocyjnej cenie i przez porównanie jej z ceną wyższą, stosowaną przez innych zbywców, ma zachęcić klientów do zakupu określonego leku u sprzedawcy stosującego cenę promocyjną". Umieszczenie na ulotkach cen leków recepturowych i refundowanych jest zabronione, co wynika bezpośrednio z art. 57 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy Prawo farmaceutyczne.

[703] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 53.

odnośnie do reklamy produktu leczniczego, wskazał je w dwóch kategoriach (tabela 42)[704]:

- reklamy produktu leczniczego kierowanej do publicznej wiadomości oraz
- reklamy produktu leczniczego kierowanej do osób uprawnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi (zwanych profesjonalistami służby zdrowia).

Tabela 42. Ograniczenia reklamy produktu leczniczego

REKLAMA PRODUKTU LECZNICZEGO KIEROWANA DO PUBLICZNEJ WIADOMOŚCI	REKLAMA PRODUKTU LECZNICZEGO KIEROWANA DO PROFESJONALISTÓW
Reklama produktu leczniczego kierowana do publicznej wiadomości nie może polegać na: – prezentowaniu produktu leczniczego przez osoby znane publicznie, naukowców, osoby posiadające wykształcenie medyczne lub farmaceutyczne lub sugerujące posiadanie takiego wykształcenia; – odwoływaniu się do zaleceń osób znanych publicznie, naukowców, osób posiadających wykształcenie medyczne lub farmaceutyczne lub sugerujących posiadanie takiego wykształcenia	Reklama produktu leczniczego kierowana do osób uprawnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi powinna zawierać informacje zgodne z Charakterystyką Produktu Leczniczego albo Charakterystyką Produktu Leczniczego Weterynaryjnego i informację o przyznanej kategorii dostępności, a w przypadku produktów leczniczych umieszczonych na wykazach leków refundowanych – również informację o cenie urzędowej detalicznej i maksymalnej kwocie dopłaty ponoszonej przez pacjenta
Reklama produktu leczniczego kierowana do publicznej wiadomości nie może ponadto zawierać treści, które: – sugerują, że: • możliwe jest uniknięcie porady lekarskiej lub zabiegu chirurgicznego, zwłaszcza przez postawienie diagnozy lub zalecanie leczenia w drodze korespondencyjnej, • nawet osoba zdrowa przyjmująca produkt leczniczy poprawi swój stan zdrowia, • nieprzyjmowanie produktu leczniczego może pogorszyć stan zdrowia danej osoby; zastrzeżenie nie dotyczy szczepień,	1. Reklama produktu leczniczego polegająca na bezpłatnym dostarczaniu jego próbek może być kierowana wyłącznie do osób uprawnionych do wystawiania recept, pod warunkiem że: – osoba upoważniona do wystawiania recept wystąpiła w formie pisemnej do przedstawiciela handlowego lub medycznego o dostarczenie próbki produktu leczniczego, – osoba dostarczająca próbkę prowadzi ewidencję dostarczanych próbek, – każda dostarczana próbka nie jest większa niż jedno najmniejsze opakowanie produktu leczniczego dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,

[704] M. Roszak, *Podstawowe zagadnienia reklamy produktów leczniczych w polskim prawie farmaceutycznym*, [w:] Namysłowska M. (red.), *Reklama. Aspekty prawne* (315–331), LEX a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 320.

REKLAMA PRODUKTU LECZNICZEGO KIEROWANA DO PUBLICZNEJ WIADOMOŚCI	REKLAMA PRODUKTU LECZNICZEGO KIEROWANA DO PROFESJONALISTÓW
• produkt leczniczy jest środkiem spożywczym, produktem kosmetycznym lub innym artykułem konsumpcyjnym, • skuteczność lub bezpieczeństwo stosowania produktu leczniczego wynika z jego naturalnego pochodzenia; – zapewniają, że przyjmowanie produktu leczniczego gwarantuje właściwy skutek, nie towarzyszą mu żadne działania niepożądane lub że skutek jest lepszy lub taki sam, jak w przypadku innej metody leczenia albo leczenia innym produktem leczniczym; – mogą prowadzić do błędnej autodiagnozy przez przytaczanie szczegółowych opisów przypadków i objawów choroby; – odnoszą się w formie nieodpowiedniej, zatrważającej lub wprowadzającej w błąd do wskazań terapeutycznych; – zawierają niewłaściwe, niepokojące lub mylące określenia przedstawionych graficznie zmian chorobowych, obrażeń ludzkiego ciała lub działania produktu leczniczego na ludzkie ciało lub jego części	– każda dostarczana próbka jest opatrzona napisem „próbka bezpłatna – nie do sprzedaży”, – do każdej dostarczanej próbki dołączona jest Charakterystyka Produktu Leczniczego albo Charakterystyka Produktu Leczniczego Weterynaryjnego, – ilość próbek tego samego produktu leczniczego dostarczanych tej samej osobie nie przekracza pięciu opakowań w ciągu roku; 2. Reklama produktu leczniczego polegająca na bezpłatnym dostarczaniu jego próbek nie może dotyczyć produktów leczniczych zawierających środki odurzające lub substancje psychotropowe; 3. Dokumentacja przekazywana osobom uprawnionym do wystawiania recept lub osobom prowadzącym obrót produktami leczniczymi powinna zawierać informacje rzetelne, aktualne, sprawdzalne i na tyle kompletne, aby umożliwić odbiorcy dokonanie własnej oceny wartości terapeutycznej produktu leczniczego, oraz informację o dacie jej sporządzenia lub ostatniej aktualizacji. Cytaty, tabele i inne ilustracje pochodzące z piśmiennictwa naukowego lub innych prac naukowych powinny być wiernie odtworzone oraz zawierać wskazanie źródła
Zabrania się kierowania do publicznej wiadomości reklamy dotyczącej produktów leczniczych: – wydawanych wyłącznie na podstawie recepty; – zawierających środki odurzające i substancje psychotropowe; – umieszczonych na wykazach leków refundowanych, zgodnie z odrębnymi przepisami, oraz dopuszczonych do wydawania bez recept o nazwie identycznej z umieszczonymi na tych wykazach	1. Zabrania się kierowania do osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi reklamy produktu leczniczego polegającej na wręczaniu, oferowaniu i obiecywaniu korzyści materialnych, prezentów i różnych ułatwień, nagród, wycieczek oraz organizowaniu i finansowaniu spotkań promocyjnych produktów leczniczych, podczas których przejawy gościnności wykraczają poza główny cel tego spotkania;

REKLAMA PRODUKTU LECZNICZEGO KIEROWANA DO PUBLICZNEJ WIADOMOŚCI	REKLAMA PRODUKTU LECZNICZEGO KIEROWANA DO PROFESJONALISTÓW
	2. Zabrania się przyjmowania korzyści materialnych, prezentów i różnych ułatwień, nagród, wycieczek; 3. Ograniczenia nie dotyczą dawania lub przyjmowania przedmiotów o wartości materialnej nieprzekraczającej kwoty 100 złotych, związanych z praktyką medyczną lub farmaceutyczną, opatrzonych znakiem reklamującym daną firmę lub produkt leczniczy
Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 55, 57 ust. 1	Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 54, 58

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 54–58.

Przy określaniu legalności działań dotyczących form reklamy produktu leczniczego główne znaczenie ma treść przekazu, a nie tytuł nadany przez podmiot prowadzący reklamę[705]. Elementami wskazującymi na „reklamowy" charakter przekazu (materiału) mogą być atrakcyjna i przyjemna w odbiorze szata graficzna, obecność znaku graficznego produktu oraz określenia wartościujące o charakterze wspólnego przekazu dla danego produktu, wyrażające zamiar zachęcenia do jego zakupu[706]. Fakt istnienia formy „zachęty" nie musi ograniczać się jedynie do warstwy słownej; powinien być ustalony na podstawie całokształtu przekazu, który dociera do odbiorcy, w tym przez ustalenie, jaki był krąg odbiorców przekazu i jaka jest dla nich jego przydatność[707].

Przewaga kryterium treści nad formą przy ocenie przekazu reklamowego nie oznacza, że forma i postać reklamy produktu leczniczego są nieistotne. Na podstawie analizy decyzji Głównego Inspektora Farmaceutycznego można wyodrębnić różnorodne postacie i formy reklamy produktów leczniczych[708]:

- kalendarz (decyzja GIF z dnia 18 kwietnia 2007 r., GIF-P-R-481-52/JD/07);
- foldery reklamowe, w tym „informacyjne" (decyzja GIF z dnia 26 marca 2007 r., GIF-P-R-481-42/JD/07);

[705] Decyzja GIF z dnia 7 lutego 2008 r., GIF-P-R-450-95-2/JD/07/08.
[706] Decyzja GIF z dnia 2 grudnia 2008 r., GIF-P-R-450-71-3/KP/08.
[707] Decyzja GIF z dnia 20 grudnia 2007 r., GIF-P-R-450-99-2/RL/07.
[708] M. Świerczyński, *Reklama produktów…*, dz. cyt., s. 314.

– spot telewizyjny (decyzja GIF z dnia 26 marca 2007 r., GIF-P-R-481-41/JD/07; decyzja GIF z dnia 3 kwietnia 2007 r., GIF-P-R-481-47/JD/07);
– spot emitowany przez radio (decyzja GIF z dnia 27 marca 2007 r., GIF-P-R-481-45/JD/07);
– artykuł publikowany w serwisie internetowym (decyzja GIF z dnia 26 marca 2007 r., GIF-P-R-481-44/MSZ/07);
– wkładka zamieszczona w magazynie dla pacjentów (decyzja GIF z dnia 4 kwietnia 2007 r., GIF-P-R-481-49/JD/07).

Również za formę reklamy produktów leczniczych Główny Inspektor Farmaceutyczny uznaje foldery aptek[709].

Prowadzenie działalności operacyjnej w aptece ogólnodostępnej oparte jest na świadczeniu usług farmaceutycznych przy wsparciu legalnie stosowanych instrumentów marketingowych. Organizowanie i prowadzenie (z własnej inicjatywy) przez aptekę ogólnodostępną reklamy produktu leczniczego narusza art. 60 ustawy Prawo farmaceutyczne i może zostać przez organy nadzoru farmaceutycznego zakwalifikowane jako zabroniona forma reklamy apteki i jej działalności. Dodatkowo samorząd zawodu aptekarskiego w Kodeksie Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej ustanowił zakaz reklamowania usług przez farmaceutów, którzy również nie mogą uczestniczyć w reklamie i promocji niezgodnej z prawem lub dobrymi obyczajami oraz przyczyniać się do zwiększenia konsumpcji produktów leczniczych[710].

Nieuczciwa i zakazana reklama stanowi czyn nieuczciwej konkurencji, który w polskim systemie prawa podlega sankcjom karnym (karze aresztu albo grzywny)[711]. Czynem nieuczciwej konkurencji w zakresie reklamy jest w szczególności[712]:

– reklama sprzeczna z przepisami prawa, dobrymi obyczajami lub uchybiająca godności człowieka;
– reklama wprowadzająca klienta w błąd i mogąca przez to wpłynąć na jego decyzję co do nabycia towaru lub usługi;
– reklama odwołująca się do uczuć klientów przez wywoływanie lęku, wykorzystywanie przesądów lub łatwowierności dzieci;
– wypowiedź, która, zachęcając do nabywania towarów lub usług, sprawia wrażenie neutralnej informacji;

[709] Tamże, s. 315.
[710] Kodeks Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej, dz. cyt., art. 19.
[711] Ustawa z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, Dz.U. z 1993 r. Nr 47, poz. 211, ze zm., art. 3 ust. 2, art. 25.
[712] Tamże, art. 16 ust. 1; Ustawa z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną, Dz.U. z 2002 r. Nr 144, poz. 1204, ze zm., art. 10 ust. 3.

– reklama, która stanowi istotną ingerencję w sferę prywatności, w szczególności przez uciążliwe dla klientów nagabywanie w miejscach publicznych, przesyłanie na koszt klienta niezamówionych towarów lub nadużywanie technicznych środków przekazu informacji;
– spamming, czyli przesyłanie niezamówionej informacji handlowej skierowanej do oznaczonego odbiorcy będącego osobą fizyczną za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w szczególności poczty elektronicznej[713].

Przy ocenie reklamy wprowadzającej w błąd uwzględnia się wszystkie jej elementy, zwłaszcza dotyczące ilości, jakości, składników, sposobu wykonania, przydatności, możliwości zastosowania, naprawy lub konserwacji reklamowanych towarów lub usług, a także zachowania się klienta[714]. Reklama umożliwiająca bezpośrednio lub pośrednio rozpoznanie konkurenta albo towarów lub usług oferowanych przez konkurenta (reklama porównawcza) stanowi czyn nieuczciwej konkurencji, jeżeli jest sprzeczna z dobrymi obyczajami. Reklama porównawcza nie jest sprzeczna z dobrymi obyczajami, jeżeli łącznie spełnia następujące przesłanki[715]:

– nie jest reklamą wprowadzającą w błąd;
– w sposób rzetelny i dający się zweryfikować na podstawie obiektywnych kryteriów porównuje towary lub usługi zaspokajające te same potrzeby lub przeznaczone do tego samego celu;
– w sposób obiektywny porównuje jedną lub kilka istotnych, charakterystycznych, sprawdzalnych i typowych cech tych towarów i usług, do których może należeć także cena;
– nie powoduje na rynku pomyłek w rozróżnieniu między reklamującym a jego konkurentem ani między ich towarami albo usługami, znakami towarowymi, oznaczeniami przedsiębiorstwa lub innymi oznaczeniami odróżniającymi;
– nie dyskredytuje towarów, usług, działalności, znaków towarowych, oznaczeń przedsiębiorstwa lub innych oznaczeń odróżniających, a także okoliczności dotyczących konkurenta;

[713] Ustawa z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną, Dz.U. z 2002 r. Nr 144, poz. 1204, ze zm., art. 10 ust. 1, 3 w zw. z art. 16 ust. 1 Ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, Dz.U. z 1993 r. Nr 47, poz. 211, ze zm.
[714] Ustawa z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, Dz.U. z 1993 r. Nr 47, poz. 211, ze zm., art. 16 ust. 2.
[715] Tamże, art. 16 ust. 3.

– w odniesieniu do towarów z chronionym oznaczeniem geograficznym lub chronioną nazwą pochodzenia odnosi się zawsze do towarów z takim samym oznaczeniem;
– nie wykorzystuje w nieuczciwy sposób renomy znaku towarowego, oznaczenia przedsiębiorstwa lub innego oznaczenia odróżniającego konkurenta ani też chronionego oznaczenia geograficznego lub chronionej nazwy pochodzenia produktów konkurencyjnych;
– nie przedstawia towaru lub usługi jako imitacji czy naśladownictwa towaru lub usługi opatrzonych chronionym znakiem towarowym, chronionym oznaczeniem geograficznym lub chronioną nazwą pochodzenia, albo innym oznaczeniem odróżniającym.

Reklama porównawcza związana z ofertą specjalną powinna, w zależności od jej warunków, jasno i jednoznacznie wskazywać datę wygaśnięcia tej oferty lub zawierać informację, że oferta jest ważna do czasu wyczerpania zapasu towarów bądź zaprzestania wykonywania usług, a jeżeli oferta specjalna jeszcze nie obowiązuje, powinna wskazywać również datę, od której specjalna cena lub inne szczególne warunki oferty będą obowiązywały[716].

Obok czynów nieuczciwej konkurencji w odniesieniu do reklamy zakazane są wprowadzające konsumenta w błąd nieuczciwe praktyki rynkowe, do których należą[717]:

– reklama przynęta, która polega na propozycji nabycia produktu po określonej cenie, bez ujawniania, że przedsiębiorca może mieć uzasadnione podstawy, aby sądzić, że nie będzie w stanie dostarczyć lub zamówić u innego przedsiębiorcy dostawy tych lub równorzędnych produktów po takiej cenie, przez taki okres i w takich ilościach, jakie są uzasadnione, biorąc pod uwagę produkt, zakres reklamy produktu i oferowaną cenę;
– reklama przynęta i zamiana, która polega na propozycji nabycia produktu po określonej cenie, a następnie odmowie pokazania konsumentom reklamowanego produktu lub odmowie przyjęcia zamówień na produkt, lub dostarczenia go w racjonalnym terminie, lub demonstrowaniu wadliwej próbki produktu, z zamiarem promowania innego produktu;
– przekaz twierdzący, że produkt będzie dostępny jedynie przez bardzo ograniczony czas lub że będzie on dostępny na określonych warunkach

[716] Tamże, art. 16 ust. 4.
[717] Ustawa z dnia 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym, Dz.U. z 2007 r. Nr 171, poz. 1206, ze zm., art. 7, ust. 5–13, 15–18, 20.

przez bardzo ograniczony czas, jeżeli jest to niezgodne z prawdą, w celu nakłonienia konsumenta do podjęcia natychmiastowej decyzji dotyczącej umowy i pozbawienia go możliwości świadomego wyboru produktu;
- przekaz twierdzący lub wywołujący wrażenie, że sprzedaż produktu jest zgodna z prawem, jeżeli jest to niezgodne z prawdą;
- prezentowanie uprawnień przysługujących konsumentom z mocy prawa jako cechy wyróżniającej ofertę przedsiębiorcy;
- kryptoreklama, która polega na wykorzystywaniu treści publicystycznych w środkach masowego przekazu w celu promocji produktu, w sytuacji gdy przedsiębiorca zapłacił za tę promocję, a nie wynika to wyraźnie z treści lub z obrazów, lub dźwięków łatwo rozpoznawalnych przez konsumenta;
- przedstawianie nierzetelnych informacji dotyczących rodzaju i stopnia ryzyka, na jakie będzie narażone bezpieczeństwo osobiste konsumenta lub jego rodziny, w przypadku gdy nie nabędzie produktu;
- reklamowanie produktu podobnego do produktu innego przedsiębiorcy w sposób celowo sugerujący konsumentowi, że produkt ten został wykonany przez tego samego przedsiębiorcę, jeżeli jest to niezgodne z prawdą;
- przekaz twierdzący, że przedsiębiorca wkrótce zakończy działalność lub zmieni miejsce jej wykonywania, jeżeli jest to niezgodne z prawdą;
- przekaz twierdzący, że nabycie produktu jest w stanie zwiększyć szanse na wygraną w grach losowych;
- przekaz twierdzący, że produkt jest w stanie leczyć choroby, zaburzenia lub wady rozwojowe, jeżeli jest to niezgodne z prawdą;
- przekazywanie nierzetelnych informacji dotyczących warunków rynkowych lub dostępności produktu, z zamiarem nakłonienia konsumenta do zakupu produktu na warunkach mniej korzystnych niż warunki rynkowe;
- umieszczanie w materiałach marketingowych faktury lub podobnego dokumentu sugerującego obowiązek zapłaty, który wywołuje u konsumenta wrażenie, że już zamówił reklamowany produkt, mimo że tego nie zrobił.

Przekaz reklamowy może również zostać uznany za agresywną praktykę rynkową, jeżeli przez niedopuszczalny nacisk w znaczny sposób ogranicza lub może ograniczyć swobodę wyboru przeciętnego konsumenta lub jego zachowanie względem produktu i tym samym powoduje lub może

powodować podjęcie przez niego decyzji dotyczącej umowy, której inaczej by nie podjął[718]. Za niedopuszczalny nacisk uważa się każdy rodzaj wykorzystania przewagi wobec konsumenta, w szczególności użycie lub groźbę użycia przymusu fizycznego lub psychicznego, w sposób znacznie ograniczający zdolność przeciętnego konsumenta do podjęcia świadomej decyzji dotyczącej umowy[719]. Przy ocenie, czy praktyka rynkowa jest agresywna, należy uwzględnić wszystkie jej cechy i okoliczności wprowadzenia produktu na rynek, a w szczególności[720]:

- czas, miejsce, rodzaj lub uciążliwość danej praktyki;
- celowe wykorzystanie przez przedsiębiorcę przymusowego położenia konsumenta lub innych okoliczności na tyle poważnych, że ograniczają one zdolność konsumenta do podjęcia świadomej decyzji dotyczącej umowy;
- uciążliwe lub niewspółmierne bariery pozaumowne, które przedsiębiorca wykorzystuje, aby przeszkodzić konsumentowi w wykonaniu jego praw umownych, w tym prawa do odstąpienia i wypowiedzenia umowy lub do rezygnacji na rzecz innego produktu lub przedsiębiorcy;
- groźby podjęcia działania niezgodnego z prawem lub użycie obraźliwych sformułowań bądź sposobów zachowania.

W odniesieniu do reklamy nieuczciwymi praktykami rynkowymi w każdych okolicznościach są następujące agresywne praktyki rynkowe[721]:

- uciążliwe i niewywołane działaniem albo zaniechaniem konsumenta nakłanianie do nabycia produktów przez telefon, faks, pocztę elektroniczną lub inne środki porozumiewania się na odległość, z wyjątkiem przypadków egzekwowania zobowiązań umownych, w zakresie dozwolonym przez obowiązujące przepisy prawa;
- umieszczanie w reklamie bezpośredniego wezwania dzieci do nabycia reklamowanych produktów lub do nakłonienia rodziców lub innych osób dorosłych do kupienia im reklamowanych produktów.

Stosowanie agresywnej praktyki rynkowej jest penalizowane, sprawca podlega karze grzywny[722]. Dodatkowo konsument, którego interes został zagrożony lub naruszony, może żądać[723]:

[718] Tamże, art. 8 ust. 1.
[719] Tamże, art. 8 ust. 2.
[720] Tamże, art. 8 ust. 3.
[721] Tamże, art. 9 ust. 3, 5.
[722] Tamże, art. 15 ust. 1.
[723] Tamże, art. 12 ust. 1.

– zaniechania tej praktyki;
– usunięcia skutków tej praktyki;
– złożenia jednokrotnego lub wielokrotnego oświadczenia o odpowiedniej treści i w odpowiedniej formie;
– naprawienia wyrządzonej szkody na zasadach ogólnych, w szczególności żądania unieważnienia umowy z obowiązkiem wzajemnego zwrotu świadczeń oraz zwrotu przez przedsiębiorcę kosztów związanych z nabyciem produktu;
– zasądzenia odpowiedniej sumy pieniężnej na określony cel społeczny związany ze wspieraniem kultury polskiej, ochroną dziedzictwa narodowego lub ochroną konsumentów.

Ciężar dowodu, że dana praktyka rynkowa nie stanowi nieuczciwej praktyki wprowadzającej w błąd, spoczywa na przedsiębiorcy, któremu zarzuca się stosowanie nieuczciwej praktyki rynkowej[724].

3.3.3.2. Promocja sprzedaży vs. promocja usług prozdrowotnych

Promocja sprzedaży jest instrumentem komunikacji marketingowej obejmującym działania komunikacyjne o relatywnie krótkim okresie oddziaływania, mające na celu silne zwiększenie zainteresowania produktem (usługą), co w konsekwencji ma prowadzić do wzrostu sprzedaży[725]. Podobnie jest określana promocja, która w ujęciu leksykalnym oznacza działania zmierzające do zwiększenia popularności przedsiębiorstwa i jego produktów, do zwiększenia sprzedaży jakiegoś towaru, np. poprzez reklamę lub obniżenie ceny[726]. Pojęcie „promocja sprzedaży" jest kategorią zbliżoną do reklamy, przez co często jest z nią utożsamiana i używana zamiennie.

Literatura przedmiotu i praktyka gospodarcza nie operują jedną, powszechnie akceptowalną definicją promocji sprzedaży. Wielowymiarowość marketingu pociąga za sobą wieloaspektowość w odniesieniu do promocji sprzedaży. Z tego względu obserwuje się dużą różnorodność w definiowaniu promocji sprzedaży, co w praktyce może utrudniać właściwe rozumienie i stosowanie tego instrumentu komunikacji marketingowej (tabela 43).

[724] Tamże, art. 13.
[725] A. Czarnecki, *Decyzje związane...*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Koncepcja*…, dz. cyt., s. 270.
[726] S. Dubisz, *Uniwersalny słownik*…, dz. cyt., t. 3, s. 895; M. Bańko, *Wielki słownik*…, dz. cyt., s. 1025. Podobnie: J. Sutherland, D. Canwell, *Klucz do marketingu…*, dz. cyt., s. 206–207; I. Kienzler, *Leksykon…*, dz. cyt., s. 178.

Tabela 43. Wybrane definicje pojęcia „promocja sprzedaży”

AUTOR (TWÓRCA)	DEFINICJA PROMOCJI SPRZEDAŻY
G. Haedrich, S. Kramer	„instrument komunikacji marketingowej, którego zadaniem jest uruchomienie bodźców w krótkim i długim okresie skierowanych do organizatorów zbytu, pracowników i konsumentów, mający na celu informowanie i aktywizowanie sprzedaży”
G. Armstrong, Ph. Kotler	„krótkoterminowe zachęty, które mają skłonić do zakupu lub sprzedaży produktu (usługi)”
B. Szymoniuk	„wszelkie działania marketingowe, wykorzystujące bodźce ekonomiczne w celu pobudzenia sprzedaży oferty”
L. Garbarski, I. Rutkowski, W. Wrzosek	„działania i środki, które podwyższają stopień skłonności konsumentów do zakupu produktu przez zwiększenie stopnia atrakcyjności produktu”
M. Michalik, B. Pilarczyk	„obejmuje narzędzia tworzące dodatkowe i nadzwyczajne korzyści o charakterze ekonomicznym lub psychologicznym, zwiększające stopień atrakcyjności produktu dla nabywcy i podnoszące jego skłonności do zakupu”
K. Szalonka	„metody komunikowania się firmy z klientami i podmiotami współpracującymi – dostawcami, instytucjami współpracującymi w celu przekazania im informacji o przygotowanej ofercie towarowej i kreowania potrzeb zakupu”
A. Czarnecki	„narzędzie komunikacji o relatywnie krótkim okresie oddziaływania mające na celu silne zwiększenie zainteresowania nabywców dzięki dostarczeniu im dodatkowych argumentów powodujących zwiększenie chęci zakupu”
K. Grzybczyk	„zachowania marketingowe, które towarzyszą wprowadzaniu na rynek nowego produktu lub usługi, zdobyciu odpowiedniej pozycji rynkowej lub też propagowaniu nowej idei”
T. Taranko	„zespół różnorodnych działań mających na celu stworzenie nadzwyczajnych, dodatkowych i krótkotrwałych bodźców zwiększających atrakcyjność produktu dla nabywcy i podwyższających jego skłonność do zakupu”
B. Pilarczyk., A. Rogala	„ma na celu stworzenie dodatkowych form zachęty do kupna określonego produktu (leku) w konkretnym miejscu lub/i w czasie. Prowadzone w ramach promocji sprzedaży działania powinny stwarzać wrażenie wyjątkowych okazji, stąd nie powinny być prowadzone w sposób ciągły”

Źródło: G. Haedrich, S. Kramer, *Verkaufsvőrderung*, [in:] Diller H. (Hg.), *Vahlens Großes Marketing-Lexikon*, C.H. Beck, Vahlen, München 1992, 1213 S.; G. Armstrong, Ph. Kotler, *Marketing…*, dz. cyt., s. 597; B. Szymoniuk, *Promocja sprzedaży*, [w:] Szymoniuk B. (red.), *Komunikacja marketingowa. Instrumenty i metody* (133–156), Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2006, s. 133; L. Garbarski, I. Rutkowski, W. Wrzosek, *Marketing. Punkt…*, dz. cyt., s. 535; M. Michalik, B. Pilarczyk, *Komunikacja marketingowa…*, dz. cyt., s. 219; K. Szalonka, *Marketing*…, dz. cyt., s. 76; A. Czarnecki, *Decyzje związane...*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Kluczowe*…, dz. cyt., s. 215; K. Grzybczyk, *Reklama produktów…*, dz. cyt., s. 529; T. Taranko, *Komunikacja marketingowa*…, dz. cyt., s. 64; B. Pilarczyk, A. Rogala, *Komunikacja marketingowa*…, dz. cyt., s. 118.

Promocja sprzedaży jest zatem instrumentem komunikacji marketingowej o relatywnie krótkim czasie oddziaływania, mającym na celu zwiększenie skłonności do zakupu produktu (usługi) poprzez oferowanie konsumentom dodatkowych i nadzwyczajnych korzyści o charakterze ekonomicznym lub psychologicznym, zwiększających stopień atrakcyjności produktu (usługi). Zasadniczym celem promocji sprzedaży jest okresowe zwiększenie sprzedaży, niemniej jednak może ona służyć innym celom[727]:

- wprowadzenie nowego produktu farmaceutycznego do portfolio przedsiębiorstwa;
- przekazanie kompleksowej informacji o produkcie;
- wyróżnienie konkretnej marki spośród innych grup asortymentowych;
- uzyskanie informacji zwrotnej od klientów;
- aktywizacja działu sprzedaży.

Właściwie zaplanowana i zrealizowana promocja sprzedaży prowadzi do wzrostu sprzedaży. Jej cechy konstytutywne to:

- celowy sposób postępowania ukierunkowany na:
  - wzrost atrakcyjności produktu (usługi), wyróżnienie produktu (usługi) na tle oferty podmiotów konkurencyjnych,
  - wzbudzenie dodatkowych emocji u nabywcy i wywołanie bodźców do podejmowania decyzji zakupowych (wzrost skłonności nabywcy do zakupu),
  - wzrost satysfakcji i poziomu lojalności nabywcy;
- krótki czas i szybkie efekty oddziaływania (charakter przejściowy);
- oferowanie konsumentom dodatkowych i nadzwyczajnych korzyści (ekonomicznych lub/i psychologicznych);
- różnorodne formy zachęty skłaniające do zakupu;
- cykliczność (ale nie ciągłość).

Jako metoda komunikowania się przedsiębiorstwa z otoczeniem, zorientowana na przekaz informacji o ofercie poprzez kreowanie potrzeb zakupu, promocja sprzedaży jest często mylona z reklamą[728]. Z tego względu należy uważać, aby przy projektowaniu działań promocyjnych na aptecznym rynku farmaceutycznym nie stosować aktywności, które mogłyby nosić znamiona reklamy apteki lub reklamy działalności apteki.

Działania promocyjne w aptece ogólnodostępnej należy łączyć z następującymi celami operacyjnymi:

[727] B. Pilarczyk, A. Rogala, *Komunikacja marketingowa…*, dz. cyt., s. 118.
[728] K. Żak, *Świadczenie usług…*, dz. cyt., s. 168.

– osiągnięcie pożądanego wyniku ze sprzedaży przy zadowalającym poziomie marży;
– wzrost liczby klientów;
– zwiększenie udziału w rynku;
– wzrost poziomu lojalności dotychczasowych klientów;
– przeciwdziałanie działaniom podmiotów konkurencyjnych (zabezpieczenie się przed utratą klientów dotychczasowych).

Efekty przedmiotowych celów operacyjnych w wyniku przeprowadzenia profesjonalnej kampanii promocyjnej w aptece ogólnodostępnej powinny być widoczne w stosunkowo krótkim horyzoncie czasowym – nawet jednego miesiąca, maksymalnie kwartału. W odniesieniu do działań związanych z reklamą horyzont czasowy jest znacznie wydłużony – efekty mogą być zauważalne nawet po roku od inauguracji kampanii reklamowej[729].

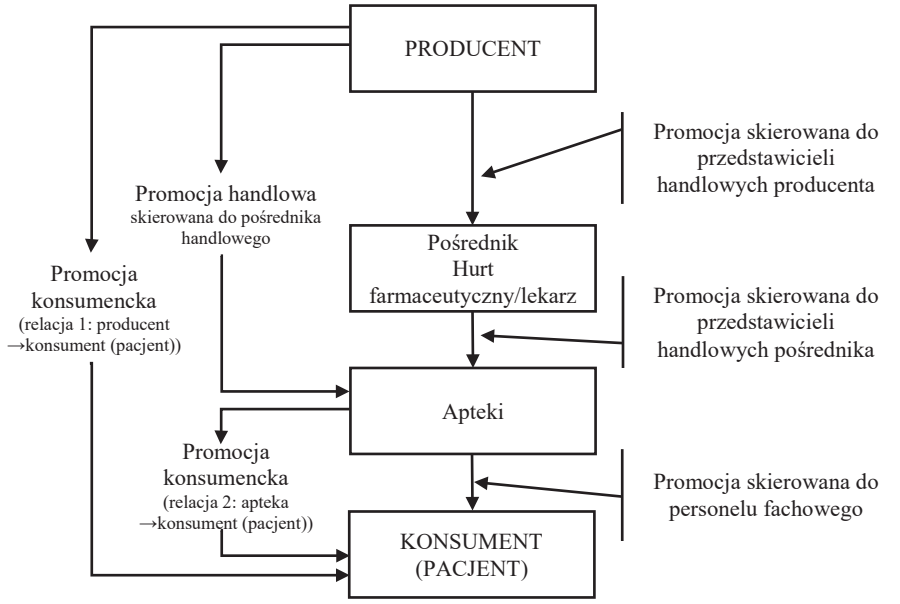
Działania promocyjne w aptece ogólnodostępnej można podzielić na promocję handlową skierowaną przez przedsiębiorstwo (hurtownię farmaceutyczną, producenta leków) do personelu bezpośrednio obsługującego klientów (farmaceutów, techników farmaceutycznych), jak również promocję konsumencką, kierowaną do ostatecznego nabywcy usług farmaceutycznych (klienta, pacjenta) i uruchamianą przez producenta lub detalistę[730]. Strukturę przepływów korzyści i hierarchię obrazuje rysunek 63.

W ramach promocji konsumenckiej korzyści dla ostatecznego nabywcy usług farmaceutycznych (pacjenta) mogą się kumulować. Przykładowo producent oferuje dla ostatecznego nabywcy opakowanie z większą ilością produktu (korzyść: dodatkowa ilość produktu), a w aptece klient (pacjent) dodatkowo otrzymuje produkt po niższej cenie niż cena standardowa (korzyść: niższy koszt zakupu). Techniki promocji sprzedaży wykorzystywane w aptekach ogólnodostępnych przedstawiono w tabeli 44.

Pomimo różnorodności w definiowaniu, biorąc pod uwagę specyfikę obrotu na aptecznym rynku farmaceutycznym, promocja sprzedaży nie powinna być analizowana w oderwaniu od przepisów prawnych. Polski system prawa nie wypracował ogólnej definicji promocji, która by była powszechnie uznawana czy akceptowana przez doktrynę.

[729] Tamże, s. 169–170.

[730] M. Michalik, B. Pilarczyk, *Komunikacja marketingowa…*, dz. cyt., s. 220. Natomiast A. Czarnecki na równi z promocją konsumencką wyróżnia promocje handlowe dla hurtowników, promocje dla detalistów oraz promocje dla sprzedawców. A. Czarnecki, *Decyzje związane...*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Koncepcja*…, dz. cyt., s. 271.



Rysunek 63. Rodzaje promocji sprzedaży na aptecznym rynku farmaceutycznym
Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 44. Techniki promocji sprzedaży na aptecznym rynku farmaceutycznym

PROMOCJA HANDLOWA relacja: hurtownia farmaceutyczna, producent leków → właściciel apteki, farmaceuta, technik farmaceutyczny	**PROMOCJA KONSUMENCKA relacja 1: producent, hurtownia farmaceutyczna → klient (pacjent) relacja 2: farmaceuta, technik farmaceutyczny → klient (pacjent)**
– upominki (po zebraniu określonej liczby punktów powiązanych ze sprzedażą określonych produktów konkretnego producenta); – konkursy dla personelu powiązane z programami motywacyjnymi; – opusty przy zakupie większej liczby produktów (w formie tzw. faktury marketingowej lub dodatkowej ilości produktów po niższej cenie, np. po 1 zł); – wyposażenie aptek (stojaki, gabloty, gondole, lodówki, kalkulatory, monitory); – płatna ekspozycja towaru (tzw. opłata za półkę); – udzielanie pomocy przez producenta przy ekspozycji leków; – bezpłatne próbki leków; – wydłużone terminy płatności (trzymiesięczny kredyt kupiecki);	– obniżka cen (np. akcje „wszystko po 5 zł”); – „produkty opiniotwórcze” oferowane w atrakcyjnej dla pacjenta cenie; – produkty wysokomarżowe oferowane w niskiej i atrakcyjnej dla pacjenta cenie; – specjalne opakowania (z większą ilością leku lub upominkiem)*; – oferowanie dodatkowego produktu przy zakupach powyżej określonej kwoty**; – oferowanie upominków przy zakupie za określoną kwotę**; – kupony (bony) dla lojalnych klientów**

PROMOCJA HANDLOWA relacja: hurtownia farmaceutyczna, producent leków → właściciel apteki, farmaceuta, technik farmaceutyczny	PROMOCJA KONSUMENCKA relacja 1: producent, hurtownia farmaceutyczna → klient (pacjent) relacja 2: farmaceuta, technik farmaceutyczny → klient (pacjent)
– seminaria/konferencje, wyjazdy integracyjne, szkolenia	

* Z większą ilością leku – promocja dozwolona; z upominkiem – technika kontrowersyjna.

** Technika uznana w orzecznictwie sądów administracyjnych jako niedozwolona, spełniająca przesłanki zabronionej formy reklamy apteki i jej działalności.

Źródło: K. Żak, *Świadczenie usług…*, dz. cyt., s. 170.

W ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi ustawodawca dokonał rozróżnienia pomiędzy reklamą a promocją, uznając za reklamę publiczne rozpowszechnianie znaków towarowych lub symboli graficznych, a także nazw i symboli graficznych przedsiębiorców, służące popularyzowaniu znaków towarowych produktu; zaś za promocję – publiczną degustację, rozdawanie rekwizytów związanych z produktem, organizowanie premiowanej sprzedaży produktu, a także inne formy publicznego zachęcania do nabywania z wyłączeniem konkursów opartych na zakupie produktu[731]. Podobne rozróżnienie zostało wygenerowane w ustawie o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, w której za reklamę uznano rozpowszechnianie komunikatów, wizerunków marek lub symboli z nimi związanych, a także nazw i symboli graficznych producentów, nieróżniące się od nazw i symboli graficznych wyrobów, służących popularyzowaniu marek; natomiast za promocję – publiczne rozdawanie wyrobów lub rekwizytów, organizowanie degustacji, premiowanej sprzedaży, oferowanie wyrobów konsumentom po obniżonej cenie w stosunku do ceny wydrukowanej na opakowaniu jednostkowym wyrobu, organizowanie konkursów opartych na zakupie wyrobów lub rekwizytów oraz inne formy publicznego zachęcania do nabywania lub używania, bez względu na formę dotarcia do adresata[732]. Pojęcie „promocja" dodatkowo zostało wyodrębnione przez prawodawcę w ustawie o podatku dochodowym od osób fizycznych, która przewiduje zwolnienie przedmiotowe od podatku

[731] Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Dz.U. z 1982 r. Nr 35, poz. 230, ze zm., art. 2^1, pkt 2 i 3; przepisy określające definicję reklamy i promocji dotyczą napojów alkoholowych.

[732] Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, Dz.U. z 1996 r. Nr 10, poz. 55, ze zm., art. 2, pkt 5 i 7; przepisy określające definicję reklamy i promocji dotyczą wyrobów tytoniowych.

dochodowego dotyczące nieodpłatnych świadczeń otrzymanych w związku z promocją lub reklamą, jeżeli jednorazowa wartość tych świadczeń nie przekracza kwoty 200 zł[733].

Zestawiając cechy konstytucyjne promocji sprzedaży z reklamą, zauważyć należy, że różnice pomiędzy nimi są nieostre. W orzecznictwie pojęcie „reklama" jest definiowane na tyle szeroko, że obejmuje również pojęcie „promocja"[734]. Pogląd ten oparty jest przede wszystkim na orzecznictwie Naczelnego Sądu Administracyjnego[735]. Promocja tylko wtedy może zostać uznana za reklamę, gdy ma cechy charakterystyczne dla reklamy i przede wszystkim obejmuje informację o promowanych produktach[736], natomiast jej konsekwencją jest zachęta do nabycia produktu i jego stosowania[737]. Różnice między promocją a reklamą polegają na tym, że[738]:

- promocje to działania krótkoterminowe odnoszące się do produktu (usługi), natomiast reklama stanowi działalność ukierunkowaną na budowanie długotrwałego wizerunku i wartości marki;
- efekty promocji są szybkie, natychmiastowe, a efekt reklamy może być rozłożony w czasie;
- promocja ma zachęcać klienta do wypróbowania najczęściej nowego produktu (usługi), a reklama przede wszystkim informować o cechach i zaletach produktu (usługi);
- promocja informuje o sprzedaży jednakowych produktów w tej samej cenie (ma zdobywać świadomość i akceptację handlową), a reklama ma zdobywać świadomość i akceptację klienta.

Z tych względów według R. Szczęsnego „promocja rzadko będzie pojęciem wykraczającym poza pojęcie reklamy *sensu stricto*, albowiem może obejmować szereg innych działań, które niekoniecznie muszą nieść ze sobą informacje o produkcie (usłudze) wraz z elementami zachęcającymi do jego nabycia (skorzystania z usługi), czy do podjęcia określonych zachowań w tym

[733] Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, Dz.U. z 1991 r. Nr 80, poz. 350, ze zm., art. 21 ust. 1 pkt 68a; obecna treść pkt 68a obowiązuje od dnia 1 stycznia 2003 r.

[734] K. Grzybczyk, *Reklama produktów…*, dz. cyt., s. 530.

[735] Por. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego w Katowicach z dnia 18 października 1995 r., SA/Ka 1894/94, POP 1998, Nr 2, poz. 62; Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego w Katowicach z dnia 18 października 1995 r., SA/Ka 1895/94, POP 1998, Nr 2, poz. 62.

[736] Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego w Łodzi z dnia 13 lutego 2003 r., I SA/Łd 929/01, POP 2003, Nr 4, poz. 16.

[737] Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 18 grudnia 2009 r., VI SA/Wa 1758/09.

[738] R. Szczęsny, *Reklama farmaceutyczna…*, dz. cyt., s. 119.

kierunku (…). Z reguły jest jednak jednym z aspektów reklamy rozumianej *sensu largo*"[739].

Ścisłe powiązanie promocji z reklamą przy jednoczesnym braku jednoznacznych definicji pozwalających na precyzyjne odróżnienie tych pojęć może sprawiać trudności z właściwą interpretacją przepisów prawnych. Brak literalnego zakazu podejmowania działań związanych z promocją sprzedaży nie jest równoznaczny z przyzwoleniem na działania promocyjne. Rozszerzenie definicji reklamy produktów leczniczych o element zachęty w celu zwiększenia liczby przepisywanych recept, dostarczania, sprzedaży lub konsumpcji produktów leczniczych powoduje, że często w praktyce nie jest możliwe dokładne, niebudzące zastrzeżeń odróżnienie promocji od reklamy. Może to stwarzać pole do nadużyć ze strony organizatorów kampanii marketingowych oraz powodować nadinterpretację ze strony organów nadzoru farmaceutycznego. System prawa farmaceutycznego bowiem nie definiuje jasno i szczegółowo poszczególnych instrumentów komunikacji marketingowej, zaś w orzecznictwie sądów administracyjnych brakuje precyzji w jednoznacznym rozróżnianiu reklamy od promocji sprzedaży, sponsoringu, public relations czy komunikacji nieformalnej, gdyż są one klasyfikowane jako reklama *sensu largo*. Obniżka ceny produktu i polityka niskich cen mogą stanowić jedyny dozwolony aspekt związany z prowadzeniem promocji handlowej, pod warunkiem że zmiana ceny nie jest dodatkowo wyeksponowana graficznie (np. poprzez przekreślenie starej ceny i wyeksponowanie nowej, bardziej atrakcyjnej dla klienta). Katalogi handlowe i listy cenowe zaś mogą zawierać wyłącznie nazwę własną, nazwę powszechnie stosowaną, dawkę, postać i cenę produktu leczniczego (w przypadku produktu leczniczego objętego refundacją – cenę urzędową detaliczną) oraz nie powinny zawierać treści odnoszących się do właściwości produktów leczniczych, w tym do wskazań terapeutycznych[740]. Zauważyć jednak należy, że pomimo dopuszczalności tworzenia przez aptekę katalogów i list cenowych dystrybucja materiałów opatrzonych znakiem graficznym apteki może naruszać ustawowy zakaz reklamy apteki i jej działalności.

Szansą na promocję usług apteki mogą być tzw. usługi prozdrowotne, choć ten aspekt aktywności nie jest do końca rozwiązany z prawnego punktu widzenia. Usługi prozdrowotne, które wychodzą poza zakres usług farmaceutycznych, w systemie prawa farmaceutycznego są ujęte jako „inne rodzaje działalności". Z definicji apteki ogólnodostępnej wynika bowiem, że

[739] Tamże, s. 120.

[740] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 52 ust. 3 pkt 4.

jest ona placówką ochrony zdrowia publicznego, w której osoby uprawnione świadczą w szczególności usługi farmaceutyczne. Użycie zwrotu „w szczególności" wskazuje, że katalog usług farmaceutycznych nie stanowi wykazu zamkniętego[741]. Prawodawca w ustawie Prawo farmaceutyczne wskazał bowiem, że minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, inne rodzaje działalności związane z ochroną zdrowia dopuszczalne do prowadzenia w aptece[742]. Problemem jest jednak to, że zobligowany przez ustawodawcę minister właściwy do spraw zdrowia z przedmiotowej delegacji do tej pory nie skorzystał. Z tego względu w literaturze dominują dwa skrajne poglądy[743]:

– dopuszczalność w aptece innych rodzajów aktywności związanych z ochroną zdrowia;
– świadczenie usług farmaceutycznych *stricte* określonych w ustawie o zawodzie farmaceuty.

Wszelkie niejasności w tym zakresie pociągają za sobą konieczność rozstrzygania sporów na drodze postępowań sądowych.

Problematyka „innych rodzajów działalności związanych z ochroną zdrowia" w aptece ogólnodostępnej stała się przedmiotem zainteresowania ze strony Ministerstwa Zdrowia już w 2007 r. Projekt rozporządzenia w tym zakresie przewidywał dopuszczenie do prowadzenia w aptece ogólnodostępnej następujących rodzajów działalności[744]:

– monitorowanie procesu farmakologicznego leczenia stałych pacjentów apteki, szczególnie w sytuacji polipragmazji (leczenie synergiczne kilkoma produktami leczniczymi jednej jednostki chorobowej; równoczesne leczenie farmakologiczne kilku jednostek chorobowych) z zastosowaniem tworzonych osobowych baz danych;
– doradztwo w samolecznictwie farmakologicznym pacjentów opartym na produktach OTC (ang. *over the counter*);
– diagnostyka nieinwazyjna: pomiar ciśnienia tętniczego krwi, pomiar masy ciała i wzrostu, ocena BMI (ang. *Body Mass Index*);

[741] S. Molęda, *Prawo dla aptek i farmaceutów*, Medicine Today Poland, Warszawa 2010, s. 149.
[742] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 86 ust. 9.
[743] Por. K. Żak, *Promocja usług prozdrowotnych w aptece ogólnodostępnej – ujęcie prawne i ekonomiczne*, „Ekonomia – Wroclaw Economic Review", 23 (4), Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2017, s. 295.
[744] S. Molęda, *Prawo dla aptek*…, dz. cyt., s. 151.

– zaopatrzenie w produkty lecznicze i wyroby medyczne pacjentów z niepełnosprawnością z dysfunkcją narządów ruchu, pacjentów w podeszłym wieku oraz innych pacjentów, którzy ze względów losowych nie mogą opuścić miejsca zamieszkania – w ich miejscu pobytu – po zatwierdzeniu procedury dostawy przez właściwego wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego;
– konsultacje i sprzedaż dermokosmetyków z wykorzystaniem specjalistycznej aparatury do oceny stanu skóry i włosów;
– konsultacje i wynajem specjalistycznych wyrobów medycznych i sprzętu ortopedycznego;
– obrót repelentami;
– kolportaż i sprzedaż książek oraz czasopism o tematyce medycznej związanej z promocją zdrowia oraz organizowanie prelekcji prozdrowotnych;
– doradztwo w zapobieganiu uzależnieniom, w tym doradztwo w zakresie wykonywania jednorazowych testów wykrywających środki odurzające i psychotropowe;
– doradztwo żywieniowe (diety stosowane w chorobach metabolicznych, np. w cukrzycy i chorobach wątroby, w otyłości, żywienie w wieku podeszłym);
– doradztwo i sprzedaż leczniczych oraz naturalnych wód mineralnych;
– aromaterapia.

Niestety, przedmiotowe rozporządzenie nigdy nie zostało wydane, stąd nadal na rynku obserwuje się zjawisko niepewności w zakresie stosowania w praktyce aptecznej „innych rodzajów działalności związanych z ochroną zdrowia". Do tej chwili bowiem nie ma pełnej zgody i jasności, jakie usługi prozdrowotne i w jakim zakresie mogą być świadczone w aptece. Pewnym wyznacznikiem w tym względzie jednak mogą być tezy wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 11 stycznia 2012 r. (sygn. akt: II GSK 1365/10) odnoszące się do bezpłatnego pomiaru ciśnienia tętniczego krwi i posiadania przez aptekę ciśnieniomierza[745]:

– apteka ogólnodostępna jako placówka ochrony zdrowia może posiadać ciśnieniomierz do dokonywania bezpłatnego pomiaru ciśnienia tętniczego przez jej klientów. Taka interpretacja art. 86 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz.U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, ze zm.), w którym ustawodawca określając zakres działania

[745] K. Żak, *Promocja usług…*, dz. cyt., s. 296–297.

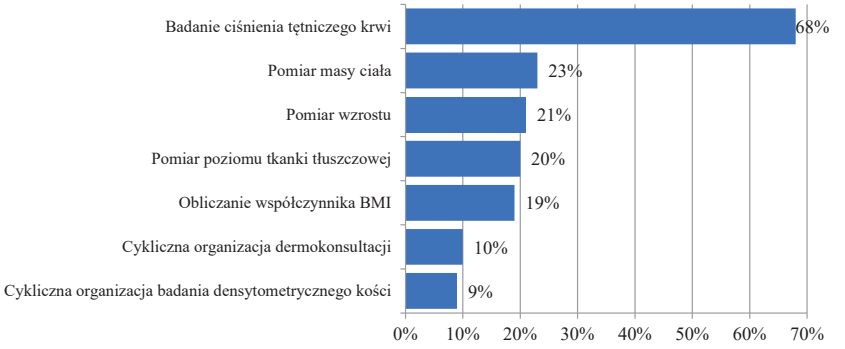
apteki, użył wyrażenia „w szczególności", pozostaje w zgodzie z art. 68 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, z którego można wywieść podmiotowe prawo jednostki do ochrony zdrowia oraz obiektywny nakaz podejmowania przez władze publiczne takich działań, które są konieczne dla należytej ochrony i realizacji tego prawa;

– artykuł 86 ust. 2, 5 i 8 ustawy Prawo farmaceutyczne nie stanowi podstawy prawnej zakazu wystawienia ciśnieniomierza do użytku klientom apteki. Nie można wywodzić zakazu posiadania przez aptekę ogólnodostępną ciśnieniomierza i dokonywania w niej bezpłatnego pomiaru ciśnienia tętniczego z nieskorzystania przez ministra zdrowia z delegacji ustawowej do wydania rozporządzenia na podstawie art. 86 ust. 9 ustawy Prawo farmaceutyczne określającego inne rodzaje działalności dopuszczalne do prowadzenia w aptece. Dokonywanie bezpłatnego pomiaru ciśnienia tętniczego w aptece ogólnodostępnej jako placówce ochrony zdrowia publicznego należy uznać za działanie w interesie publicznym, na rzecz ochrony zdrowia publicznego, nie jest zatem uzasadnione wprowadzanie w tym zakresie zakazów lub ograniczeń wolności gospodarczej stosownie do art. 20 i 22 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej;
– artykuł 120 ust. 1 pkt 2 ustawy Prawo farmaceutyczne nie stanowi podstawy prawnej do wydania decyzji nakazujących usunięcie ciśnieniomierza z apteki przez organy inspekcji farmaceutycznej. Takie decyzje organów dotknięte są wadą nieważności, co skutkuje stwierdzeniem ich nieważności na zasadzie art. 145 § 1 pkt 2 ustawy Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (w zw. z art. 156 § 1 pkt 2 k.p.a.). Nie można domniemywać stosowania władczej i jednostronnej formy działania, jaką jest decyzja administracyjna, co wynika z konstytucyjnej zasady działania organów władzy publicznej na podstawie i w granicach prawa (art. 7 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej) oraz zasady ogólnej ustanowionej w art. 6 k.p.a.

Zatem warunkiem koniecznym uznania legalności tzw. usługi prozdrowotnej (kwalifikowanej jako „inny rodzaj działalności związany z ochroną zdrowia dopuszczalny do prowadzenia w aptece") jest nieodpłatność usługi i jej powiązanie z interesem społecznym na rzecz ochrony zdrowia publicznego. Podkreślić przy tym należy, że każdy inny aspekt działalności apteki powinien być projektowany i wdrażany indywidualnie, ze szczególnym uwzględnieniem celu i charakteru danej aktywności, ponieważ w polskim systemie prawa wyroki sądów mają charakter indywidualny (odnoszą się

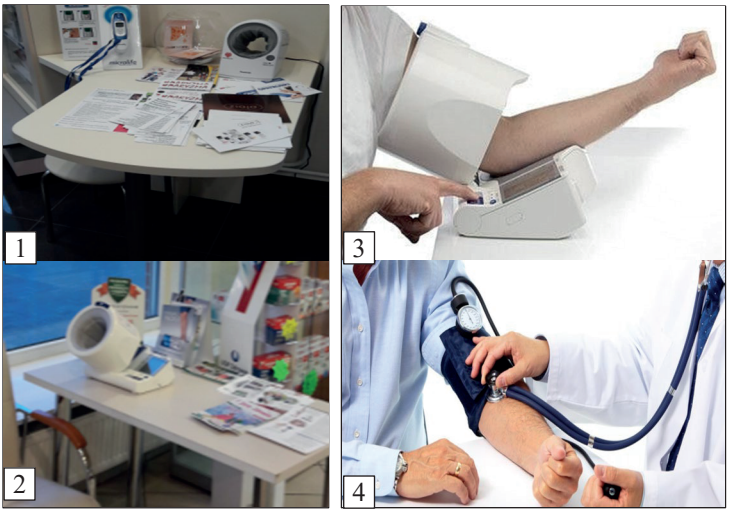
do indywidualnego adresata) i konkretny (dotyczą ściśle określonej sytuacji, przypadku, stanu prawnego), przez co nie stanowią źródła prawa powszechnie obowiązującego, lecz mogą być jedynie wskazówką destynacyjną.

Świadczenie usług prozdrowotnych nie stanowi priorytetowego aspektu usług świadczonych w aptece, jednak wzbudza zainteresowanie nabywców i z tego względu nie jest ignorowane przez jej personel. Częstotliwość występowania usług dodatkowych jest zróżnicowana (rysunek 64).



Rysunek 64. Usługi dodatkowe świadczone w aptece

Źródło: K. Żak, *Promocja usług…*, dz. cyt., s. 299.



Rysunek 65. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi

Źródło: (1–3) materiały własne; (4) D. Grzegorzek, *Pomiar ciśnienia krwi – metody i normy. Jak wybrać aparat do jego mierzenia?*, „Strona Zdrowia" 2020. Pobrano z: https://stronazdrowia.pl/ (dostęp: 23.08.2022).

Najbardziej rozpowszechnioną usługą prozdrowotną, która od 2020 r. uzyskała status pełnoprawnej usługi farmaceutycznej, jest nieodpłatne badanie ciśnienia tętniczego krwi (świadczona przez 68% aptek)[746]. Realizowane jest ono najczęściej za pomocą samoobsługowych urządzeń (ciśnieniomierzy), rzadziej w sposób tradycyjny – poprzez osobiste zaangażowanie personelu apteki (rysunek 65).

Pomiar masy ciała oraz pomiar wzrostu wykonywane są głównie za pomocą zintegrowanego urządzenia, które dodatkowo jest w stanie obliczyć wartość współczynnika BMI pacjenta (rysunek 66).



Rysunek 66. Pomiar wzrostu masy ciała w aptece

Źródło: Materiały własne.

Organizacja dermokonsultacji w aptece odbywa się z reguły w oparciu o punkt konsultacyjny umiejscowiony w części izby ekspedycyjnej, w którym specjalista (pracownik apteki lub przedstawiciel przedsiębiorstwa farmaceutycznego) prowadzi nieodpłatne konsultacje powiązane z prezentacją dermokosmetyków (rysunek 67).

[746] Por. Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, Dz.U. z 2021 r., poz. 97, ze zm., art. 4 ust. 3 pkt 6.



Rysunek 67. Dermokonsultacje w aptece

Źródło: Kosmetologia Monika Turowska, *Dermokonsultacje dla każdego*, 2017. Pobrano z: http://kosmetologia.net/ (dostęp: 23.08.2022).

Cykliczne organizowanie badania densytometrycznego kości jest związane z koniecznością kooperacji z wyspecjalizowanymi podmiotami (placówkami), z uwagi na specyfikę badania oraz towarzyszące temu czynności organizacyjne (organizacja punktu w okolicy apteki)[747].

Promocja zdrowia w aptece, określana jako „skoncentrowany na pacjencie proces komunikowania się i wzajemnego oddziaływania, poprzez który farmaceuta dąży do umożliwienia pacjentowi/klientowi wykorzystania świadczeń apteki do lepszej kontroli i poprawy jego stanu zdrowia", obejmuje[748]:

- sprzedaż artykułów związanych ze zdrowym stylem życia (środki wspomagające rzucenie palenia papierosów, kremy z filtrami UV, prezerwatywy);
- ekspozycja plakatów i ulotek z zakresu edukacji zdrowotnej;
- udział w kursach i szkoleniach przeznaczonych dla określonych grup pacjentów;
- udział w programach promocji zdrowia organizowanych w ramach systemu opieki zdrowotnej (np. zachęcających do rzucenia palenia papierosów);

[747] Tamże, s. 299.

[748] M. Panas, *Korzyści dla apteki z aktywnego promowania zdrowia*, [w:] Brandys J. (red.), *Apteka plus pacjent. Farmaceuta jako profesjonalny doradca*, Dr Josef Raabe Spółka Wydawnicza Sp. z o.o., Warszawa 2005, E.1.1., s. 5–6.

– system udzielania profesjonalnych porad dotyczących pożądanych zmian stylu życia.

Aktywność w tym zakresie wpisuje się w oczekiwania nabywców usług prozdrowotnych, którzy oczekują od apteki, aby stała się miejscem, w którym można otrzymać specjalistyczną poradę w zakresie[749]:

– sposobów rzucania palenia;
– doboru odpowiedniej diety;
– przeciwdziałania problemom związanym z nadużywaniem alkoholu;
– doboru preparatów minimalizujących negatywne skutki oddziaływania promieniowania słonecznego;
– aktywności fizycznej;
– higieny i zdrowia jamy ustnej;
– antykoncepcji;
– przeciwdziałania chorobom układu krążenia;
– przeciwdziałania chorobom zakaźnym;
– przeciwdziałania stanom depresyjnym;
– przeciwdziałania uzależnieniom od leków i narkotyków.

Praktyka apteczna jednak pokazuje, że poza ekspozycją materiałów o tematyce prozdrowotnej w aptekach bardzo rzadko poruszane są zagadnienia związane z profilaktyką i promocją zdrowia[750]. Stanowi to pochodną zbyt rygorystycznie interpretowanego zakazu reklamy apteki i jej działalności, który wśród przedsiębiorców aptecznych wywołuje obawy, że nawet prospołeczna i nieodpłatna aktywność apteki, wykraczająca poza zakres legalnie zdefiniowanych usług farmaceutycznych, może zostać uznana przez organy nadzoru farmaceutycznego za działalność zabronioną. Pominięcie w legislacji uregulowania usług prozdrowotnych jest szkodliwe dla pacjenta, albowiem przedmiotowe usługi świadczone nieodpłatnie wpisują się w system promocji zdrowia, ponieważ dają asumpt do[751]:

– zmiany stylu życia (np. pomiar ciśnienia tętniczego krwi oraz pomiar poziomu tkanki tłuszczowej mogą stanowić impuls skłaniający pacjenta do zwiększenia aktywności ruchowej);

[749] Tamże, s. 6.
[750] E. Ulatowska-Szostak, *Udział aptek w działaniach z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia w opiniach wybranej grupy pacjentów*, „Problemy Higieny i Epidemiologii" 2008, 89 (2), s. 273.
[751] K. Żak, *Promocja usług…*, dz. cyt., s. 301.

– zmiany nawyków żywieniowych (np. pomiar masy ciała i wzrostu oraz obliczanie wartości współczynnika BMI mogą stanowić impuls skłaniający pacjenta do zmiany diety);
– wykonywania badań profilaktycznych (np. cykliczna organizacja badania densytometrycznego kości oraz pomiaru glikemii mogą stanowić impuls skłaniający pacjenta do wzrostu zainteresowania profilaktyką zdrowotną).

Legalna organizacja promocji usług prozdrowotnych może mieć miejsce w aptece ogólnodostępnej, pod warunkiem że zostaną łącznie spełnione następujące warunki:
– dwie przesłanki pozytywne:
  • działanie w interesie społecznym na rzecz ochrony zdrowia publicznego,
  • nieodpłatność usługi;
– dwie przesłanki negatywne:
  • brak jakiejkolwiek formy zachęty związanej z możliwością nabycia produktów apteki lub koniecznością skorzystania z odpłatnych usług apteki,
  • brak kolizji z podstawowym aspektem działalności apteki – procesem świadczenia usług farmaceutycznych.

Promocja sprzedaży oraz skorelowana z nią promocja usług prozdrowotnych nie mogą wprowadzać konsumenta w błąd. System prawa handlowego w odniesieniu do działań promocyjnych zabrania stosowania wprowadzających konsumenta w błąd nieuczciwych praktyk rynkowych, do których należą[752]:
– zakładanie, prowadzenie lub propagowanie systemów promocyjnych typu piramida, w ramach których konsument wykonuje świadczenie w zamian za możliwość otrzymania korzyści materialnych, które są uzależnione przede wszystkim od wprowadzenia innych konsumentów do systemu, a nie od sprzedaży lub konsumpcji produktów;
– twierdzenie, w ramach praktyki rynkowej, że organizowany jest konkurs lub promocja z nagrodami, a następnie nieprzyznanie opisanych nagród lub ich odpowiedniego ekwiwalentu;
– prezentowanie produktu jako „gratis", „darmowy", „bezpłatny" lub w podobny sposób, jeżeli konsument musi uiścić jakąkolwiek

[752] Ustawa z dnia 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym, Dz.U. z 2007 r. Nr 171, poz. 1206, ze zm., art. 7 ust. 14, 19–20.

należność, z wyjątkiem bezpośrednich kosztów związanych z odpowiedzią na praktykę rynkową, odbiorem lub dostarczeniem produktu.

Zauważyć przy tym należy, że w nawiązaniu do promocji sprzedaży zabronione w aptece jest stosowanie programów lojalnościowych, konkursów, loterii, których celem jest zwiększanie konsumpcji produktów leczniczych oraz promocji niezgodnej z prawem lub dobrymi obyczajami. Zabronione są również następujące agresywne praktyki rynkowe[753]:

- wywoływanie wrażenia, że konsument nie może opuścić pomieszczeń przedsiębiorcy bez zawarcia umowy;
- składanie wizyt w miejscu zamieszkania konsumenta, nawet jeżeli nie przebywa on tam z zamiarem stałego pobytu, ignorując prośbę konsumenta o jego opuszczenie lub zaprzestanie takich wizyt, z wyjątkiem przypadków egzekwowania zobowiązań umownych, w zakresie dozwolonym przez obowiązujące przepisy;
- żądanie natychmiastowej lub odroczonej zapłaty za produkty bądź zwrotu lub przechowania produktów, które zostały dostarczone przez przedsiębiorcę, ale nie zostały zamówione przez konsumenta;
- informowanie konsumenta o tym, że jeżeli nie nabędzie produktu, przedsiębiorcy może grozić utrata pracy lub środków do życia;
- wywoływanie wrażenia, że konsument już uzyskał, uzyska bezwarunkowo lub po wykonaniu określonej czynności nagrodę lub inną porównywalną korzyść, gdy w rzeczywistości nagroda lub inna porównywalna korzyść nie istnieje, lub uzyskanie nagrody lub innej porównywalnej korzyści uzależnione jest od wpłacenia przez konsumenta określonej kwoty lub poniesienia innych kosztów.

W systemie prawa handlowego wskazano również zakazane formy aktywności w odniesieniu do promocji sprzedaży, które stanowią czyn nieuczciwej konkurencji i mogą utrudniać innym przedsiębiorcom dostęp do rynku, w szczególności przez[754]:

- sprzedaż towarów lub usług poniżej kosztów ich wytworzenia lub świadczenia albo ich odprzedaż poniżej kosztów zakupu w celu eliminacji innych przedsiębiorców (tzw. dumping);
- działanie mające na celu wymuszenie na klientach wyboru jako kontrahenta określonego przedsiębiorcy lub stwarzanie warunków

[753] Tamże, art. 9 ust. 1–2, 6–8.

[754] Ustawa z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, Dz.U. z 1993 r. Nr 47, poz. 211, ze zm., art. 15 ust. 1 pkt 1, 5, ust. 2–4.

umożliwiających podmiotom trzecim wymuszanie zakupu towaru lub usługi u określonego przedsiębiorcy, które mogą polegać w szczególności na:
    - ograniczeniu w istotny sposób lub wyłączeniu możliwości dokonywania przez klienta zakupu u innego przedsiębiorcy,
    - stworzeniu sytuacji powodujących pośrednio lub bezpośrednio narzucenie klientom przez podmioty trzecie konieczności dokonania zakupu u danego przedsiębiorcy lub u przedsiębiorcy, z którym dany przedsiębiorca pozostaje w związku gospodarczym,
    - emisji, oferowaniu oraz realizacji znaków legitymacyjnych podlegających wymianie na towary lub usługi oferowane przez jednego przedsiębiorcę lub grupę przedsiębiorców pozostających w związku gospodarczym;
- sprzedaż towarów lub usług w obiektach handlowych o powierzchni sprzedaży powyżej 400 m^2 po cenie nieuwzględniającej marży handlowej;
- emitowanie oraz realizacja znaków legitymacyjnych podlegających wymianie na towary lub usługi, oferowanych poniżej ich wartości nominalnej;
- emitowanie oraz realizacja znaków legitymacyjnych podlegających wymianie na towary lub usługi o cenie przewyższającej wartość nominalną znaku.

Zauważyć przy tym należy, że nie stanowi czynu nieuczciwej konkurencji sprzedaż po cenie nieuwzględniającej marży handlowej, jeżeli jest dokonywana w ramach[755]:

- wyprzedaży posezonowej, dokonywanej dwa razy w roku na koniec sezonu letniego i zimowego, trwającej każdorazowo nie dłużej niż miesiąc;
- wyprzedaży ze względu na upływający termin przydatności towarów do spożycia lub upływającą datę minimalnej trwałości;
- likwidacji obiektu handlowego, o ile sprzedaż taka trwa nie dłużej niż 3 miesiące od dnia podania do publicznej wiadomości informacji o likwidacji tego obiektu, a w przypadku likwidacji wszystkich obiektów handlowych przedsiębiorcy w związku z zaprzestaniem przez niego działalności handlowej – nie dłużej niż rok.

[755] Tamże, art. 15 ust. 5.

Uwzględniając specyfikę prawa farmaceutycznego, należy mieć na uwadze, że publiczna prezentacja informacji o sprzedaży po cenie nieuwzględniającej marży handlowej może zostać zakwalifikowana przez organy nadzoru farmaceutycznego jako zakazana forma reklamy apteki lub działalności apteki.

3.3.3.3. Public relations

Public relations (PR) jest instrumentem komunikacji marketingowej, który trudno jest precyzyjnie zdefiniować z uwagi na szeroki zakres podejmowanych przez przedsiębiorstwo działań oraz różnorodność przybieranych form aktywności. Mnogość i różnorodność definicji odpowiada liczbie szkół humanistycznych, organizacji zawodowych PR oraz podręczników z tego zakresu – i wciąż rośnie. Według różnych szacunków na świecie jest ponad dwa tysiące definicji pojęcia „public relations”[756]. W ujęciu leksykalnym public relations jest najczęściej określane jako ogół stosunków między jakimś przedsiębiorstwem, instytucją a społeczeństwem, do którego jest skierowana aktywność tego przedsiębiorstwa, instytucji oraz działalność mająca na celu kształtowanie i utrzymywanie dobrego (pozytywnego) publicznego wizerunku przedsiębiorstwa, instytucji[757]. Literatura przedmiotu podkreśla tę różnorodność, generując różnorodne definicje (tabela 45).

Tabela 45. Wybrane definicje public relations

AUTOR (TWÓRCA)	DEFINICJA PUBLIC RELATIONS
J.E. Marston	„wspólnota (braterstwo) 100 000, których wspólną więzią jest zawód i którego wspólną niedolą jest to, że nawet dwóch z nich nie może się nigdy do końca zgodzić co do tego, czym jest ta profesja”
A. Oeckl	„informacja plus adaptacja, plus integracja”
J. Grunig, T. Hunt	„zarządzanie komunikowaniem pomiędzy organizacją a jej publicznością”
D. Pflaum, W. Pieper	„planowe i stałe dążenie do zbudowania i rozwijania wzajemnego zrozumienia i zaufania na podstawie systematycznej analizy”
G. Armstrong, Ph. Kotler	„budowanie dobrych relacji z szeroko pojętym otoczeniem firmy poprzez zapewnienie jej sprzyjającego *publicity*, tworzenie pozytywnego wizerunku firmy, radzenie sobie z niekorzystnymi pogłoskami, relacjami lub zdarzeniami”

[756] K. Wójcik, *Public relations. Wiarygodny dialog z otoczeniem*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2015, s. 20.

[757] S. Dubisz, *Uniwersalny słownik*…, dz. cyt., t. 3, s. 1158; M. Bańko, *Wielki słownik*…, dz. cyt., s. 1041. Podobnie: J. Sutherland, D. Canwell, *Klucz do marketingu…*, dz. cyt., s. 214; I. Kienzler, *Leksykon…*, dz. cyt., s. 181.

AUTOR (TWÓRCA)	DEFINICJA PUBLIC RELATIONS
M. Rzemieniak	„zespół celowo zorganizowanych działań, zapewniających przedsiębiorstwu systematyczne komunikowanie się ze swoim otoczeniem. Poprzez public relations (…) firma tworzy, utrzymuje lub odzyskuje dobre imię, przedstawiając odbiorcom swoja filozofię działania, kulturę organizacji i misję, czyli kluczowe elementy strategii”
L. Garbarski, I. Rutkowski, W. Wrzosek	„zespół celowo zorganizowanych działań, zapewniających przedsiębiorstwu systematyczne komunikowanie się ze swoim otoczeniem. Komunikowanie się przedsiębiorstwa z otoczeniem w ramach public relations ma na celu wywołanie pożądanych postaw, a następnie pożądanych działań”
M. Michalik, B. Pilarczyk	„świadomy, zaplanowany i systematyczny proces budowania wizerunku i pielęgnowania relacji różnych podmiotów z ich bliższym i dalszym otoczeniem, zwanym publicznością”
A. Czarnecki	„narzędzie komunikacji marketingowej służące budowaniu wizerunku marki i przedsiębiorstwa oraz jego produktów w sposób nienarzucający się odbiorcom, głównie w oparciu o nieodpłatne wykorzystanie mediów”
T. Taranko	„działania i umiejętności umożliwiające przedsiębiorstwu osiąganie długofalowych korzyści w postaci zainteresowania i przychylności mediów, pozyskania nowych klientów, partnerów biznesowych, inwestorów czy sponsorów, dzięki zbudowaniu trwałego, pozytywnego wizerunku”
K. Wójcik	„działalność systemowa i procesualna − system działań z zakresu komunikowania społecznego, społeczny proces o charakterze konstruktywnego, wiarygodnego dialogu, czyli zorientowanego na konsens”
International Public Relations Association	„praktyka zarządzania decyzyjnego, której zadaniem jest budowanie relacji i interesów między organizacjami i ich publicznością w oparciu o dostarczanie informacji za pomocą zaufanych i etycznych metod komunikacji”
B. Pilarczyk	„public relations na rynku farmaceutycznym to świadomy, zaplanowany i systematyczny proces budowania wizerunku i pielęgnowanie relacji takich podmiotów jak producenci środków farmaceutycznych i materiałów medycznych, hurtownie oraz apteki, z ich bliższym i dalszym otoczeniem zwanym publicznością, czyli z lekarzami, pacjentami, klientami aptek, odbiorcami hurtowni, szpitalami”

Źródło: J.E. Marston, *The Nature of Public Relations*, McGraw-Hill, New York 1963, p. 4; A. Oeckl, *Handbuch der Public Relations. Theorie und Praxis der Öffentlichkeitsarbeit in Deutschland und in der Welt*, Süddeutscher Verlag, München 1964, 19 S.; J.E. Grunig, T. Hunt, *Managing Public Relations*, Holt, Rinehart and Winston, New Jersey 1984, p. 6; D. Pflaum, W. Pieper, *Lexikon der Public Relations*, Verlag Moderne Industrie, Landsberg am Lech 1989, 270 S.; G. Armstrong, Ph. Kotler, *Marketing…*, dz. cyt., s. 562; M. Rzemieniak, *Public relations*, [w:] Szymoniuk B. (red.), *Komunikacja marketingowa. Instrumenty i metody* (109–132), Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2006, s. 110; L. Garbarski,

I. Rutkowski, W. Wrzosek, *Marketing. Punkt…*, dz. cyt., s. 544; M. Michalik, B. Pilarczyk, *Komunikacja marketingowa…*, dz. cyt., s. 223; A. Czarnecki, *Decyzje związane...*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Kluczowe*…, dz. cyt., s. 215; T. Taranko, *Komunikacja marketingowa*…, dz. cyt., s. 72; K. Wójcik, *Public relations*…, dz. cyt., s. 26; International Public Relations Association, *A new definition of public relations*, 2022. Pobrano z: https://www.ipra.org/ (dostęp: 24.08.2022); B. Pilarczyk, *Strategia komunikacji masowej na rynku farmaceutycznym*, [w:] Michalik M., Pilarczyk B., Mruk H., *Marketing strategiczny na rynku farmaceutycznym* (202–228), ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2014, s. 220–221.

Public relations zatem jest instrumentem komunikacji marketingowej, opartym na zbiorze celowo zorganizowanych działań służących budowaniu wizerunku marki oraz kreowaniu i pielęgnowaniu dobrych relacji z otoczeniem poprzez zapewnienie sprzyjającego *publicity*, tworzenie i podtrzymywanie pozytywnego wizerunku przedsiębiorstwa, jak również przeciwdziałanie niekorzystnym pogłoskom, relacjom lub zdarzeniom w sposób nienarzucający się odbiorcom, przeważnie przy nieodpłatnym wsparciu mediów. Według K. Wójcik jest działalnością[758]:

- świadomą, celową (intencjonalną), etyczną − opartą na prawdzie, zgodności słów i czynów, otwartości informacyjnej i komunikacyjnej, partnerskim traktowaniu otoczenia, odpowiedzialności względem niego;
- nakierowaną na ukształtowanie wizerunku (reputacji) i pożądanych relacji między organizacją podejmującą się tej działalności (gospodarczą, niegospodarczą, urzędem, stowarzyszeniem itd.) a interesariuszami, którzy czują się dotknięci faktycznymi i potencjalnymi skutkami jej funkcjonowania, strategii i decyzji operacyjnych (interesariusze chcą się komunikować z organizacją na temat problemów wynikających dla nich ze skutków aktywności organizacji);
- metodyczną, planową, systematyczną, opartą na badaniach i analizach, monitoringu społecznym, zarządzaniu komunikowaniem w organizacji, udziale w zarządzaniu problemami i strategicznym, doradzaniu decydentom w organizacji i wpływaniu na nich w kierunku tworzenia pożądanych sytuacji, zjawisk i struktur w organizacji oraz kultury zorientowanej na społeczności, społeczeństwo, otoczenie, w bliższej i dalszej perspektywie, wykorzystującą dorobek tych wszystkich nauk, które tworzą szanse skuteczności;
- trwałą i długookresową w przypadku programów nakierowanych na wizerunek korporacyjny, ograniczoną zaś w czasie w przypadku bieżących

[758] K. Wójcik, *Public relations*…, dz. cyt., s. 26.

programów (niesprzecznych z programem wizerunkowym wieloletnim), dla których punktem wyjścia jest współudział PR-u w rozwiązaniu jakiegoś bieżącego, jednostkowego problemu organizacji.

Działania public relations różnią się w zależności od charakterystyki grupy docelowej i w odniesieniu do aptek ogólnodostępnych; polegają na[759]:

- stwarzaniu możliwości zaangażowania przez aptekę własnego personelu w realizację celów i spełnianie społecznej misji ochrony zdrowia publicznego oraz promowaniu istotnych dla niego wartości w kontaktach z otoczeniem, kreowaniu postaw zadowolenia z pracy i produktów wytwarzanych przez aptekę (leków recepturowych i aptecznych) oraz usług świadczonych w ramach pełnionej misji (public relations stosowane wobec pracowników apteki);
- upowszechnianiu klientom (pacjentom) informacji na temat jakości procesu produkcyjnego producenta, systemu dystrybucji, zastosowań oferowanych produktów leczniczych i niepożądanych interakcji pomiędzy lekami w celu zapewnienia bezpieczeństwa farmakoterapii oraz dzielenie się specjalistyczną wiedzą dotyczącą szerokiego kontekstu aktywności prozdrowotnych i działań niepożądanych związanych z nadużywaniem produktów farmaceutycznych (public relations stosowane wobec nabywców usług farmaceutycznych i pośredników handlowych);
- informowaniu inwestorów o osiągnięciach apteki oraz perspektywach korzystnej współpracy, dostarczaniu informacji o możliwościach sprzedaży nowych produktów, realizowanych programach sprzedażowych, inwestycjach (public relations w ramach relacji z aktualnymi i potencjalnymi partnerami biznesowymi, dostawcami, kontrahentami);
- upowszechnianiu informacji o perspektywach i planach działania apteki, koniecznych nakładach finansowych i osiąganych wynikach (public relations w ramach komunikacji z obecnymi i potencjalnymi inwestorami/akcjonariuszami z zachowaniem poufności informacji i indywidualizacji formy przekazu);
- upowszechnianiu informacji o godzinach otwarcia i lokalizacji apteki, informowaniu o celach i sposobach funkcjonowania przedsiębiorstwa i jej ofercie w ramach dozwolonej sprzedaży realizowanej drogą elektroniczną w oparciu o profesjonalny serwis internetowy (public relations stosowane wobec klientów ostatecznych);

[759] Por. T. Taranko, *Komunikacja marketingowa*…, dz. cyt., s. 72–73.

– reagowaniu na sytuacje kryzysowe w aptece w odniesieniu do klientów awanturujących się i legalnej procedury reklamacji (rękojmi) i zwrotu produktów, przedstawianiu sposobu rozwiązania problemu oraz zadośćuczynienia uczestnikom sytuacji kryzysowej w celu utrzymania i wzmocnienia reputacji apteki (public relations stosowane wobec klientów ostatecznych).

W działaniach public relations kluczową rolę odgrywa grupa docelowa – publiczność, do której skierowany jest przekaz warunkujący dobór wykorzystywanych technik (tabela 46).

Tabela 46. Techniki public relations

GRUPY ADRESATÓW	TECHNIKI	
	O CHARAKTERZE OSOBOWYM	O CHARAKTERZE NIEOSOBOWYM
Publiczność wewnętrzna (pracownicy, zarząd, akcjonariusze)	– osobisty przekaz informacji; – doradztwo; – narady, zebrania firmowe; – imprezy, wydarzenia dla załogi; – zebrania udziałowców, akcjonariuszy	– gazetki (biuletyny) zakładowe; – kształcenie, szkolenia; – imprezy sportowe, turystyczne
Publiczność zewnętrzna (klienci, pośrednicy, konkurenci, obserwatorzy, media)	– wykłady, prelekcje; – konferencje branżowe i specjalistyczne; – akcje specjalne typu „otwarte drzwi”; – lobbing; – konferencje prasowe	– okresowe sprawozdania z działalności; – raporty dla inwestorów, akcjonariuszy; – raporty roczne; – materiały jubileuszowe; – filmy, CD, ogłoszenia i materiały prasowe o przedsiębiorstwie

Źródło: T. Taranko, *Komunikacja marketingowa*…, dz. cyt., s. 74.

Specyfika obrotu na aptecznym rynku farmaceutycznym i ograniczenia prawne w odniesieniu do komunikacji marketingowej powodują, że nie wszystkie techniki public relations mogą być wykorzystane w praktyce aptecznej, a stosowanie niektórych jest mocno ograniczone. Analizując aktualną linię (praktykę) orzeczniczą sądownictwa administracyjnego, można wskazać, że największe zastrzeżenia mogą pojawić się odnośnie do stosowania niektórych technik o charakterze osobowym skierowanych do publiczności zewnętrznej, zwłaszcza klientów (pacjentów) i mediów, jak np. organizowanie konferencji prasowych czy akcji typu „otwarte drzwi”, względnie „wietrzenie magazynów”.

Pojęcie „public relations" w odniesieniu do aptecznego rynku farmaceutycznego jest ściśle związane z komunikacją z odbiorcami[760]. Mimo że w systemie prawa definicja public relations nie występuje, to każda forma dialogu z otoczeniem oparta na przekazie prezentującym logo apteki i zachęcającym do zakupu określonego produktu stawia taki komunikat w katalogu działań prawnie zabronionych. Promocja apteki przy wykorzystaniu eventu (wydarzenia) w oparciu o dermokonsultacje czy specjalistyczne badania lekarskie (badanie poziomu cukru, badanie densytometryczne kości, badanie słuchu itp.), wzmacniająca relacje z pacjentami i kształtująca pozytywny wizerunek apteki, pomimo braku znamion zachęty do stosowania konkretnego produktu leczniczego może również zostać uznana przez organy nadzoru farmaceutycznego za zabronioną formę reklamy apteki lub działalności apteki. Działania takie będą uznane za niedozwolone działanie promocyjne, jeżeli będą wcześniej zapowiedziane bądź będą się wiązały z zaproszeniem klientów do skorzystania z usług apteki[761].

Public relations sprzyja tworzeniu w umysłach klientów pozytywnego wizerunku apteki, na który wpływają następujące elementy[762]:

- wygląd zewnętrzny (elewacja, symbole farmaceutyczne: krzyż i wąż Eskulapa, kolory związane ze służbą zdrowia: biały i niebieski, łatwość otwarcia drzwi wejściowych, kolorystyka ścian, oświetlenie, okna, czystość szyb, chodnik przed apteką, zapach, podjazdy i poręcze dla osób z niepełnosprawnością itp.);
- oznaczenie apteki (odróżniające ją od sklepów i innych obiektów sąsiadujących; czytelne i widoczne z daleka napisy oznaczające aptekę);
- dostępność miejsc parkingowych;
- logo, nazwa apteki, materiały promocyjne (posługiwanie się logo i nazwą apteki, stosowanie toreb papierowych lub z materiałów wielokrotnego użytku z nadrukowaną nazwą i logo apteki, z miejscem na zapisanie informacji o sposobie i częstotliwości zażywania leku, wydawanie własnych materiałów promocyjnych: gazetek i ulotek reklamowych);
- wnętrze apteki (tworzenie „miłego klimatu" dla pacjenta poprzez odpowiednią przestrzeń i oświetlenie, umieszczenie krzeseł lub foteli dla pacjentów);

[760] R. Szczęsny, *Reklama farmaceutyczna…*, dz. cyt., s. 129–131.

[761] I. Kaczorowska, *Dozwolona promocja apteki w świetle aktualnych przepisów*, „Monitor Prawny Kierownika Apteki" 2012, 8, s. 9.

[762] H. Mruk, M. Michalik, T. Barałkiewicz, *Jak zarządzać…*, dz. cyt., s. 60–63; K. Żak, *Działania marketingowe…*, dz. cyt., s. 180.

– pracownicy (zachowanie i wygląd pracowników, profesjonalny ubiór, czytelność i sposób noszenia identyfikatorów, sprawność w obsłudze pacjentów);
– druki, upominki, gadżety (jednakowy układ i kolorystyka wizytówek, druków oraz kopert, przygotowanie różnorodnych upominków i gadżetów z logo apteki);
– profesjonalny sprzęt (odpowiedniej generacji komputery, kasy, monitory oraz sprzęt do wytwarzania leków aptecznych i recepturowych: miksery recepturowe, loże laminarne, wagi itp.);
– obecność w Internecie (profesjonalny serwis internetowy).

Wszystkie elementy budowania wizerunku apteki powinny być stosowane łącznie, co wzmocni przekaz apteki. Zauważyć przy tym należy, że im bardziej wizerunek apteki jest powiązany z rzeczywistością (tożsamością apteki), tym skuteczniejsze jest oddziaływanie aktywności związanych z zakresem public relations. Ważnym elementem jest również legalność podejmowanych działań, zwłaszcza tych rodzajów aktywności, których charakterystyka jest zbliżona do reklamy.

3.3.3.4. Sponsoring (sponsorowanie)

Sponsoring jest instrumentem komunikacji marketingowej opierającym się najczęściej na wykorzystaniu marki lub produktu w połączeniu z wydarzeniem (sportowym, kulturalnym)[763]. Niekiedy sponsoring zaliczany jest do środków uzupełniających public relations (tzw. *public affairs*), polegających na uwzględnianiu w działalności przedsiębiorstwa spraw społecznych[764]. Etymologia pojęcia „sponsoring" wskazuje na rodowód z kręgu anglosaskiego („sponsorowanie" odpowiada angielskiemu terminowi *sponsorship*)[765]. W ujęciu leksykalnym „sponsoring" oznacza finansowanie czegoś, często w zamian za reklamowanie własnej działalności[766].

Właściwe zdefiniowanie sponsoringu stanowi istotny problem w aktywności rynkowej aptek ogólnodostępnych, ponieważ niektóre formy

[763] A. Czarnecki, *Decyzje związane...*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Koncepcja*…, dz. cyt., s. 275.
[764] K. Wójcik, *Public relations od A do Z*, Agencja Wydawnicza „Placet", Warszawa 2001, t. 1, s. 18; M. Michalik, B. Pilarczyk, *Komunikacja marketingowa…*, dz. cyt., s. 224.
[765] Pojęcie „sponsorowanie" odpowiada angielskiemu terminowi *sponsorship*. R. Szczęsny, *Reklama farmaceutyczna…*, dz. cyt., s. 121.
[766] S. Dubisz, *Uniwersalny słownik*…, dz. cyt., t. 4, s. 477; M. Bańko, *Wielki słownik*…, dz. cyt., s. 1172. Podobnie: J. Sutherland, D. Canwell, *Klucz do marketingu*…, dz. cyt., s. 253–254; I. Kienzler, *Leksykon*…, dz. cyt., s. 206.

sponsoringu *ex lege* zostały uznane za rodzaj reklamy farmaceutycznej[767]. W literaturze przedmiotu nie funkcjonuje jedna, precyzyjna i powszechnie akceptowalna definicja sponsoringu (tabela 47).

Tabela 47. Wybrane definicje sponsoringu

AUTOR (TWÓRCA)	DEFINICJA SPONSORINGU
L. Stecki	„odpłatne przysporzenie majątkowe, wyrażające się w pieniądzach, rzeczach bądź usługach, dokonywane przez określonego przedsiębiorcę (sponsora) na rzecz wybranej osoby fizycznej, organizacji, instytucji lub innej struktury prawnej (sponsorowanego) w celu wykonania przez nią czynności wskazanych w umowie sponsoringu, a zmierzających do utrwalenia lub spotęgowania renomy sponsora, do podwyższenia stopnia jego popularności w odnośnym środowisku społecznym oraz do zwiększenia jego zysków”
Ph. Kotler, G. Armstrong, J. Saunders, V. Wong	„każdy sposób, dzięki któremu przedsiębiorstwo zostaje publicznie wyeksponowane”
Z. Knecht	„planowanie, organizacja i kontrola aktywności własnej i sponsorowanego, z punktu widzenia rezultatów finansowania lub wyposażenia w określone przedmioty (usługi)”
W. Lagae	„umowa biznesowa pomiędzy dwiema stronami. Sponsor zapewnia pieniądze, towary, usługi lub *know-how*. W zamian strona sponsorowana (osoba fizyczna, wydarzenie lub organizacja) oferuje prawa i skojarzenia, które sponsor wykorzystuje komercyjnie”
M. Michalik, B. Pilarczyk	„działania finansowe i gospodarcze firmy na rzecz osób i organizacji lub instytucji, wspierające różne społecznie akceptowane dziedziny życia (np. kulturę, sport, ekologię, lecznictwo, oświatę), niezależne od firmy i niezwiązane bezpośrednio z jej interesami”
A. Czarnecki	„narzędzie komunikacji marketingowej opierające się na wykorzystaniu powiązania marki lub produktu z wydarzeniem (sportowym, kulturalnym), instytucją lub inicjatywą społeczną”

Źródło: L. Stecki, *Sponsoring*, TNOiK „Dom Organizatora”, Toruń 2000, s. 144; Ph. Kotler, G. Armstrong, J. Saunders, V. Wong, *Marketing. Podręcznik…*, dz. cyt., s. 909; Z. Knecht, *Zarządzanie public relations*, Wyższa Szkoła Zarządzania, Wrocław 2002, s. 65; W. Lagae, *Sports Sponsorship and Marketing Communications*. *A European Perspective*, Pearson Education, Harlow 2005, p. 35; M. Michalik, B. Pilarczyk, *Komunikacja marketingowa…*, dz. cyt., s. 230; A. Czarnecki, *Decyzje związane...*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Kluczowe…*, dz. cyt., s. 215.

Sponsoring (sponsorowanie) to instrument komunikacji marketingowej, oparty na planowaniu, organizowaniu i kontroli własnej aktywności, ukierunkowany na rzecz osób, organizacji lub instytucji, wspierający różne społecznie akceptowane dziedziny życia poprzez wykorzystanie powiązania marki lub

[767] R. Szczęsny, *Reklama farmaceutyczna…*, dz. cyt., s. 121.

produktu (usługi) z wydarzeniem (sportowym, kulturalnym), instytucją lub inicjatywą społeczną. Celem takiej aktywności jest przeniesienie pozytywnych skojarzeń (wartości) związanych z danym wydarzeniem, instytucją lub inicjatywą społeczną na rzecz marki lub produktu (usługi) w celu utrwalenia lub zwiększenia renomy przedsiębiorcy (sponsora) oraz kształtowanie pozytywnego przekazu w odniesieniu do prowadzonej aktywności. Istotą sponsoringu jest zatem wykorzystanie pozytywnych emocji i postaw wobec podmiotu sponsorowanego i przetransferowanie ich na przedsiębiorstwo lub markę będące sponsorem[768]. Przykładowy transfer wartości na sponsora prezentuje tabela 48.

Tabela 48. Wartości transferowane w zależności od sponsorowanych dziedzin

SPONSOROWANA DZIEDZINA	WARTOŚCI „PRZENIESIONE" NA SPONSORA
Sport	zdrowie, młodość, energia, szybkość, sprawność, męskość
Kultura wysoka	wyrafinowanie, elitarność, wyszukanie, powaga, prestiż, ekskluzywność
Kultura masowa	młodość, dostępność, aktualność, komercyjność, innowacyjność
Sfera społeczna	podziw, zaangażowanie, opieka, odpowiedzialność, inteligencja, troska
Ekologia	opiekuńczość, zaangażowanie, troska

Źródło: T. Taranko, *Komunikacja marketingowa*…, dz. cyt., s. 76; T. Meenaghan, D. Shipley, *Media effect in commercial sponsorship*, "European Journal of Marketing" 1999, 33 (3/4), p. 342.

Poprzez transfer wartości sponsoring nabywa cech charakterystycznych dla reklamy, ale może być również traktowany jako forma promocji, albowiem umożliwia przejęcie wizerunku przedsięwzięcia sponsorowanego przez daną markę[769]. Sponsoring jest również ściśle powiązany z reklamą i public relations, co wynika z jego celu, jakim może być maksymalizacja efektów aktywności reklamowej, budowanie wizerunku przedsiębiorstwa oraz racjonalizacja strategii marketingowej[770].

Pomimo różnorodności w definiowaniu istotne są uregulowania sponsoringu na gruncie prawa. W polskim systemie prawa nie została sformułowana ogólna definicja sponsoringu (sponsorowania), która by była

[768] A. Czarnecki, *Decyzje związane…*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Koncepcja*…, dz. cyt., s. 275.
[769] T. Taranko, *Komunikacja marketingowa*…, dz. cyt., s. 76.
[770] Por. F. Jefkins, D. Yadin, *Advertising*, Pearson Education, Harlow 2000, p. 153.

powszechnie uznawana i akceptowana przez doktrynę. Definicja sponsorowania została wprowadzona do polskiego systemu prawnego już w 1992 r. w ustawie o radiofonii i telewizji, a po akcesji Polski w skład państw członkowskich Unii Europejskiej została implementowana z ustawodawstwa europejskiego (tabela 49).

Wymiar prawny sponsoringu kładzie nacisk na udział w finansowaniu audiowizualnych usług medialnych lub audycji w celu promowania przedsiębiorstwa, znaku firmowego, wizerunku, działalności lub wyrobów. Podstawowym zadaniem sponsoringu jest długofalowe budowanie wizerunku marki, jednak oprócz tego sponsoring jest wykorzystywany do budowania lojalności nabywców, docierania z przekazem poza wyznaczonymi obszarami przeznaczonymi na reklamę oraz docierania z przekazem marketingowym do potencjalnych grup nabywców negatywnie nastawionych do innych form komunikacji (reklamy, promocji sprzedaży)[771].

Tabela 49. Podstawowe definicje pojęcia „sponsorowanie" na gruncie prawa

ŹRÓDŁO PRAWA	DEFINICJA SPONSOROWANIA
Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady Nr 89/552/EWG z dnia 3 października 1989 r. w sprawie koordynacji niektórych przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich dotyczących świadczenia audiowizualnych usług medialnych (dyrektywa o audiowizualnych usługach medialnych), Dz. Urz. UE z dnia 17 października 1989 r., L 298/23, ze zm.	„wszelkiego rodzaju udział, jaki publiczne lub prywatne przedsiębiorstwo lub osoba fizyczna, nieświadczący audiowizualnych usług medialnych ani nieprodukujący utworów audiowizualnych, miały w sfinansowaniu audiowizualnych usług medialnych lub audycji w celu promowania swojej firmy, swojego znaku towarowego, swojego wizerunku, swojej działalności lub swoich wyrobów"
Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady Nr 2003/33/WE z dnia 26 maja 2003 r. w sprawie zbliżenia przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych Państw Członkowskich, odnoszących się do reklamy i sponsorowania wyrobów tytoniowych, Dz. Urz. UE z dnia 20 czerwca 2003 r., L 152/16, ze zm.	„każdy rodzaj publicznego bądź indywidualnego udziału w imprezie mającej na celu pośrednie lub bezpośrednie promowanie produktów tytoniowych"

[771] K. Żak, *Działania marketingowe*…, dz. cyt., s. 184.

ŹRÓDŁO PRAWA	DEFINICJA SPONSOROWANIA
Ustawa z dnia 29 grudnia 1992 r. o radiofonii i telewizji, Dz.U. z 1993 r. Nr 7, poz. 34, ze zm.	„każdy wkład w finansowanie usługi medialnej, platformy udostępniania wideo, audycji lub wideo stworzonego przez użytkownika, przez podmiot, który nie dostarcza usług medialnych, platform udostępniania wideo, wideo stworzonych przez użytkownika i nie produkuje audycji, w celu promocji jego nazwy, firmy, renomy, działalności, towaru, usługi, znaku towarowego lub innego oznaczenia indywidualizującego”

Źródło: Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady Nr 89/552/EWG z dnia 3 października 1989 r. w sprawie koordynacji niektórych przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich dotyczących świadczenia audiowizualnych usług medialnych (dyrektywa o audiowizualnych usługach medialnych), Dz. Urz. UE z dnia 17 października 1989 r., L 298/23, ze zm., art. 1 lit. k; Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady Nr 2003/33/WE z dnia 26 maja 2003 r. w sprawie zbliżenia przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych Państw Członkowskich, odnoszących się do reklamy i sponsorowania wyrobów tytoniowych, Dz. Urz. UE z dnia 20 czerwca 2003 r., L 152/16, ze zm., art. 2 lit. c; Ustawa z dnia 29 grudnia 1992 r. o radiofonii i telewizji, Dz.U. z 1993 r. Nr 7, poz. 34, ze zm., art. 4 pkt 18.

Specyfika prowadzenia działalności na aptecznym rynku farmaceutycznym, będąca pochodną restrykcyjnego systemu prawa farmaceutycznego i jego podatności na nadinterpretacje przepisów sprawia, że sponsoring w aptece stanowi instrument komunikacji marketingowej niezwykle rzadko wykorzystywany. W systemie prawa handlowego żadna norma prawna nie zabrania przedsiębiorcy prowadzącemu aptekę sponsorowania instytucji, inicjatyw społecznych czy różnego rodzaju wydarzeń. Nie może on jednak tego faktu wykorzystać przy procesie komunikacji z otoczeniem, co sprawia, że taka forma komunikacji marketingowej mija się z celem sponsoringu. Przykładowo przedsiębiorca apteczny prowadzący działalność pod firmą ABC sp. z o.o. może być sponsorem targów farmaceutycznych, jednak w trakcie wydarzenia nie może być reklamowana i promowana działalność jego apteki, a w komunikatach reklamowych i materiałach prasowych (broszurach, ulotkach) nie mogą być wykorzystywane elementy identyfikacji wizualnej apteki (nazwa apteki, logotyp) wraz z listą cenową produktów. Może on jednak wykorzystać sponsoring do kompensacji działalności kooperacyjnej poprzez uzależnienie wsparcia od możliwości wyeksponowania w widocznym miejscu tablicy informacyjnej przedstawiającej lokalizację apteki i godziny jej otwarcia.

Sponsoring jest również wykorzystywany na rynku leków na receptę w celu aktywnego promowania i dostarczania wiedzy o produktach leczniczych

oraz schorzeniach, w leczeniu których dane produkty mają zastosowanie, aby zwiększyć zaufanie do produktu, upowszechnić nowe metody leczenia w oparciu o wykorzystanie najnowszej wiedzy medycznej[772]. Sponsoring na rynku farmaceutycznym obejmuje również sponsorowanie udziału lekarzy i farmaceutów (osób prowadzących obrót produktami leczniczymi) w kongresach, zjazdach i konferencjach naukowych. Ustawodawca zaklasyfikował ten rodzaj aktywności jako formę reklamy produktu leczniczego[773]. Spotkania takie powiązane są z prowadzeniem przez profesjonalistów wykładów na temat pojawiających się nowości produktowych i możliwości stosowania leku w procesie leczenia wybranej jednostki chorobowej oraz przedstawiane są warunki sprzedaży (ceny, pakiety, rabaty itp.). W odniesieniu do takich działań zabronione jest wręczanie, oferowanie i obiecywanie osobom uprawnionym do wystawiania recept (lekarzom) oraz osobom prowadzącym obrót produktami leczniczymi (farmaceutom, właścicielom i pracownikom działów odpowiedzialnych w podmiocie gospodarczym za zakupy) korzyści materialnych, prezentów i różnych ułatwień, nagród, wycieczek oraz organizowanie i finansowanie spotkań promocyjnych produktów leczniczych, podczas których przejawy gościnności wykraczają poza główny cel tego spotkania[774].

3.3.3.5. Komunikacja nieformalna (marketing szeptany lub wirusowy)

Komunikacja nieformalna stanowi specyficzny rodzaj narzędzia wśród instrumentów komunikacji marketingowej, ponieważ przekaz dociera do nabywcy od innych konsumentów lub ośrodków opiniotwórczych, a nie bezpośrednio od przedsiębiorstwa czy osób je oficjalnie reprezentujących[775]. W ujęciu leksykalnym komunikacja nieformalna określana jest jako „umiejętne i przemyślane wykorzystanie kontaktów międzyludzkich do strategii marketingowych"[776]. Występuje również wtedy, gdy „informacja jest przekazywana od jednego konsumenta do drugiego, od jednej osoby do drugiej, bez udziału i inicjatywy firmy lub sponsora, który oferuje produkt lub usługę na sprzedaż"[777]. Zatem komunikacja nieformalna (ang. *word-of-mouth*) jest instrumentem komunikacji marketingowej, który wykorzystuje spontaniczne międzyludzkie

[772] B. Pilarczyk, A. Rogala, *Komunikacja marketingowa*…, dz. cyt., s. 184.
[773] Por. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 52 ust. 2 pkt 5–6.
[774] Tamże, art. 58 ust. 1.
[775] A. Czarnecki, *Decyzje związane…*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Koncepcja*…, dz. cyt., s. 277.
[776] I. Kienzler, *Leksykon…*, dz. cyt., s. 129–130.
[777] J. Sutherland, D. Canwell, *Klucz do marketingu…*, dz. cyt., s. 101.

przepływy informacji drogą ustną lub internetową między uczestnikami rynku (głównie konsumentami) dotyczące produktów i usług[778]. Odbiorcy oraz często nadawcy informacji nie mają świadomości, że są poddawani oddziaływaniu przedsiębiorstwa, które inicjuje proces przepływu informacji przez dostarczanie określonych treści uczestnikom procesów komunikacji i stymuluje go zgodnie z własnymi celami[779]. Z tego względu niektórzy charakteryzują komunikację nieformalną raczej jako zjawisko negatywne niż pozytywne[780].

W szerszym ujęciu komunikacja nieformalna stanowi proces, w ramach którego toczą się dyskusje wokół przedsiębiorstwa i jego oferty, w czasie których może dojść do rekomendacji (w przypadku zadowolenia klienta) lub do jej braku (w przypadku niezadowolenia). Ta forma komunikacji jest definiowana jako tzw. marketing szeptany i rozumiana jako „suma wypowiedzi na temat danego produktu, usługi i przedsiębiorstwa w danym okresie"[781]. Nośnikiem przekazu informacyjnego w marketingu szeptanym są sami odbiorcy, których opinie na temat produktów (usług) czy aktywności przedsiębiorstwa są źródłem informacji dla organu prowadzącego. Komunikacja nieformalna bywa często nazywana marketingiem wirusowym (ang. *viral marketing*) lub *buzz* marketingiem (ang. *buzz* – 'brzęczenie, buczenie, szum, podekscytowanie'). Według T. Taranko jest to „swoisty rozgłos – efekt zintensyfikowanego procesu komunikacji, którego źródłem są głównie konsumenci (rozmawiający ze sobą, wymieniający się uwagami i opiniami na temat produktów, marek i organizacji), nie zaś media masowe, które pełnią w tym zakresie funkcję uzupełniającą, stymulującą intensywność komunikacji, w odróżnieniu od rozgłosu będącego efektem zaplanowanych i kontrolowanych przez przedsiębiorstwo kontaktów z mediami w ramach działań reklamowych czy public relations"[782].

Komunikacja nieformalna na aptecznym rynku farmaceutycznym odgrywa znaczącą rolę w kreowaniu aktywności rynkowej, opartej na spontanicznych przepływach informacji pomiędzy klientami apteki. Jednak w przypadku placówek ochrony zdrowia publicznego, które wypełniają przede wszystkim funkcję społeczną, stymulowanie procesu przepływu informacji zgodnie z własnymi celami może budzić wątpliwości natury etycznej i nie powinno stanowić priorytetu. Stosunek farmaceuty do pacjenta powinien

[778] A. Czarnecki, *Decyzje związane…*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Kluczowe*…, dz. cyt., s. 216.
[779] A. Czarnecki, *Decyzje związane…*, [w:] Garbarski L. (red.), *Marketing. Koncepcja*…, dz. cyt., s. 277.
[780] Por. J. Sutherland, D. Canwell, *Klucz do marketingu…*, dz. cyt., s. 101.
[781] E. Rosen, *Anatomia marketingu szeptanego*, Media Rodzina, Poznań 2003, s. 54–57.
[782] T. Taranko, *Komunikacja marketingowa*…, dz. cyt., s. 82–83.

opierać się na zaufaniu, natomiast stymulowanie procesu przepływu informacji zgodnie z własnymi celami zaburza czystość intencji farmaceuty i może wskazywać na przedmiotowe, a nie podmiotowe traktowanie konsumenta (klienta, pacjenta). Spontaniczność komunikacji nieformalnej jest jej cechą konstytutywną. Z tego względu proces przepływu informacji może być stymulowany wyłącznie w zakresie gwarantującym pogłębienie zaufania na linii farmaceuta – pacjent. Apteka o orientacji rynkowej, ukierunkowana na identyfikację i zrozumienie istoty potrzeb nabywcy oraz dostosowująca swoją ofertę do indywidualnych preferencji klienta pozostanie w jego świadomości jako apteka atrakcyjna i przyjazna. Z tego względu spontaniczna wymiana informacji pomiędzy klientami apteki, szczególnie w zakresie jej oferty (atrakcyjna cena, dostępność leków przy pierwszej wizycie, nieodpłatna dostępność usług prozdrowotnych, możliwość dokonania zamówienia przez telefon lub drogą elektroniczną) lub aspekcie odnoszącym się do personelu (fachowość, uprzejmość, uczciwość, zaufanie i dyskrecja) może być dla apteki korzystna[783]. Niespełnione oczekiwania klienta mogą negatywnie odbić się na opinii o aptece. Rola komunikacji nieformalnej ciągle rośnie, przez co jej znaczenie w procesie komunikacji marketingowej jest niezwykle istotne. Badania wskazują, że osoby zadowolone ze świadczonych usług przekazują swoją opinię trzem innym osobom, natomiast osoby niezadowolone – jedenastu[784].

Szczególną przestrzenią sprzyjającą komunikacji nieformalnej jest Internet, który, wykorzystywany w szerokim zakresie do dokonywania zakupów, poszukiwania informacji i rozrywki, dynamizuje zakres i techniczne możliwości kontaktów i ich skalę oraz udostępnia narzędzia do komunikacji z innymi ludźmi o niespotykanym wcześniej zasięgu[785]. Kampanie marketingu szeptanego oparte są na tworzeniu społeczności internetowej zorientowanej na wymianę informacji dotyczących produktów, jakości usług czy poziomu obsługi. Do tego celu wykorzystuje się media społecznościowe, które poprzez fora, blogi i grupy o podobnych zainteresowaniach umożliwiają wymianę poglądów

[783] K. Żak, *Świadczenie usług…*, dz. cyt., s. 175. Według badań przeprowadzonych przez K. Szalonkę klienci oczekują od farmaceuty: fachowości (35%), uprzejmości (25%), uczciwości (30%), zaufania (5%) i dyskrecji (5%), natomiast od apteki oczekują świadczenia usług dodatkowych, takich jak: bezpłatny pomiar ciśnienia krwi (15%), pomiar wagi (15%), informacje o tańszych zamiennikach leków (25%), zamawianie leków przez telefon (25%) i możliwość zakupu leków przez telefon (20%). W badaniach wykorzystano metodę ankietową, natomiast próbę dobrano metodą celowo-losową. K. Szalonka, *Marketing*…, dz. cyt., s. 44–50.

[784] H. Mruk, M. Michalik, T. Barałkiewicz, *Jak zarządzać…*, dz. cyt., s. 62. Podobnie Ph. Kotler, G. Armstrong, J. Saunders, V. Wong, *Marketing. Podręcznik…*, dz. cyt., s. 51.

[785] T. Taranko, *Komunikacja marketingowa*…, dz. cyt., s. 83.

konsumenckich. Poglądy te mogą być wspierane, a nawet sterowane przez przedsiębiorstwo, jednak wartością najwyższą jest ich niezależność, gwarantująca wysoką skuteczność rekomendacji. Wykorzystując Internet, konsumenci i tzw. lokalni przewodnicy mogą przedstawić swoją opinię m.in. na temat:

- wystroju i wyposażenia apteki;
- jakości świadczonych przez aptekę usług;
- dostępności produktów i atrakcyjności cen;
- podejścia personelu apteki do problemu zdrowotnego pacjenta.

Przedmiotowe opinie mogą być powiązane z wystawieniem oceny w określonej skali liczbowej, co odzwierciedla poziom satysfakcji klienta z aktywności apteki. Swoją opinię na temat określonego produktu bądź usługi klienci mogą przedstawić poprzez:

- komentarze zamieszczane w serwisie internetowym przedsiębiorstwa i grupach tematycznych (sieciach społecznych) w mediach społecznościowych pod tzw. postami na kontach „firmowych" czy specjalnych portalach opiniotwórczych;
- mailing, czyli wysyłanie opinii znajomym i innym użytkownikom drogą mailową, poprzez fora i komunikatory;
- opinie na różnych czatach i grupach (forach) dyskusyjnych;
- specjalnie do tego celu stworzone branżowe strony (serwisy) internetowe i blogi (tradycyjne, wideo, mobilne), służące do celów wymiany opinii.

Komunikowanie nieformalne może być skutecznym mechanizmem perswazyjnym, który ze względu na swoją wysoką wiarygodność charakteryzuje się ponadprzeciętną efektywnością przekonywania[786]. Zatem każde przedsiębiorstwo powinno być zainteresowane intensyfikacją procesów komunikacji nieformalnej wśród konsumentów oraz wywoływaniem jak największego pozytywnego rozgłosu (zainteresowania). Istotnym mankamentem takiego działania jest bardzo ograniczony zakres możliwości włączenia się przedsiębiorstwa w komunikację nieformalną, albowiem każda próba ingerencji w treść przekazu powoduje zagrożenie utraty zaufania do samego komunikatu, apteki i jej personelu, co w konsekwencji prowadzi do pogorszenia wizerunku. Sprawowanie misji społecznej powoduje, że podporządkowanie procesu przepływu informacji własnym celom, bez uwzględnienia interesu klienta, może budzić wątpliwości i oddziaływać negatywnie na aptekę. Przykładem takiej aktywności wątpliwej moralnie może być próba sterowania

[786] Tamże, s. 84.

informacjami na temat apteki za pomocą opłaconych osób (najczęściej seniorów), które w poczekalniach placówek medycznych, podczas oczekiwania na wizytę lekarską, mają za zadanie przekazywać pacjentom specjalnie przygotowane komunikaty promujące aptekę (np. tania apteka, najtańsza apteka w okolicy, miła i wyjątkowa obsługa, leki dostępne przy pierwszej wizycie itp.). Taka praktyka nie zawsze przynosi zakładane efekty, zwłaszcza jeżeli treści przekazywanych komunikatów nie są zgodne z rzeczywistością[787].

3.3.4. Reklama apteki i jej działalności

Wprowadzony w 2011 r. i obowiązujący od 1 stycznia 2012 r. zakaz reklamy apteki i jej działalności od początku wdrożenia do polskiego porządku prawnego wzbudzał kontrowersje zarówno w środowisku farmaceutów, jak również specjalistów i ekspertów zajmujących się prawem farmaceutycznym. Zastrzeżenia spowodowane były brakiem legalnych definicji kluczowych pojęć: „reklama apteki" i „reklama działalności apteki" oraz niespójnym i nieprecyzyjnym uzasadnieniem wprowadzonych zmian, które odbierane były jako zmiany o charakterze strategicznym dla funkcjonowania aptecznego rynku farmaceutycznego[788].

Specjaliści z Pricewaterhouse Coopers oraz Baker & McKenzie wskazywali, że w projekcie zmian nie została wyjaśniona kwestia, dlaczego Ministerstwo Zdrowia uznało poprzednio obowiązujące ograniczenia dotyczące reklamy produktu leczniczego za niewystarczające. Zakazu reklamy aptek oraz zakazu reklamy działalności aptek nie było w projekcie „ustawy refundacyjnej" przekazanej do sejmu. Zostały one wprowadzone do przedmiotowego projektu w trakcie prac Komisji Zdrowia w sejmie w wyniku starań samorządu aptekarskiego, bez oceny skutków regulacji, a w szczególności proporcjonalności tak surowego zakazu[789].

Samorząd zawodu aptekarskiego (Naczelna Rada Aptekarska) domagając się wprowadzenia całkowitego zakazu reklamy aptek oraz ich działalności, powoływał się na konieczność wyeliminowania „najważniejszego czynnika kreującego popyt na leki i wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych" oraz zapewnienia warunków do „prawidłowego realizowania przez apteki ich podstawowego zadania w postaci ochrony zdrowia i życia obywateli poprzez wyłączenie ich z procesu konkurowania cenami

[787] K. Żak, *Świadczenie usług…*, dz. cyt., s. 175–176.
[788] K. Żak, *Uwarunkowania aktywności…*, dz. cyt., s. 4.
[789] Pricewaterhouse Coopers, Baker & McKenzie, *Do trzech…*, dz. cyt., s. 26.

za leki i wyroby refundowane ze środków publicznych”[790]. Wskazywano również na konieczność „wyeliminowania ekonomicznej podstawy dla prowadzenia patologicznych akcji reklamowych i promocyjnych, dotyczących leków refundowanych, takich jak „leki za jeden grosz”, „leki z dopłatą dla pacjenta”, „leki z opłaconym pogrzebem”, „leki w ramach programów lojalnościowych”, „leki i możliwość wygrania samochodu”, i wielu innych, podobnych absurdalnych przedsięwzięć”[791]. Powyższe postulaty zostały oparte na opiniach prawnych, zakładających, że punktem wyjścia przy ocenie aktywności w kontekście kwalifikacji aktywności jako reklama apteki lub reklama działalności apteki jest treść zdania drugiego art. 94a ustawy Prawo farmaceutyczne: „nie stanowi reklamy informacja o lokalizacji i godzinach pracy apteki lub punktu aptecznego”[792]. Na zasadzie wnioskowania *a contrario* wskazano zatem, że reklamą apteki i jej działalności jest wszystko, co nie stanowi informacji o lokalizacji i godzinach pracy apteki[793]. Wymieniono również rodzaje aktywności przedsiębiorcy aptecznego, które w szczególności mogą zostać uznane za niedozwoloną formę reklamy apteki i jej działalności. Do tych aktywności zaliczono[794]:

– programy aktywizacji sprzedaży (programy lojalnościowe) zawierające komunikaty zachęcające do skorzystania z oferty apteki[795];

[790] Pismo Prezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej do Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2010 r. pt. *Uwagi samorządu do projektu ustawy o refundacji leków…*, „Biuletyn Lubelskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej”, 2010, 10–12 (194–197), s. 9.

[791] Tamże.

[792] Por. D. Lotz, *Opinia prawna z dnia 2 kwietnia 2012 r. sporządzona na zlecenie Dolnośląskiej Izby Aptekarskiej*, „Biuletyn Dolnośląskiej Izby Aptekarskiej” 2012, 3 (224), s. 21.

[793] Tamże.

[794] Tamże, s. 23–24.

[795] Podobne stanowisko prezentują E. Traple i J. Adamczyk, twierdząc, że „programy lojalnościowe, niezależnie od ich konkretnej charakterystyki, nie stanowią reklamy objętych nimi towarów czy usług, bądź też organizującego je przedsiębiorcy, lecz mieszczą się w zakresie pojęcia promocji sprzedaży (…). Aprobując pogląd o dopuszczalności organizowania programów lojalnościowych (rabatowych) w aptekach, pamiętać należy, że na gruncie art. 94a ustawy Prawo farmaceutyczne niedopuszczalne byłoby reklamowanie apteki z wykorzystaniem zachęt odwołujących się do prowadzonego w aptece programu lojalnościowego (rabatowego). Zatem o ile istnieją istotne argumenty przemawiające za stanowiskiem o ‘legalności’ programów lojalnościowych (rabatowych) aptek również po 1 stycznia 2012 r., o tyle niewątpliwie niedopuszczalne byłoby zachęcanie do skorzystania z usług konkretnej apteki poprzez powołanie się na program lojalnościowy (rabatowy), w którym ta apteka bierze udział”. E. Traple, J. Adamczyk, *Opinia dotycząca dopuszczalności działań podejmowanych w aptekach sieci Dbam o Zdrowie z perspektywy zakazu reklamy aptek (art. 94a PF)*, opinia sporządzona na zlecenie DOZ S.A., Kraków, 25 czerwca 2012 r., s. 28–30.

– dystrybucję ulotek reklamowych prezentujących treści, z których wynika oferta danej apteki (powiązanie logo, logotypu lub nazwy apteki z jej asortymentem lub cenami bądź wskazaniem innej aktywności apteki, dozwolonej na gruncie prawa farmaceutycznego);
– współpracę apteki w zakresie najmu jej powierzchni w celu umożliwienia prowadzenia polityki informacyjnej przez podmiot zewnętrzny (np. wydawnictwo fachowe).

Duża część specjalistów i ekspertów prawa farmaceutycznego nie popierała tak rygorystycznego rozumienia zakresu reklamy apteki i jej działalności i wskazywała, że przepis art. 94a ustawy Prawo farmaceutyczne dotyczyć może wyłącznie działalności mającej cechy reklamy *sensu stricto*. Z zakresu zakazu reklamy aptek i ich działalności wyłączone powinny być zatem inne niż reklama formy działalności marketingowej, zwłaszcza zaś wszelkie działania zaliczane do promocji sprzedaży[796]. Nie powinny być traktowane jako reklama apteki lub reklama działalności apteki komunikaty zachęcające do udziału w programach aktywizacji sprzedaży (programach lojalnościowych lub cenowych), bez powiązania z konkretnymi aptekami oraz dotyczące programów aktywizacji sprzedaży (programach lojalnościowych lub cenowych), powiązanych z konkretnymi aptekami, jeżeli mają charakter neutralny i nie zawierają elementów zachęty[797].

Praktyka stosowania prawa przez organy nadzoru farmaceutycznego opierała się na rygorystycznym i literalnym brzmieniu art. 94a ustawy Prawo farmaceutyczne opartym na twierdzeniu, że wszystko to, co nie stanowi informacji o lokalizacji i godzinach pracy apteki, jest reklamą apteki lub reklamą działalności apteki. Przykładowo według Mazowieckiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego reklamą apteki jest każdego rodzaju informacja (w tym informacja handlowa), która nie jest ofertą w rozumieniu treści przepisów kodeksu cywilnego (oświadczeniem woli, stanowiącym skierowaną do innej osoby stanowczą propozycję zawarcia umowy obejmującą minimalną jej treść określającą istotne postanowienia)[798]. W praktyce za reklamę apteki i jej działalności uznaje się „inne informacje niż informacja

[796] Tamże, s. 13.
[797] Por. tamże, s. 30.
[798] Decyzja Mazowieckiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego w Warszawie z dnia 22 marca 2012 r., WIF.WA.II.8523.1.5.2012.RB, s. 4.

o lokalizacji i godzinach pracy apteki”[799]. Reklamą apteki jest zatem „każda działalność przez nią prowadzona, niezależnie od jej formy i metody przeprowadzenia, która ma na celu zwiększenie sprzedaży w niej wyrobów medycznych lub produktów leczniczych”[800].

Brak legalnych definicji reklamy apteki oraz reklamy działalności apteki potęguje występowanie szeregu wątpliwości natury prawnej. Choć według M. Świerczyńskiego ograniczenie reklamy aptek w zamierzeniu ustawodawcy ma chronić głównie interes i dobro pacjenta, to jednak charakter przedmiotowych zmian był stanowczo i wielokrotnie krytykowany przez prawników-konstytucjonalistów oraz Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów[801]. Eksperci Pricewaterhouse Coopers oraz Baker & McKenzie wskazują, że podstawowym błędem ustawodawcy w kontekście reklamy prowadzonej w aptece jest brak definicji zawartych w ustawie pojęć: „Główny Inspektor Farmaceutyczny rozróżnia reklamę produktu leczniczego i reklamę apteki, z których jedna jest dozwolona, natomiast druga zakazana – dlaczego w takim razie nie ma definicji ustawowej tych dwóch pojęć?”[802]. Konsekwencją braku legalnych definicji w tej materii jest stanowisko Głównego Inspektora Farmaceutycznego, który uznał, że w związku z brakiem legalnej definicji reklamy działalności apteki w ustawie Prawo farmaceutyczne należy powoływać się na definicje zawarte w orzecznictwie sądów administracyjnych[803]. Najważniejsze definicje dotyczące reklamy apteki i jej działalności, pojawiające się w orzecznictwie sądów administracyjnych, przedstawiono w tabeli 50.

[799] Decyzja Mazowieckiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego w Warszawie z dnia 29 czerwca 2012 r., WIF.WA.II.8523.1.18.2012.RB, s. 3; Decyzja Mazowieckiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego w Warszawie z dnia 9 lipca 2012 r., WIF.WA.II.8523.1.23.2012.RB, s. 2.

[800] Decyzja Mazowieckiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego w Warszawie z dnia 24 lipca 2012 r., WIF.WA.II.8523.1.4.2012.RB, s. 7.

[801] M. Świerczyński, *Reklama produktów…*, dz. cyt., s. 333. Por. Pricewaterhouse Coopers, Baker & McKenzie, *Do trzech*…, dz. cyt., s. 27.

[802] Pricewaterhouse Coopers, Baker & McKenzie, *Do trzech*…, dz. cyt., s. 26.

[803] Por. Pismo Głównego Inspektora Farmaceutycznego do Prezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej z dnia 21 marca 2012 r., GIF-P-L-076/163/KP/12, s. 2.

Tabela 50. Definicje reklamy działalności apteki w orzecznictwie sądów administracyjnych

ORZECZENIE	TEZA	UZASADNIENIE TEZY
REKLAMA APTEKI		
Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 22 października 2021 r., II GSK 937/21; Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 25 listopada 2021 r., II GSK 1901/21; Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 2 września 2021 r., II GSK 211/21; Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 1 marca 2022 r., II GSK 1616/18; Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 1 marca 2022 r., II GSK 1934/18	Reklamą jest każde działanie, które ma na celu zachęcenie potencjalnych klientów do zakupu konkretnych towarów lub do skorzystania z określonych usług. Wyznacznikiem przekazu reklamowego jest nie tylko mniej lub bardziej wyraźna zachęta do kupna towaru, lecz również faktyczne intencje podmiotu dokonującego przekazu oraz odbiór przekazu przez jego adresatów	Wypowiedź jest reklamą, gdy nad warstwą informacyjną przeważa zachęta do nabycia towaru. Taki cel przyświeca nadawcy wypowiedzi i tak odbiera ją przeciętny odbiorca, do którego została skierowana. Wszelkie promocje, w tym cenowe i rabatowe, są reklamą towaru i firmy, która ich dokonuje
Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 26 października 2021 r., II GSK 1527/21	Wyznacznikiem przekazu reklamowego jest nie tylko mniej lub bardziej wyraźna zachęta do kupna towaru, ale i faktyczne intencje podmiotu dokonującego przekazu oraz odbiór przekazu przez jego adresatów	Reklama oznacza przedstawienie w jakiejkolwiek formie w ramach działalności handlowej, gospodarczej, rzemieślniczej lub wykonywania wolnych zawodów w celu wspierania zbytu towarów lub usług, w tym nieruchomości, praw i zobowiązań. Wypowiedź jest reklamą, gdy nad warstwą informacyjną przeważa zachęta do nabycia towaru
Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 28 kwietnia 2022 r., II GSK 1883/18	Wyznacznikiem przekazu reklamowego jest nie tylko mniej lub bardziej wyraźna zachęta do kupna towaru, ale i faktyczne intencje podmiotu dokonującego przekazu oraz odbiór przekazu przez jego adresatów	Reklama oznacza przedstawienie w jakiejkolwiek formie w ramach działalności handlowej, gospodarczej, rzemieślniczej lub wykonywania wolnych zawodów w celu wspierania zbytu towarów lub usług, w tym nieruchomości, praw i zobowiązań

ORZECZENIE	TEZA	UZASADNIENIE TEZY
Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 26 listopada 2021 r., II GSK 1938/21	Reklamą jest każde działanie, które ma na celu zachęcenie potencjalnych klientów do zakupu konkretnych towarów lub do skorzystania z określonych usług	Reklama – w tym, rzecz jasna, reklama apteki oraz jej działalności – zakłada ze swojej istoty istnienie konkretnego co do treści, formy oraz celu przekazu, który – jako przekaz celowy – musi ze swojej istoty pochodzić od konkretnego podmiotu jako jego nadawcy, a więc tego, kto prowadzi reklamę
Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 11 lutego 2021 r., II GSK 1218/20 (zakres pojęcia „reklama apteki")	Pojęcie „reklama apteki" – której nie stanowi informacja o lokalizacji i godzinach pracy apteki lub punktu aptecznego – ustawodawca potraktował stosunkowo szeroko. Reklamą jest każde działanie, które ma na celu zachęcenie potencjalnych klientów do zakupu konkretnych towarów lub do skorzystania z określonych usług	Wyznacznikiem przekazu reklamowego jest nie tylko mniej lub bardziej wyraźna zachęta do kupna towaru, ale i faktyczne intencje podmiotu dokonującego przekazu oraz odbiór przekazu przez jego adresatów. Wypowiedź jest reklamą, gdy nad warstwą informacyjną przeważa zachęta do nabycia towaru. Taki cel przyświeca nadawcy wypowiedzi i tak odbiera ją przeciętny odbiorca, do którego została skierowana. Wszelkie promocje, w tym cenowe i rabatowe, są reklamą towaru i firmy, która ich dokonuje
REKLAMA DZIAŁALNOŚCI APTEKI		
Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 22 października 2021 r., II GSK 1281/21 (promocja cenowa – ulotka oraz oznaczenie „superoferta", „gratis" jako reklama działalności apteki)	Wszelkie promocje, w tym cenowe, są reklamą produktu medycznego, ale i firmy, która dokonuje ich sprzedaży	Reklamą jest każde działanie, które ma na celu zachęcenie potencjalnych klientów do zakupu konkretnych towarów lub skorzystanie z określonych usług. Zamieszczenie na produktach medycznych i w ulotkach oznaczeń typu „superoferta" czy też „gratis" i rozpowszechnianie ich przez daną aptekę jest nie tylko wyraźną zachętą do kupna tych produktów i to właśnie w tej aptece skierowaną do adresatów tego przekazu, czyli klientów tej właśnie apteki

ORZECZENIE	TEZA	UZASADNIENIE TEZY
Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 25 listopada 2021 r., II GSK 1657/21 (plakat oraz oznaczenie „atrakcyjna cena" jako forma reklamy działalności apteki)	Umieszczenie w izbie ekspedycyjnej apteki plakatu wraz z opisem „atrakcyjna cena" stanowi niedozwoloną reklamę apteki, bowiem zmierza do zwiększenia sprzedaży produktów w tej konkretnej aptece, zachęcając w ten sposób do skorzystania z usług danej apteki. Umieszczanie w aptece informacji o atrakcyjnych cenach produktów leczniczych niewątpliwie sugeruje, że w przedmiotowej aptece stosowane są korzystne ceny, jest więc jednocześnie zachętą do skorzystania z usług tej konkretnej apteki. Plakat umieszczony w izbie ekspedycyjnej apteki ma na celu przyciągać uwagę potencjalnych klientów, zachęcając ich do zakupów w tej aptece, co odpowiada reklamie	Reklamą jest każde działanie, które ma na celu zachęcenie potencjalnych klientów do zakupu konkretnych towarów lub do skorzystania z określonych usług. Wyznacznikiem przekazu reklamowego jest nie tylko mniej lub bardziej wyraźna zachęta do kupna towaru, lecz również faktyczne intencje podmiotu dokonującego przekazu oraz odbiór przekazu przez jego adresatów
Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 11 stycznia 2022 r., II GSK 2398/21 (program lojalnościowy jako reklama działalności apteki)	Uczestnictwo w programie lojalnościowym „Kupuj taniej – 1 pkt za 5 zł" stanowi reklamę, ponieważ program ten ma na celu zwiększenie sprzedaży produktów leczniczych i wyrobów medycznych oferowanych w aptece	Reklamą jest każde działanie, które ma na celu zachęcenie potencjalnych klientów do zakupu konkretnych towarów lub do skorzystania z określonych usług. Wyznacznikiem przekazu reklamowego jest nie tylko mniej lub bardziej wyraźna zachęta do kupna towaru, lecz również faktyczne intencje podmiotu dokonującego przekazu oraz odbiór przekazu przez jego adresatów
Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 22 marca 2022 r., II GSK 2610/21 (dozwolona informacja o lokalizacji i godzinach otwarcia)	Jeśli treść informacji ogranicza się jedynie do lokalizacji i godzin pracy apteki, wówczas nie mamy do czynienia z zabronioną reklamą apteki. Informacje tego rodzaju zostały bowiem *expressis verbis* wyłączone z uregulowanego w art. 94a ust. 1 u.p.f. zakresu reklamy	Reklamą jest każde działanie, które ma na celu zachęcenie potencjalnych klientów do zakupu konkretnych towarów lub do skorzystania z określonych usług. Podstawowym wyznacznikiem przekazu reklamowego jest nie tylko mniej lub bardziej wyraźna zachęta do kupna towaru, ale i faktyczne intencje podmiotu dokonującego przekazu oraz odbiór przekazu przez jego adresatów

ORZECZENIE	TEZA	UZASADNIENIE TEZY
Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 27 maja 2020 r., II GSK 79/20 (dozwolone przedstawienie cen produktów w gazetce reklamowej)	Nie są natomiast reklamą między innymi listy cenowe, które zawierają informację o cenach towarów i usług i są publikowane wyłącznie po to, aby podać do wiadomości ceny określonych produktów	Reklamą jest każde działanie, które ma na celu zachęcenie potencjalnych klientów do zakupu konkretnych towarów lub do skorzystania z określonych usług. Wszelkie promocje (w tym zwłaszcza cenowe) są reklamą towaru i firmy, która ich dokonuje
Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 20 lipca 2017 r., II GSK 2583/15 (dozwolone udostępnianie list cenowych)	Udostępnianie list cenowych zawierających jedynie informację o cenach towarów lub usług i publikowanych wyłącznie po to, by podać do publicznej wiadomości ceny określonych produktów, nie stanowi naruszenia zakazu prowadzenia reklamy	Podstawowym elementem pozwalającym stwierdzić, że doszło do naruszenia zakazu reklamy apteki lub jej działalności jest zamiar przyciągnięcia potencjalnych klientów do dokonania zakupu produktu leczniczego lub wyrobu leczniczego w konkretnej aptece, zwiększenia konsumpcji produktów leczniczych, a przez to zwiększenie obrotów tej apteki. W celu ustalenia, czy nad warstwą informacyjną nie przeważa zachęta do kupna towaru, w bardziej skomplikowanych stanach faktycznych konieczne może okazać się dokonanie analizy nie tylko treści przekazu, ale też np. zastosowanej formy graficznej (rozmiaru, kształtu, koloru czcionki, tła), rodzaju i przeznaczenia zastosowanych nośników informacji, sposobu ich dystrybucji, a nawet kontekstu sytuacyjnego, w jakim przekaz dociera do odbiorcy
Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 3 grudnia 2021 r., II GSK 2269/21 (dozwolone umieszczenie logotypu apteki)	Zamieszczenie logotypu razem z podaniem nazwy, lokalizacji i godzin pracy apteki nie jest zabronione, bowiem nie wprowadza nowych treści informacyjnych oraz dodatkowego elementu perswazji ponad mogącą wynikać z treści informacji, podobnie jak użyta szata graficzna, w szczególności rozmieszczenie elementów informacji oraz zastosowana kolorystyka	Reklamą działalności apteki będzie więc zamiar przyciągnięcia potencjalnych klientów do dokonania zakupu towarów sprzedawanych w aptece – niezależnie od form i metod jej prowadzenia oraz użytych do jej realizacji środków, jeśli jej celem jest zwiększenie sprzedaży produktów leczniczych lub wyrobów medycznych.

ORZECZENIE	TEZA	UZASADNIENIE TEZY
		Za reklamę uważa się każde działanie mające na celu zachęcenie potencjalnych klientów do zakupu konkretnych towarów lub do skorzystania z określonych usług. Reklama jest zatem szeroko pojmowanym informowaniem potencjalnych klientów o preferencjach obowiązujących w danej aptece, co z kolei ma zachęcać potencjalnych klientów do korzystania z tej właśnie apteki. Reklamą działalności apteki będzie więc zamiar przyciągnięcia potencjalnych klientów do dokonania zakupu towarów sprzedawanych w aptece – niezależnie od form i metod jej prowadzenia oraz użytych do jej realizacji środków – jeśli jej celem jest zwiększenie sprzedaży produktów leczniczych lub wyrobów medycznych. Może zatem przybierać różne formy zachęcania sugerujące, że ceny produktów w niej oferowanych są inne niż ceny produktów w innych aptekach. Za reklamę działalności apteki należy uznać bowiem każde działanie, skierowane do publicznej wiadomości, niezależnie od sposobu i metody jego przeprowadzenia oraz środków użytych do jego realizacji, jeżeli jego celem jest zwiększenie sprzedaży produktów leczniczych i wyrobów medycznych oferowanych w danej aptece. Podanie informacji o nazwie i lokalizacji oraz godzinach pracy apteki może być działaniem mieszczącym się w reklamie, pojmowanej jako każde działanie, mające na celu zachęcenie potencjalnych klientów do zakupu konkretnych towarów lub do skorzystania

ORZECZENIE	TEZA	UZASADNIENIE TEZY
		z określonych usług i mogące być w taki sposób odbierane przez adresatów, jednakże z mocy art. 94a ust. 1 zd. drugie Prawa farmaceutycznego informacja ta wyłączona jest z zakazu reklamy aptek i punktów aptecznych, o ile informacja w swojej warstwie treściowej nie wychodzi poza wskazanie lokalizacji i godzin pracy apteki lub punktu aptecznego. Wprawdzie we wskazanym wyżej przepisie ustawy mowa jest *expressis verbis* o lokalizacji oraz godzinach pracy apteki, ale oczywiste jest, że nazwa apteki zwykle jest koniecznym elementem informacji o jej lokalizacji i godzinach pracy, szczególnie jeżeli nie jest to informacja zamieszczona na lokalu apteki
Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 20 marca 2019 r., II GSK 4298/17 (niedozwolona reklama apteki, w sytuacji gdy nazwa apteki ma charakter marketingowy)	Reklama apteki to reklama, która zachęca do nabycia towarów (określonych lub nie) w konkretnej aptece, pozbawiony podstaw jest pogląd, iż reklama apteki musi zachęcać do nabycia konkretnych towarów. Z faktu więc, że nazwa apteki oraz reklama jej działalności miały swoistego rodzaju wspólny mianownik – zarówno nazwa, jak i przekaz reklamowy zamieszczony na billboardach nawiązywały do pojęcia „hurtu" – nie sposób jest wywodzić konsekwencje wskazywane przez spółkę. Trzeba więc przyjąć, że nazwa, pod którą prowadzona jest apteka, nie może stanowić swoistego rodzaju pretekstu do naruszania zakazu prowadzenia reklamy działalności apteki. Zwłaszcza w sytuacji, gdy nazwa ta jest eksponowana w sposób właściwy dla przekazu reklamowego oraz celu, któremu ma on służyć	Reklamą jest każde działanie, które ma na celu zachęcenie potencjalnych klientów do zakupu konkretnych towarów lub do skorzystania z określonych usług. Podstawowym wyznacznikiem przekazu reklamowego jest nie tylko mniej lub bardziej wyraźna zachęta do kupna towaru, ale i faktyczne intencje podmiotu dokonującego przekazu oraz odbiór przekazu przez jego adresatów. Wypowiedź jest reklamą, gdy nad warstwą informacyjną przeważa zachęta do nabycia towaru – taki cel przyświeca nadawcy wypowiedzi i tak odbiera ją przeciętny odbiorca, do którego została skierowana. Wszelkie promocje (w tym zwłaszcza cenowe) są reklamą towaru i firmy, która ich dokonuje. Reklama – w tym, rzecz jasna, reklama aptek – zakłada ze swojej istoty istnienie konkretnego co do treści oraz

ORZECZENIE	TEZA	UZASADNIENIE TEZY
		celu przekazu, który – jako przekaz celowy – musi ze swojej istoty pochodzić od konkretnego podmiotu jako jego nadawcy, a więc tego, kto prowadzi reklamę. Niemniej jednak, odwołując się do przedstawionego powyżej rozumienia reklamy, w tym zwłaszcza stosunkowo szerokiego ujęcia, tak na gruncie normatywnym, jak i w orzecznictwie sądowym, pojęcia reklamy (działalności) aptek, a także – co należy podkreślić – bezwzględnego zakazu reklamy działalności apteki (z wyjątkiem informacji o lokalizacji i godzinach pracy), za uzasadniony należy również uznać wniosek, że działalności niezgodnej z wymienionym przepisem prawa nie można usprawiedliwiać ani też akceptować z powodu nazwy, pod którą jest prowadzona apteka, a co za tym idzie: z powodu eksponowania tej nazwy oraz sposobu, w jaki to następuje. Byłoby to bowiem niczym nieuzasadnione obejście wymienionego zakazu, a ten ma przecież swoje racjonalne uzasadnienie oraz istotne znaczenie
Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 9 stycznia 2019 r., II GSK 1986/18; Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 9 stycznia 2019 r., II GSK 1987/18 (niedozwolona reklama apteki a nazwa apteki)	Rozumienie pojęcia „reklama apteki" pozwala na przyjęcie, że taką reklamą może być w pewnych przypadkach również użycie nazwy apteki zawierającej zwroty wartościujące czy sugerujące korzyść związaną z zakupem, zachęcające do dokonania zakupów w konkretnej aptece	Reklamą apteki jest każde działanie zachęcające klientów do zakupu towarów sprzedawanych w aptece, niezależnie od form i metod tego działania oraz użytych środków. Reklama oznacza przedstawienie w jakiejkolwiek formie w ramach działalności handlowej, gospodarczej, rzemieślniczej lub wykonywania wolnych zawodów w celu wspierania zbytu towarów lub usług, w tym nieruchomości, praw i zobowiązań. Nazwa apteki zawierająca sformułowanie

ORZECZENIE	TEZA	UZASADNIENIE TEZY
		„Centrum Tanich Leków" została zarejestrowana przez odpowiedni organ w formie decyzji administracyjnej, nie oznacza automatycznie, że wyeksponowanie napisu o takiej treści nie może stanowić niedozwolonej reklamy apteki
Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 12 marca 2020 r., II GSK 3613/17 (dozwolona informacja o nowo otwartej aptece)	Informacja o nazwie i lokalizacji oraz godzinach pracy apteki zawiera się w katalogu działań reklamowych, jednakże z mocy art. 94a ust. 1 p.f. informacja ta wyłączona jest z zakazu reklamy apteki.	Reklamą jest działalność sprzedawcy polegająca na informowaniu lub zachęcaniu do określonego zachowania się nabywcy, mająca na celu zwiększenie jego obrotów. W przypadku reklamy apteki lub jej działalności będzie to zachęcanie do korzystania z jej usług. Natomiast zwiększeniem obrotów sprzedającego, w przypadku reklamy apteki lub jej działalności, będzie zwiększenie liczby przeprowadzanych przez nią transakcji lub ich wartości. Tak więc w przypadku reklamy apteki lub jej działalności chodzi o zwiększanie przychodu względem przychodu prognozowanego, jaki byłby osiągnięty, gdyby nie podjęto działań reklamowych. Reklamą działalności apteki może być więc każde działanie zmierzające do zwiększenia sprzedaży. Reklama może przy tym przyjmować różne formy, w szczególności: haseł, sloganów, spotów TV, ulotek, billboardów, folderów czy też gazetek. Ustawodawca nie określił formy dopuszczalnej informacji, miejsca i czasu jej rozpowszechniania. Nie określił także, że ze względu na zawarte intencje już tylko sama informacja o godzinach pracy apteki czy jej lokalizacji może stanowić zakazaną reklamę. Zwrócić przy tym należy uwagę

ORZECZENIE	TEZA	UZASADNIENIE TEZY
		na to, że była to apteka nowo otwarta, a więc konieczne było poinformowanie klientów o jej istnieniu. Zarówno na banerze, jak i na wizytówkach brak było jakichkolwiek innych informacji poza określeniem nazwy i lokalizacji apteki oraz godzinach jej otwarcia. Tym samym wskazana informacja nie spełniała roli zakazanego przekazu reklamowego, która wykraczałaby poza dozwoloną formę określoną w art. 94a ust. 1 p.f.
Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 5 listopada 2020 r., II GSK 941/18 (stworzenie na pacjencie wrażenia rozszerzonej opieki farmaceutycznej jako niedozwolona reklama apteki ogólnodostępnej)	Działania polegające na tworzeniu na pacjencie wrażenia rozszerzonej opieki przez możliwość objęcia z pozoru być może wyższym niż przeciętny standardem opieki farmaceutycznej stanowiły reklamę apteki ogólnodostępnej w rozumieniu art. 94a ust. 1 p.f. podlegającą sankcji na podstawie art. 129b ust. 1 p.f.	Reklamą jest każde działanie, które ma na celu zachęcenie potencjalnych klientów do zakupu konkretnych towarów lub do skorzystania z określonych usług. Reklamą działalności apteki są wszelkie formy przekazu, w tym także takie, które nie zawierają elementów zachęcających do zakupu, mogą jednak zostać przyjęte przez ich odbiorców jako zachęta do kupna
Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 3 grudnia 2020 r., II GSK 917/20 (promocja jako zabroniona forma reklamy)	Podstawowym elementem pozwalającym stwierdzić, że doszło do naruszenia zakazu reklamy apteki lub jej działalności jest zamiar przyciągnięcia potencjalnych klientów do dokonania zakupu produktu leczniczego lub wyrobu leczniczego w konkretnej aptece, zwiększenia konsumpcji produktów leczniczych, a przez to zwiększenie obrotów tej apteki. Wszelkie promocje, w tym cenowe i rabatowe, są reklamą towaru i firmy, która ich dokonuje	Reklamą jest każde działanie, które ma na celu zachęcenie potencjalnych klientów do zakupu konkretnych towarów lub do skorzystania z określonych usług. Wyznacznikiem przekazu reklamowego jest nie tylko mniej lub bardziej wyraźna zachęta do kupna towaru, ale i faktyczne intencje podmiotu dokonującego przekazu oraz odbiór przekazu przez jego adresatów. Wypowiedź jest reklamą, gdy nad warstwą informacyjną przeważa zachęta do nabycia towaru

ORZECZENIE	TEZA	UZASADNIENIE TEZY
Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 20 lipca 2017 r., II GSK 3347/15 (niedozwolone programy cenowe – rabatowe)	Działania polegające na zachęcaniu do zakupów farmaceutyków w danej aptece, poprzez korzystne dla konsumenta programy cenowe (rabatowe), mogą być uznane za wchodzące w zakres prawnego pojęcia „reklama aptek"	Reklamą jest każde działanie, które ma na celu zachęcenie potencjalnych klientów do zakupu konkretnych towarów lub do skorzystania z określonych usług

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Naczelny Sąd Administracyjny, *Centralna Baza Orzeczeń Sądów Administracyjnych*, 2022. Pobrano z: https://orzeczenia.nsa.gov.pl/cbo/query (dostęp: 29.08.2022).

Z wymienionych orzeczeń Naczelnego Sądu Administracyjnego wyłaniają się definicje reklamy apteki i reklamy działalności apteki, które nie zawierają desygnatów pozwalających na ich precyzyjne odróżnienie. Reklamę apteki najczęściej określano jako[804]:

- każde działanie, które ma na celu zachęcenie potencjalnych klientów do zakupu konkretnych towarów lub do skorzystania z określonych usług;
- szeroko pojmowane informowanie potencjalnych klientów o preferencjach obowiązujących w danej aptece, co z kolei ma zachęcać potencjalnych klientów do korzystania z tej właśnie apteki;
- wypowiedź, w której nad warstwą informacyjną przeważa zachęta do nabycia towaru, bez względu na cel przyświecający nadawcy wypowiedzi, jeżeli tak ją odbiera (może odebrać) przeciętny odbiorca, do którego została skierowana;
- przedstawienie w jakiejkolwiek formie w ramach działalności handlowej, gospodarczej, rzemieślniczej lub wykonywania wolnych zawodów w celu wspierania zbytu towarów lub usług, w tym nieruchomości, praw i zobowiązań;
- działalność polegająca na informowaniu lub zachęcaniu do określonego zachowania się nabywcy, mająca na celu zwiększenie obrotów apteki.

Wyznacznikiem przekazu reklamowego jest nie tylko mniej lub bardziej wyraźna zachęta do kupna towaru, ale i faktyczne intencje podmiotu

[804] K. Żak, *Uwarunkowania aktywności*…, dz. cyt., s. 5.

dokonującego przekazu oraz odbiór przekazu przez jego adresatów[805]. Z kolei definicje reklamy działalności apteki przedstawiają w sposób kazuistyczny różnego rodzaju aktywności, które stanowią reklamę apteki[806]:

- każde działanie skierowane do publicznej wiadomości, niezależnie od sposobu i metody jego przeprowadzenia oraz środków użytych do jego realizacji, jeżeli jego celem jest zwiększenie sprzedaży produktów leczniczych i wyrobów medycznych oferowanych w danej aptece;
- każde działanie zmierzające do zwiększenia sprzedaży, przybierające różne formy, w szczególności: haseł, sloganów, spotów TV, ulotek, billboardów, folderów czy też gazetek;
- zamiar przyciągnięcia potencjalnych klientów do dokonania zakupu towarów sprzedawanych w aptece – niezależnie od form i metod jej prowadzenia oraz użytych do jej realizacji środków – jeśli jej celem jest zwiększenie sprzedaży produktów leczniczych lub wyrobów medycznych (może przybierać różne formy zachęcania sugerujące, że ceny produktów w niej oferowanych są inne niż ceny produktów w innych aptekach);
- wszelkie formy przekazu, w tym także takie, które nie zawierają elementów zachęcających do zakupu, mogą jednak zostać przyjęte przez ich odbiorców jako zachęta do kupna;
- działania polegające na zachęcaniu do zakupów farmaceutyków w danej aptece poprzez korzystne dla konsumenta programy cenowe (rabatowe);
- działania polegające na tworzeniu na pacjencie wrażenia rozszerzonej opieki przez możliwość objęcia z pozoru być może wyższym niż przeciętny standardem opieki farmaceutycznej;
- uczestnictwo w programie lojalnościowym (np. „Kupuj taniej – 1 pkt za 5 zł"), ponieważ program ten ma na celu zwiększenie sprzedaży produktów leczniczych i wyrobów medycznych oferowanych w aptece;
- wszelkie promocje, w tym cenowe i rabatowe – są reklamą towaru i przedsiębiorstwa, które ich dokonuje;

[805] Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 22 października 2021 r., II GSK 937/21; Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 25 listopada 2021 r., II GSK 1901/21; Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 2 września 2021 r., II GSK 211/21; Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 1 marca 2022 r., II GSK 1616/18; Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 1 marca 2022 r., II GSK 1934/18.

[806] K. Żak, *Uwarunkowania aktywności*…, dz. cyt., s. 5–7.

– umieszczenie w izbie ekspedycyjnej apteki plakatu wraz z opisem „atrakcyjna cena", bowiem zmierza do zwiększenia sprzedaży produktów w tej konkretnej aptece, zachęcając w ten sposób do skorzystania z usług danej apteki (plakat ma na celu przyciągać uwagę potencjalnych klientów, zachęcając ich do zakupów w tej aptece, co odpowiada reklamie);
– umieszczanie w aptece informacji o atrakcyjnych cenach produktów leczniczych, co sugeruje, że w przedmiotowej aptece stosowane są korzystne ceny, jest więc jednocześnie zachętą do skorzystania z usług tej konkretnej apteki;
– eksponowana w sposób właściwy dla przekazu oraz celu reklamowego nazwa marketingowa apteki (np. Apteka A. Ceny Hurtowe Codziennie);
– użycie nazwy apteki zawierającej zwroty wartościujące czy sugerujące korzyść związaną z zakupem, zachęcające do dokonania zakupów w konkretnej aptece (np. Apteka A. Centrum Tanich Leków).

Według najnowszej linii orzeczniczej Naczelnego Sądu Administracyjnego nie stanowi reklamy apteki ani jej działalności[807]:
– informacja o lokalizacji i godzinach otwarcia, jeśli treść informacji ogranicza się jedynie do lokalizacji i godzin pracy apteki (informacje tego rodzaju zostały bowiem *expressis verbis* wyłączone z uregulowanego w art. 94a ust. 1 ustawy Prawo farmaceutyczne zakresu reklamy);
– zamieszczenie logotypu razem z podaniem nazwy, lokalizacji i godzin pracy apteki, bowiem nie wprowadza nowych treści informacyjnych oraz dodatkowego elementu perswazji ponad mogącą wynikać z treści informacji, podobnie jak użyta szata graficzna, w szczególności rozmieszczenie elementów informacji oraz zastosowana kolorystyka;
– udostępnianie list cenowych zawierających jedynie informację o cenach towarów lub usług i publikowanych wyłącznie po to, by podać do publicznej wiadomości ceny określonych produktów.

Analiza linii orzeczniczej sądownictwa administracyjnego pokazuje, że za zabronioną formę reklamy działalności apteki mogą zostać uznane wszelkie formy aktywności, które nie stanowią informacji o lokalizacji apteki i godzinach otwarcia, bez względu na cel przekazu (zachęta do nabycia oferowanych przez aptekę towarów lub skorzystania z określonych usług albo brak

[807] Tamże, s. 7.

wyraźnej zachęty, lecz wystąpienie możliwości przyjęcia przekazu przez odbiorcę jako zachęta do kupna) i formę (np. hasła, slogany, spoty TV, ulotka, billboard, folder czy gazetka), których zamierzonym celem jest pozyskanie nowych klientów lub zatrzymanie „starych". Za reklamę apteki zostały uznane również czynności polegające na wręczaniu bonów rabatowych, umieszczanie obok nazwy apteki napisu „niskie ceny", „wysokie rabaty"[808]. M. Ożóg postuluje odwołanie się do wykładni językowej pojęcia „reklama" i w efekcie proponuje przyjąć, że „reklamą działalności apteki jest działanie polegające na zachęcaniu potencjalnych klientów do dokonywania zakupu usług farmaceutycznych w konkretnej aptece". Za reklamę działalności apteki uznaje „każde działanie, skierowane do publicznej wiadomości, niezależnie od sposobu i metody jego przeprowadzenia oraz środków użytych do jego realizacji, jeśli jego celem jest zwiększenie sprzedaży produktów leczniczych i wyrobów medycznych oferowanych w danej aptece"[809].

Zakaz reklamy apteki i jej działalności w orzecznictwie rozciągnięty został na pozostałe instrumenty komunikacji marketingowej, zwłaszcza na promocję sprzedaży. Promocja w aptece stanowi, obok reklamy, drugi w kolejności kontrowersyjny aspekt aktywności rynkowej aptek ogólnodostępnych. Czynnikiem uzasadniającym celowość i zarazem konieczność istnienia promocji w aptece według H. Mruka jest wzrost natężenia działań konkurencyjnych na aptecznym rynku farmaceutycznym[810]. Problem z określeniem legalności działań związanych z promocją w aptece wynika z braku legalnej definicji promocji w systemie prawa farmaceutycznego. Jak słusznie zauważyła K. Grzybczyk, w systemie prawnym promocja jest traktowana jako zachowanie marketingowe (a nie jako narzędzie komunikacji marketingowej), polegające na okresowym obniżaniu cen, dostarczaniu bezpłatnych próbek produktów albo kuponów rabatowych oraz organizowaniu konkursów[811]. Niektóre z tych zachowań są kwalifikowane jako reklama wartościowa, a ich konsekwencją jest dodatkowo zachęta do nabycia towaru i jego stosowania. Z tego względu promocja w orzecznictwie sądowym jest często utożsamiana z reklamą[812].

---

[808] Por. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 10 grudnia 2012 r., VI SA/Wa 1756/12.

[809] M. Ożóg, *System handlu…*, dz. cyt., s. 718–719.

[810] H. Mruk, *Jak skutecznie promować aptekę?*, [w:] Mruk H., *Promocja apteki*, Wydawnictwo dr Josef Raabe Spółka Wydawnicza Sp. z o.o., Warszawa 2003, s. 3.

[811] K. Grzybczyk, *Reklama produktów…*, dz. cyt., s. 529.

[812] Tamże, s. 530.

Szerokie ujęcie definicji reklamy w orzecznictwie budzi kontrowersje, albowiem wymiar prawny kreuje nowe definicje na potrzeby uzasadnienia tez orzeczeń, bez szerokiego spojrzenia na dorobek nauk ekonomicznych. Wszelkie aspekty związane z komunikacją marketingową znajdują się w domenie marketingu, który jest podporządkowany dyscyplinie nauki o zarządzaniu i jakości. Doktryna nauk o zarządzaniu wypracowała konstytutywne cechy reklamy, które powinny zostać uwzględnione w wykładni językowej. Wprowadzenie zakazu reklamy apteki i jej działalności przy jednoczesnym braku legalnej definicji reklamy apteki nie powinno być wykorzystywane do nieproporcjonalnie daleko idącej i nieuzasadnionej ingerencji w swobodę prowadzenia działalności gospodarczej. Powoduje to ograniczenie jakiejkolwiek działalności informacyjnej aptek (w tym o lekach innych niż refundowane), uniemożliwiając pacjentom porównanie cen leków i dokonanie wyboru najtańszych[813]. Generuje również kuriozalną sytuację, albowiem za reklamę uznaje się działania mające na celu pozyskanie nowych klientów lub zatrzymanie „starych", co przeczy zdrowemu rozsądkowi i zasadom logiki.

[813] Pricewaterhouse Coopers, Baker & McKenzie, *Do trzech*…, dz. cyt., s. 29.

Rozdział 4.

Farmaceuta w aptece ogólnodostępnej a jakość usług farmaceutycznych

4.1. Społeczna odpowiedzialność biznesu aptecznego

Społeczny charakter apteki ogólnodostępnej odzwierciedla system prawa farmaceutycznego, definiujący aptekę jako placówkę ochrony zdrowia publicznego oraz zawód farmaceuty jako samodzielny zawód medyczny[814]. Sprawowanie opieki farmaceutycznej oraz świadczenie przez farmaceutę przy wsparciu technika farmaceutycznego usług farmaceutycznych wyznacza zakres społecznie odpowiedzialnej działalności apteki. Opiera się ona w dużej części na autorytecie farmaceuty, który jako reprezentant profesji cieszącej się zaufaniem społecznym pełni aktywną rolę w zarządzaniu procesem farmakoterapii. Istotne znaczenie w społecznie odpowiedzialnej aktywności apteki odgrywa również organ prowadzący aptekę, który zobligowany jest do zatrudnienia przy wykonywaniu czynności fachowych wyłącznie farmaceutów i techników farmaceutycznych w granicach ich uprawnień zawodowych. Na organie właścicielskim ciąży obowiązek stworzenia warunków organizacyjnych zapewniających realizację procesu świadczenia usług farmaceutycznych w zgodzie z obowiązującym prawem oraz zasadami etyki i deontologii zawodowej farmaceuty. Ma on umożliwić aptekarzowi samodzielne podejmowanie decyzji w zakresie sprawowania opieki farmaceutycznej, udzielania usług farmaceutycznych lub wykonywania zadań zawodowych w zakresie, w jakim są one związane z prowadzoną przez aptekę działalnością[815].

Społeczna odpowiedzialność biznesu aptecznego obejmuje szereg przedsięwzięć i aktywności służących realizacji społecznej misji ochrony zdrowia publicznego i może być rozpatrywana w dwóch wymiarach: wewnętrznym i zewnętrznym. Wymiar wewnętrzny społecznej odpowiedzialności biznesu aptecznego charakteryzuje się następującymi elementami[816]:

[814] Por. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 86 ust. 1; Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, Dz.U. z 2021 r., poz. 97, ze zm., art. 2 ust. 1.

[815] Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, Dz.U. z 2021 r., poz. 97, ze zm., art. 35 ust. 2.

[816] Por. G. Bartkowiak, *Społeczna odpowiedzialność…*, dz. cyt., s. 25–26; K. Żak, *Rola i zadania…*, dz. cyt., s. 542.

– bezpieczeństwo w miejscu pracy: przestrzeganie zasad bhp, określonych w systemie prawa pracy i prawa farmaceutycznego; społeczna odpowiedzialność biznesu to zapewnienie ergonomicznych warunków miejsca pracy, warunków związanych z utrzymaniem należytego poziomu higieny i ochrony przeciwpożarowej oraz przestrzeganie zasad wykonywania zawodu farmaceuty (należyta staranność, poszanowanie praw pacjenta, dbałość o bezpieczeństwo pacjenta zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy farmaceutycznej i medycznej, działanie zgodne z zasadami etyki i deontologii zawodowej[817]);
– zarządzanie zasobami ludzkimi: rekrutacja, selekcja i rozwój pracowników (system zawodowego kształcenia ustawicznego), system motywacji i wynagradzania, rozwiązywanie konfliktów pracowniczych (zwłaszcza w relacjach przełożony – podwładny); społeczna odpowiedzialność biznesu to przestrzeganie zasady podmiotowości pracowników, sprawiedliwości społecznej, szans na rozwój osobowościowy i zawodowy, gwarancji poczucia stabilizacji i bezpieczeństwa;
– zarządzanie zużywanymi surowcami oraz wpływem działalności na środowisko naturalne: organizacja wszelkich działań związanych z użytkowaniem środowiska; społeczna odpowiedzialność biznesu to optymalizacja gospodarki zasobami przyrodniczymi oraz przestrzeganie norm dotyczących ochrony środowiska (racjonalna działalność związana z odbiorem nieczystości stałych oraz utylizacją leków przeterminowanych i odpadów medycznych, jak również utylizacją zużytego sprzętu medycznego).

Wymiar zewnętrzny, opisujący oddziaływanie apteki na otoczenie, charakteryzuje się następującymi elementami[818]:

– wpływ na społeczności lokalne: realizacja procesu ochrony zdrowia publicznego poprzez sprawowanie opieki farmaceutycznej i świadczenie usług farmaceutycznych; społeczna odpowiedzialność biznesu to wspieranie postaw prozdrowotnych, zapewnienie bezpieczeństwa farmakoterapii poprzez wzmożoną kontrolę nad procesem stosowania leków oraz zapewnienie dostępności leków w ilości i asortymencie niezbędnym do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych miejscowej ludności;

[817] Por. Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, Dz.U. z 2021 r., poz. 97, ze zm., art. 27.

[818] Por. G. Bartkowiak, *Społeczna odpowiedzialność…*, dz. cyt., s. 25; K. Żak, *Rola i zadania…*, dz. cyt., s. 543.

– przestrzeganie praw człowieka: respektowanie praw pacjenta, kierowanie się dobrem pacjenta w każdym aspekcie podejmowanej działalności, podawanie przez farmaceutę produktów leczniczych w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia pacjenta[819]; społeczna odpowiedzialność biznesu to zapewnienie relacji z pacjentem opartych na zaufaniu, rzetelna informacja o właściwościach i stosowaniu leków (niepodważająca zaleceń lekarza), przestrzeganie prawa pacjenta do informacji o tańszych zamiennikach leków refundowanych;
– troska o środowisko naturalne: zarządzanie zużywanymi surowcami oraz wpływem działalności na środowisko naturalne; społeczna odpowiedzialność biznesu to edukacja pacjentów w zakresie utylizacji leków oraz przeciwdziałanie marnotrawstwu leków.

Społecznie odpowiedzialna działalność apteki jako przedsiębiorstwa funkcjonującego w wymiarze społeczno-ekonomicznym, czyli realizującego społeczną misję ochrony zdrowia publicznego oraz charakterystyczne dla aktywności rynkowej cele komercyjne, obejmuje następujące obszary[820]:

– otoczenie rynkowe: dostawcy (hurtownie i przedsiębiorstwa farmaceutyczne), odbiorcy (pacjenci), kooperanci (dostawcy usług teleinformatycznych, ubezpieczeniowych, ochronnych, utylizacja leków, odbiór nieczystości itp.), konkurenci (apteki i punkty apteczne oraz placówki obrotu pozaaptecznego); społecznie odpowiedzialna działalność apteki to kierowanie się w kontaktach z otoczeniem zasadami etyki i deontologii zawodowej, posługiwanie się uczciwą informacją i reklamą zgodną z prawem farmaceutycznym, respektowanie i terminowa spłata zaciągniętych zobowiązań, terminowa i rzetelna realizacja umów handlowych oraz respektowanie praw pacjenta w procesie świadczenia usług farmaceutycznych;
– otoczenie publiczne: administracja publiczna (Urząd Skarbowy, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Państwowa Inspekcja Pracy, Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny, Narodowy Fundusz Zdrowia, Powiatowa Inspekcja Sanitarna), samorząd zawodu aptekarskiego (okręgowe izby aptekarskie), organizacje pożytku publicznego, organizacje społeczne, miejscowa ludność; społecznie odpowiedzialna działalność apteki to realizowanie przedsięwzięć na rzecz nauki

[819] Por. Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, Dz.U. z 2021 r., poz. 97, ze zm., art. 31.
[820] Por. G. Bartkowiak, *Społeczna odpowiedzialność…*, dz. cyt., s. 26; K. Żak, *Rola i zadania…*, dz. cyt., s. 543–544.

(przekazywanie informacji na temat niepożądanych działań leków), szkolnictwa (nadzór nad praktykami studenckimi oraz praktykami techników farmaceutycznych), kultury, ochrony zdrowia (sprawowanie opieki farmaceutycznej, udzielanie usług farmaceutycznych, wykonywanie czynności i zadań zawodowych; farmaceuta ma obowiązek udzielać, na podstawie dostępnej wiedzy oraz informacji uzyskanych od pacjenta, pełnej i przystępnej informacji w ramach wykonywanej opieki farmaceutycznej oraz usługi farmaceutycznej, a w szczególności informować o produktach leczniczych i wyrobach medycznych będących przedmiotem obrotu w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych oraz o ich działaniu, stosowaniu, środkach ostrożności i ewentualnych interakcjach, a także o zasadach ich przechowywania i utylizacji[821]);

– sfera zatrudnienia: zarządzanie zasobami ludzkimi (pozyskiwanie, zarządzanie wydajnością, wynagradzanie, stosunki pracy); społecznie odpowiedzialna działalność apteki to zatrudnianie przy wykonywaniu czynności fachowych wyłącznie farmaceutów i techników farmaceutycznych (na podstawie przepisów prawa pracy) oraz przydział zadań pracownikom w granicach ich uprawnień zawodowych (określonych w prawie farmaceutycznym), przestrzeganie zasady podmiotowości pracowników i ocena ich pracy na podstawie zakresu obowiązków, sprawiedliwe i obiektywne rozwiązywanie sytuacji konfliktowych w oparciu o zasady sprawiedliwości społecznej, umożliwienie szans na rozwój osobowościowy i zawodowy (poprzez system szkoleń oraz stworzenie dogodnych warunków do samokształcenia w ramach zawodowego szkolenia ustawicznego), gwarancji poczucia stabilizacji i bezpieczeństwa poprzez odpowiedzialną politykę kadrową, opartą na sprawiedliwym systemie wynagradzania i premiowania (niepowiązanym z realizacją wyłącznie planów sprzedażowych);
– ochrona środowiska: technologia i organizacja wszelkich działań związanych z użytkowaniem środowiska; społecznie odpowiedzialna działalność apteki to właściwa wycena korzystania z zasobów, przestrzeganie przepisów dotyczących ochrony środowiska (związanych z procedurą odbioru nieczystości stałych oraz procesem utylizacji przeterminowanych produktów leczniczych, wyrobów medycznych, odpadów medycznych i zużytego sprzętu medycznego);

[821] Por. Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, Dz.U. z 2021 r., poz. 97, ze zm., art. 28.

– relacje z inwestorami (aktualnymi i potencjalnymi); społecznie odpowiedzialna działalność apteki to rzetelność i kompletność informacji, respektowanie praw pierwokupu, przestrzeganie składanych obietnic, dotrzymywanie umów (*pacta sunt servanda*).

Społecznie odpowiedzialna działalność apteki oznacza również przyjęcie odpowiedzialności za następstwa wydawanych decyzji i skutki podejmowanych działań, które nie tylko chronią moralne i formalne prawa interesariuszy, lecz również mogą stanowić źródło naruszeń i nadużyć. Farmaceuta jest obowiązany zgłosić działanie niepożądane produktu leczniczego, incydent (wszelkie wadliwe działanie lub pogorszenie właściwości lub działania, w tym błąd użytkowy wynikający z cech ergonomicznych, wyrobu udostępnionego na rynku, a także wszelkie nieprawidłowości w informacjach podanych przez producenta oraz wszelkie działania niepożądane) lub niepożądany odczyn poszczepienny zgodnie z odpowiednią procedurą wskazaną w systemie prawa farmaceutycznego[822]. Działalność społecznie odpowiedzialna może stanowić istotny element budowania przewagi konkurencyjnej, pod warunkiem oparcia jej na systemie wartości, a nie ukierunkowania na realizację wyłącznie celów komercyjnych.

Idea społecznej odpowiedzialności opiera się na pracownikach, którzy są jedną z najważniejszych grup interesariuszy apteki. Oni bowiem tworzą w przedsiębiorstwie standardy aktywności społecznie odpowiedzialnej oraz planują, organizują i implementują procesy zgodne z filozofią CSR. Ich podmiotowość wynika również z protekcyjnego charakteru ustawodawstwa wspólnotowego i krajowego. W systemie prawa zostały ustalone minimalne standardy w wymiarze pracy, gwarantujące pracownikom odpowiedni poziom wpływu na podejmowane decyzje dotyczące macierzystego przedsiębiorstwa. System prawa farmaceutycznego reguluje aktywności związane z wykonywaniem zawodu farmaceuty oraz wskazuje obowiązki, jakie są z nimi związane. Dodatkowo definiuje kompetencyjny zakres obowiązków na poszczególnych stanowiskach pracy poprzez wskazanie zadań i czynności kierownika apteki, farmaceuty i technika farmaceutycznego. Pracodawcom i kadrze menedżerskiej minimalne standardy pracy pozostawiają niezbędny zakres swobody w zarządzaniu przedsiębiorstwem. W sferze zarządzania społecznie odpowiedzialna działalność apteki uzewnętrznia się poprzez[823]:

[822] Por. tamże, art. 33.

[823] Por. M. Gableta, *Zakres przedmiotowy gospodarowania potencjałem pracy*, [w:] Gableta M. (red.), *Potencjał pracy przedsiębiorstwa* (22–25), Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2006, s. 22–25.

– tworzenie możliwości awansu i rozwoju pracowników w oparciu o transparentny, sprawiedliwy i efektywny system rozwoju i motywacji;
– system aktywizacji zawodowej pracowników umożliwiający rozwój osobowościowy i zawodowy (poprzez system szkoleń oraz stworzenie dogodnych warunków do samokształcenia w ramach ustawicznego rozwoju zawodowego);
– preferowanie zaangażowania, współdziałania i pracy zespołowej oraz partycypacji pracowniczej w sukcesach przedsiębiorstwa;
– dbanie o utrzymanie istniejących stanowisk oraz tworzenie nowych miejsc pracy;
– przeprowadzanie procesów restrukturyzacyjnych oraz działań optymalizacyjnych w sposób najmniej obciążający pracownika.

Społecznie odpowiedzialna działalność apteki jest związana nie tylko z zaspokajaniem potrzeb egzystencjalnych pracowników, lecz przede wszystkim z troską o wysoką jakość ich funkcjonowania w miejscu pracy (odnajdywanie społecznego sensu pracy, satysfakcja z pracy oraz rozwój pracowników, współudział w działaniach i efektach), jak również poza nim (odczucie identyfikacji z pracą i przedsiębiorstwem)[824]. Ważną rolę w tym zakresie odgrywa system wynagradzania, który powinien uwzględniać zakres obowiązków pracownika, jego zaangażowanie w proces pracy, sumienność i efektywność w wykonywaniu powierzonych zadań, a nie być wyłącznie oparty na aktualnej stawce płac w danym regionie i realizacji planów sprzedażowych[825]. Istotna w tym zakresie jest również równość w systemie wynagrodzeń kobiet i mężczyzn, albowiem mimo że są one lepiej wykształcone od mężczyzn, to nadal zarabiają mniej.

4.2. Apteka dla aptekarza vs. apteka dla pacjenta

W dniu 25 czerwca 2017 r. weszła w życie nowelizacja ustawy Prawo farmaceutyczne wprowadzająca zmiany w strukturze własnościowej aptek poprzez implementację zasady „apteka dla aptekarza lub spółki aptekarzy", która od wielu lat była przedmiotem lobbingu samorządu zawodu aptekarskiego. Projekt zmian odnosił się do art. 99 ustawy Prawo farmaceutyczne, który w ust. 4 otrzymał brzmienie: „Prawo do uzyskania zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej posiada:

[824] G. Bartkowiak, *Społeczna odpowiedzialność…*, dz. cyt., s. 28.
[825] K. Żak, *Rola i zadania…*, dz. cyt., s. 545–546.

1) farmaceuta posiadający prawo wykonywania zawodu prowadzący jednoosobową działalność gospodarczą;
2) spółka jawna lub spółka partnerska, której przedmiotem działalności jest wyłącznie prowadzenie aptek, i w której wspólnikami (partnerami) są wyłącznie farmaceuci posiadający prawo wykonywania zawodu".

Tak skonstruowany przepis prawa wykluczył możliwość uzyskania zezwolenia przez podmioty, w których partnerami (wspólnikami) są osoby nieposiadające wykształcenia farmaceutycznego. Dodatkowo ustawodawca wprowadził kryterium posiadania lub kontrolowania przez jeden podmiot maksymalnie czterech aptek ogólnodostępnych[826].

Projektodawca uzasadniając konieczność wprowadzonych zmian w systemie udzielania zezwoleń na prowadzenie apteki ogólnodostępnej, wskazał m.in. na[827]:

- znaczne problemy przy możliwości sprawowania prawidłowego nadzoru nad działalnością aptek wynikającą z formy prawnej (spółki kapitałowe), co dodatkowo łączy się z powstawaniem wielu bardzo negatywnych następstw (szczególnie w dużych miastach) rzutujących na możliwość prawidłowego realizowania przez apteki ich zadań jako placówek ochrony zdrowia publicznego;
- niebezpieczeństwo całkowitej monopolizacji rynku usług farmaceutycznych i przejęcia go przez duże, międzynarodowe podmioty, spowodowane m.in. nieprzestrzeganiem ustawowych zakazów koncentracji, takich jak np. 1% aptek w województwie;
- likwidację małych, polskich przedsiębiorców prowadzących apteki;
- brak leków na rynku istotnych z punktu widzenia zdrowia i życia polskich pacjentów (cały czas występujący problem z wywozem leków za granicę i brak możliwości skutecznego zaspokajania potrzeb pacjentów w dostępie do leków, co może doprowadzić do sytuacji zagrożenia ich zdrowia i życia);
- straty dla budżetu państwa w zakresie pozyskiwania podatków dochodowych i podatku od towarów i usług (m.in. brak odpowiedniego

[826] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 99 ust. 3a.

[827] W. Buda i in., *Poselski projekt ustawy o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne z dnia 7 grudnia 2016 r.*, Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, 2016, VIII kadencja, druk 1126, s. 1–3. Pobrano z: http://orka.sejm.gov.pl/ (dostęp: 1.09.2022).

nadzoru nad obrotem oraz likwidacja podmiotów płacących podatki w Polsce powodują utratę wpływów podatkowych);
- degradacja roli i znaczenia zawodu farmaceuty;
- świadome łamanie prawa przez liczne grupy, które wyspecjalizowały się w wykorzystywaniu instytucji apteki ogólnodostępnej do pozyskiwania nielegalnych dochodów (obecna konstrukcja zezwolenia i zakres podmiotów uprawnionych do uzyskania zezwolenia pozwala w łatwy sposób, w tym przez likwidację lub przekształcenia spółek, unikać odpowiedzialności; sankcje administracyjne są nieskuteczne wobec przestępców i skali profitów, jakie przynosi nielegalna działalność);
- brak odpowiedniej liczby farmaceutów, która zapewniałaby właściwy poziom usług farmaceutycznych (według danych wynikających z rejestru aptek, Centralnego Rejestru Farmaceutów oraz szacunków samorządu aptekarskiego liczba farmaceutów przypadająca na jedną aptekę ogólnodostępną jest mniejsza niż 2);
- stałe otwieranie się nowych aptek, nierzadko po przekształceniu ze spółek, którym cofnięto zezwolenie, np. z powodu utraty rękojmi należytego prowadzenia apteki w wyniku nielegalnego wywożenia leków za granicę;
- apteki prowadzone przez podmioty niebędące farmaceutami nie przestrzegają zakazu reklamy aptek i działalności;
- brak odpowiednich mechanizmów prawnych, które pozwalałyby na harmonijne godzenie celów i zasad działania placówki ochrony zdrowia z celami i zasadami działania przedsiębiorcy prowadzącego działalność gospodarczą w formie apteki ogólnodostępnej.

Argumentacja projektodawcy w dużej mierze jest chybiona, a niektóre stwierdzenia są wewnętrznie sprzeczne. Występowanie zjawisk patologicznych nie powinno stanowić pretekstu do wprowadzania zmian struktury własnościowej podmiotów rynkowych. W odniesieniu do aptek ogólnodostępnych dotychczasowe przepisy zagwarantowały odpowiedni nadzór farmaceuty nad procesem świadczenia usług farmaceutycznych poprzez konieczność ustanowienia przez organ prowadzący aptekę farmaceuty odpowiedzialnego za jej prowadzenie – kierownika apteki, do którego zadań należy m.in. organizacja pracy w aptece.

Analiza systemu prawa gospodarczego pokazuje, że są mechanizmy prawne pozwalające harmonijnie pogodzić cele i zasady działania placówki ochrony zdrowia z celami i zasadami działania przedsiębiorcy aptecznego.

Należy tylko je stosować i egzekwować. Konflikt pomiędzy wymiarem społecznym a ekonomicznym jest wpisany w genotyp świadczenia usług farmaceutycznych apteki, albowiem ma ona hybrydowy charakter, wynikający z unikalnego połączenia elementu społecznego i komercyjnego. Charakter placówki nie ulegnie zmianie w wyniku zmiany właściciela, lecz stanowi wypadkową tego, co wolno robić, tego jak należy to robić, i efektywnego systemu nadzoru oraz egzekucji w przypadku łamania zasad i norm prawno-etycznych. Cały czas w aptece usługi są świadczone przez farmaceutę i technika farmaceutycznego, więc to od ich wiedzy i umiejętności uzależniona jest jakość i legalność udzielanych usług. Praktyka pokazuje, że system kształcenia farmaceutów nie jest dostosowany do realiów panujących na aptecznym rynku farmaceutycznym. Farmaceuci są kształceni, jakby mieli pracować w laboratoriach, a nie prowadzić działalność apteczną. Brakuje prowadzonych przez profesjonalistów przedmiotów z zakresu zarządzania przedsiębiorstwem czy prawa farmaceutycznego. Na wielu uniwersytetach medycznych przedmioty te są prowadzone przez wykładowców-farmaceutów bez kierunkowego wykształcenia i przygotowania w tym zakresie. Zatem proces optymalizacji aktywności aptek należałoby rozpocząć od zmiany *stricte* „chemicznego" profilu kształcenia farmaceutów w kierunku kształcenia profesjonalnych menedżerów farmacji. Można to uczynić, kładąc większy nacisk na jakość kształcenia, np. poprzez wprowadzenie do programów studiów uczelni medycznych przedmiotów z dziedziny prawa i nauk o zarządzaniu, co pozwoliłoby wykształcić farmaceutów, którzy będą w stanie świadczyć usługi farmaceutyczne w zgodzie z normami prawnymi oraz zasadami etyki i deontologii zawodu farmaceuty.

Racjonalizacja systemu świadczenia usług farmaceutycznych wymaga również dużej efektywności pracy organów nadzoru farmaceutycznego, które sprawują m.in. kontrolę nad właściwą realizacją funkcji społecznej apteki. Występowanie zjawisk patologicznych świadczy o tym, że Inspekcja Farmaceutyczna nie spełnia swoich statutowych zadań albo realizuje je nieudolnie. Patologie w systemie obrotu produktami leczniczymi i świadczenia usług farmaceutycznych nie są domeną wyłącznie podmiotów prowadzonych przez właścicieli „niefarmaceutów". Analiza rynkowych zachowań wskazuje, że zjawiska patologiczne występują zarówno w aptekach prowadzonych przez podmioty niebędące farmaceutami, jak i w aptekach prowadzonych przez farmaceutów. Projektodawca, uzasadniając konieczność wprowadzenia przedmiotowych zmian, nie wymienił patologii charakterystycznych dla przedstawicieli zawodu aptekarskiego, jak choćby zjawisko tzw. firmowania

polegające na fikcyjnym zatrudnianiu („na papierze") kierowników aptek i farmaceutów (często osobami „firmującymi" są pracownicy wydziałów farmaceutycznych uczelni medycznych). Takie apteki opierają świadczenie usług farmaceutycznych na pracy technika farmaceutycznego, którego zakres zadań jest mocno ograniczony i nie obejmuje np. sprawowania opieki farmaceutycznej, przypisanej w systemie prawa farmaceutycznego do farmaceuty.

Powszechność występowania zjawisk patologicznych na aptecznym rynku farmaceutycznym wynika nie ze struktury własnościowej apteki, lecz z postaw i zachowań konkretnych podmiotów, braku precyzji prawa farmaceutycznego i efektywnego systemu kontroli oraz nieefektywnej pracy organów nadzoru farmaceutycznego. Ograniczenie udzielania zezwoleń na prowadzenie apteki w żaden sposób nie wpłynie na zmniejszenie częstotliwości występowania zjawisk patologicznych. Podkreślić przy tym należy, że to środowisko farmaceutów sprawuje realną kontrolę nad aptekami bez względu na strukturę własnościową poprzez specjalnie wyodrębnioną instytucję nadzoru farmaceutycznego –Inspekcję Farmaceutyczną, kierowaną przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego, która prowadzi działalność, wykorzystując wojewódzkie inspektoraty farmaceutyczne. Od jakości pracy inspektorów, którymi są farmaceuci, zależy jakość świadczenia usług farmaceutycznych w aptekach. Zatem występowanie zjawisk patologicznych należy łączyć z nieefektywną pracą farmaceutów-inspektorów.

Dokonując oceny przedmiotowych zmian w systemie zezwoleń, zauważyć należy, że sama idea „apteka dla aptekarza lub spółki aptekarzy", choć pozornie może wydawać się słuszna, a jej wprowadzenie uzasadnione, to jej implementacja na obecnym etapie rozwoju aptecznego rynku farmaceutycznego jest mocno spóźniona i nie osiągnie zakładanych celów – nie usprawni systemu świadczenia usług farmaceutycznych i w nieznacznym stopniu zmieni układ sił podmiotów świadczących usługi farmaceutyczne. Już analiza struktury podmiotowej aptecznego rynku farmaceutycznego pokazuje, że proponowane zmiany w tym zakresie nie przyczynią się do poprawy warunków działania aptek indywidualnych, albowiem najatrakcyjniejsze lokacje są wykorzystane przez podmioty już funkcjonujące na rynku.

Powołując się na ograniczenia struktury własnościowej w wybranych państwach Unii Europejskiej, ustawodawca stworzył chaos i spotęgował występowanie zjawiska niepewności na rynku usług farmaceutycznych, implementując rozwiązanie hybrydowe, które nigdzie nie występuje. Od dnia 25 czerwca 2017 r. można mówić o dualizmie strukturalnym, który sankcjonuje

równorzędne funkcjonowanie dwóch systemów własnościowych: apteki prowadzone przez farmaceutów oraz apteki prowadzone przez podmioty niebędące farmaceutami. Implementacja zasady „apteka dla aptekarza lub spółki aptekarzy" przy obecnej strukturze podmiotowej rynku wydaje się więc nieuzasadniona i nikomu niepotrzebna. Z tego powodu nie spełni pokładanych w niej nadziei w postaci stabilizacji rynku oraz ograniczenia występowania zjawisk patologicznych. Na przedmiotowych zmianach nie skorzystają pacjenci, ponieważ zmiana struktury własnościowej nie przyczyni się do zwiększenia dostępności leków, a sztuczne ograniczenie konkurencji może skutkować wzrostem poziomu cen leków. Beneficjentami wprowadzonych zmian są przede wszystkim aptekarze, zwłaszcza ci, którzy posiadają własny lokal apteki.

Hermetyzacja przedsiębiorczości aptekarskiej zarówno w sferze własnościowej, jak i w obszarze kontroli nie sprzyja walce z występowaniem zjawisk patologicznych. System nadzoru farmaceutycznego jest następujący: inspektor-farmaceuta kontroluje aptekę, której właścicielem jest również farmaceuta i usługi są świadczone także przez farmaceutę. Sytuacja ta nie sprzyja transparentności i efektywności procesów kontrolnych. Powszechność występowania zjawisk patologicznych, na które powołuje się ustawodawca, uzasadniając istotę proponowanych zmian, nie koreluje z liczbą decyzji administracyjnych i wyroków sądowych, będących wynikiem kontroli prowadzonych przez organy nadzoru farmaceutycznego, czyli inspektorów-farmaceutów[828]. Wymiernym wskaźnikiem pokazującym efektywność działań kontrolnych organów nadzoru farmaceutycznego jest liczba kontroli przeprowadzanych poza godzinami pracy urzędu, co stanowi istotny miernik przy ocenie czynności kontrolnych w zakresie obecności fachowego personelu apteki (rysunek 68).

Wprowadzone zmiany nie zatrzymają również ekspansji sieci aptecznych, ponieważ projektodawca zmian w obawie przed sprzeciwem Unii Europejskiej z projektu ustawy usunął zapis o zakazie sprzedaży spółek kapitałowych, co oznacza, że spółka kapitałowa prowadząca apteki nadal może zostać kupiona przez inną spółkę kapitałową. Natomiast ograniczenia sprzedaży będą dotyczyły aptek prowadzonych w formie jednoosobowej działalności gospodarczej i spółek cywilnych – czyli w większości aptek indywidualnych.

[828] K. Żak, *Profesjonalny doradca…*, dz. cyt., s. 121.



Rysunek 68. Liczba kontroli WIF poza godzinami pracy urzędów w 2017 r.

Źródło: mgr.farm, *Sprawdziliśmy, gdzie WIF kontroluje apteki poza godzinami urzędowania. Te dane niepokoją*..., 2018. Pobrano z: https://mgr.farm/ (dostęp: 1.09.2022).

Dokonując oceny zasadności wprowadzenia ograniczeń w procedurze udzielania zezwoleń na prowadzenie apteki ogólnodostępnej, zauważyć należy, że przedmiotowe zmiany mają strategiczny charakter dla funkcjonowania aptecznego rynku farmaceutycznego, a służą bardzo wąskiej grupie farmaceutów – właścicielom aptek. Zmiany ograniczają konkurencję i prawa pacjenta poprzez odgórne narzucenie, w której aptece pacjent ma zrealizować receptę, co jest nie do przyjęcia w realiach gospodarki wolnorynkowej, opartej na wolności działalności gospodarczej, własności prywatnej oraz solidarności, dialogu i współpracy partnerów społecznych[829]. Podkreślić przy tym należy, że postulowana zasada została już w 1992 r. uznana przez Trybunał Konstytucyjny za niezgodną z Konstytucją z uwagi na sprzeczność z zasadą swobody działalności gospodarczej i naruszenie zakazu nadmiernej ingerencji państwa w prawa i wolności obywatelskie[830].

[829] K. Żak, *Kto może być właścicielem apteki? Ograniczenia w udzielaniu zezwoleń na prowadzenie apteki ogólnodostępnej*, materiał w trakcie procesu recenzowania i publikacji pokonferencyjnej w ramach konferencji naukowej „Nauki o zarządzaniu i jakości wobec współczesnych wyzwań nauki i biznesu w turbulentnym otoczeniu", realizowanej 19–21 października 2022 r. na Wydziale Zarządzania Politechniki Rzeszowskiej, s. 9.

[830] Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 sierpnia 1992 r., K 4/92, OTK 1992, Nr 2, poz. 22.

W celu optymalizacji systemu opieki zdrowotnej poprzez racjonalizację procesu świadczenia usług farmaceutycznych oraz polepszanie warunków pracy farmaceutów należy dokonać odejścia od zasady „apteka dla aptekarza" w kierunku zasady „apteka dla pacjenta". Wymaga to podjęcia następujących wielopoziomowych i wieloaspektowych działań[831]:

- deregulacja i harmonizacja systemu prawa gospodarczego z systemem prawa farmaceutycznego poprzez systemowe ujęcie procesu świadczenia usług farmaceutycznych w formie jednego aktu normatywnego, obejmującego wszystkie aspekty prowadzenia działalności na aptecznym rynku farmaceutycznym (tzw. kodeksu farmaceutycznego) – pozwoli to zwiększyć świadomość prawną uczestników rynku i ograniczy chaos prawny wynikający z niewłaściwej interpretacji przepisów prawa oraz wskaże farmaceutom kierunki właściwego (etycznego) postępowania;
- opracowanie definicji legalnych w odniesieniu do kluczowych pojęć (np. „reklama apteki", „reklama działalności apteki") oraz precyzyjnego wskazania dozwolonych i zabronionych rodzajów aktywności – pozwoli to zminimalizować występowanie zjawiska niepewności w stosowaniu prawa i zminimalizować ryzyko jego niewłaściwej nadinterpretacji oraz ułatwi projektowanie i implementację aktywności w zgodzie z normami prawa i zasadami etyki zawodowej;
- uszczelnienie (modyfikacja) przepisów o zakazie koncentracji oraz wymuszenie efektywnej egzekucji przedmiotowego zakazu przez organy nadzoru farmaceutycznego – pozwoli to skutecznie kontrolować poziom koncentracji rynku bez konieczności wprowadzania dodatkowych ograniczeń (np. zasady „apteka dla aptekarza lub spółki aptekarzy");
- opracowanie systemu monitorowania nadużyć oraz efektywnych mechanizmów kontroli (np. poprzez umożliwienie wyznaczania wspólnych zespołów kontrolnych organów nadzoru farmaceutycznego, inspekcji pracy i kontroli skarbowej) – umożliwi to skuteczne wykrywanie i zwalczanie patologii w systemie obrotu produktami farmaceutycznymi oraz usprawni proces świadczenia usług farmaceutycznych;
- zwiększenie efektywności działalności kontrolnej organów nadzoru farmaceutycznego poprzez rozliczanie pracy inspektorów z efektów, a nie ilości przeprowadzonych kontroli – pozwoli to wyeliminować,

[831] K. Żak, *Realizacja celów…*, dz. cyt., s. 143–146.

a przynajmniej znacznie ograniczyć występowanie zjawisk patologicznych w procesie świadczenia usług farmaceutycznych;
- opracowanie systemu efektywnych sankcji za naruszanie prawa oraz zasad etyki i deontologii zawodowej (np. w formie rozszerzenia możliwości cofnięcia zezwolenia na prowadzenie apteki lub zwrotu kwoty refundacji) – umożliwi to organom nadzoru farmaceutycznego skuteczną walkę z występowaniem zjawisk patologicznych;
- zwiększenie wymagań od kandydatów na kierowników aptek w zakresie znajomości treści Kodeksu Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej w trakcie procesu opiniowania i udzielania rękojmi należytego prowadzenia apteki – pozwoli to na upowszechnienie zasad, reguł i norm zawartych w kodeksie etyki zawodowej;
- dostosowanie systemu kształcenia farmaceutów do realiów rynku aptecznego – umożliwi to wyposażenie farmaceuty w wiedzę i umiejętności prowadzenia legalnego i etycznego biznesu farmaceutycznego;
- zwiększenie nacisku na jakość kształcenia z zakresu prawa farmaceutycznego (prowadzonego przez specjalistę z zakresu prawa farmaceutycznego, a nie osobę „z przypadku") oraz zasad etyki zawodowej w oparciu o studium przypadków propagujące system dobrych praktyk – pozwoli to na wykreowanie świadomości prawnej farmaceutów i wskazanie sposobów legalnego postępowania oraz dostarczy na rynek pracy odpowiednio przygotowanych profesjonalistów.

Powyższe rekomendacje pozwolą dokonać racjonalizacji systemu świadczenia usług farmaceutycznych bez konieczności wprowadzania nieefektywnych ograniczeń sprzecznych z zasadą społecznej gospodarki rynkowej opartej na wolności działalności gospodarczej, własności prywatnej oraz solidarności, dialogu i współpracy partnerów społecznych. Nigdy bowiem ograniczenia w dostępności usług farmaceutycznych nie są i nie będą w interesie klientów aptek, albowiem tylko uczciwa konkurencja podmiotów świadczących usługi farmaceutyczne pozwala na podmiotowe podejście do klienta, jego preferencji, potrzeb i oczekiwań. Nie ma zatem potrzeby ograniczania struktury własnościowej poprzez implementację zasady „apteka dla aptekarza lub spółki aptekarzy" oraz wprowadzenia ograniczeń demograficznych i geograficznych przy wydawaniu zezwoleń na prowadzenie apteki. Przedmiotowe ograniczenia w sposób naturalny determinuje liczba farmaceutów przypadających na aptekę. Wystarczy tylko rzetelnie kontrolować liczbę farmaceutów

w aptece, a liczba aptek zostanie ustalona na naturalnym, określonym przez reguły gry rynkowej poziomie[832].

Ustawodawca wprowadzając ograniczenia demograficzne (uzależnienie wydania zezwolenia od liczby ludności na terenie gminy w przeliczeniu na jedną aptekę ogólnodostępną) i geograficzne (uzależnienie wydania zezwolenia od odległości do najbliższej funkcjonującej apteki ogólnodostępnej) w systemie udzielania zezwoleń, generuje w przyszłości następujące problemy[833]:

- utratę rodzinnego źródła utrzymania (dochodu) w przypadku śmierci właściciela, jeżeli spadkobierca nie posiada wykształcenia farmaceutycznego (po śmierci właściciela zezwolenie na prowadzenie apteki ważne jest przez okres 24 miesięcy, co nie jest okresem wystarczającym, aby spadkobierca nieposiadający stosownego wykształcenia mógł je uzupełnić);
- konieczność likwidacji działalności w przypadku utraty prawa do lokalu, albowiem apteki wynajmujące lokal na czas określony tracą pozycję negocjacyjną z organem wynajmującym i muszą albo zaakceptować jego warunki najmu, albo zlikwidować działalność (istnieje duże ryzyko, że właściciel lokalu będzie próbował znacznie podwyższyć opłaty za wynajem lokalu, co może znacznie zmniejszyć zyski apteki albo uczynić prowadzoną działalność niedochodową);
- możliwość utraty źródła utrzymania (dochodu) w przypadku np. generalnego remontu placówki, w której ulokowana jest apteka (obecne przepisy uniemożliwiają czasowe przeniesienie działalności, więc w sytuacjach szczególnych, jak np. remont placówki, w której ulokowana jest apteka, lub remont lokalnej drogi, może zajść konieczność zawieszenia działalności; spowoduje to utratę klientów, których po wznowieniu działalności można w całości już nie odzyskać);
- wzrost nieuczciwej konkurencji i nieuczciwych praktyk rynkowych wynikających ze stworzenia dużym sieciom aptecznym możliwości ograniczania lokalnej konkurencji poprzez wykupywanie praw do lokali konkurentów lub podbijanie cen na licytacjach (może to w praktyce spowodować upadek licznych małych tzw. aptek niezależnych, które nie utrzymają progu rentowności przy wzroście opłat za wynajem lokalu);

[832] K. Żak, T. Barałkiewicz, *„Apteka dla aptekarza”…*, dz. cyt., s. 23.
[833] K. Żak, *Kto może…*, dz. cyt., s. 15–16.

– szybszą koncentrację rynku poprzez znaczny rozrost sieci aptecznych, albowiem choć obecne przepisy zakazują otwierania nowych aptek, to nie uniemożliwiają ich przejmowania w sytuacji, gdy apteka jest prowadzona w formie spółki kapitałowej (w praktyce prowadzi to do zwiększenia tempa koncentracji rynku, gdyż wykup udziałów powoduje przejmowanie nawet całych sieci aptecznych).

4.3. Profesjonalny personel w aptece – determinanty jakości rekrutacji i selekcji

Specyfika procesu świadczenia usług farmaceutycznych wymaga ich udzielania przez wysoce wykwalifikowanego specjalistę, jakim jest farmaceuta. Mimo że w aptece ogólnodostępnej zatrudniani są jeszcze technicy farmaceutyczni, to nie są oni w stanie zastąpić farmaceuty z uwagi na mocno ograniczony zakres zadań. Z tego względu apteka nie może funkcjonować bez farmaceuty i opierać się wyłącznie na pracy technika farmaceutycznego, albowiem szereg czynności fachowych jest ustawowo przypisany do farmaceuty, w tym sprawowanie opieki farmaceutycznej. Brak farmaceuty w aptece to brak możliwości świadczenia przez nią opieki farmaceutycznej, co przekłada się na niezaspokajanie przez aptekę w sposób uporczywy potrzeb ludności w zakresie wydawania produktów leczniczych, a to jest jedna z przesłanek fakultatywnych cofnięcia zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej.

4.3.1. Niedobory farmaceutów w aptekach ogólnodostępnych

Zaklasyfikowanie zawodu farmaceuty jako samodzielnego zawodu medycznego i precyzyjne wskazanie przez ustawodawcę celu jego wykonywania oraz określenie, na czym on polega, pokazuje, jak ważną rolę pełni farmaceuta w systemie ochrony zdrowia pacjenta oraz ochrony zdrowia publicznego. W wykonywaniu przedmiotowych czynności nikt nie może go zastąpić, albowiem nikt z personelu uprawnionego do pracy w aptece nie posiada tak szerokiego zakresu obowiązków. Zastrzeżenie ustawodawcy w systemie prawa farmaceutycznego, że przy wykonywaniu w aptece czynności fachowych mogą być zatrudnieni wyłącznie farmaceuci i technicy farmaceutyczni w granicach ich uprawnień zawodowych, pokazuje, jak istotna rola została przypisana do personelu fachowego apteki[834]. Cele i zakres wykonywania

[834] Por. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 90.

zawodu farmaceuty określa ustawa o zawodzie farmaceuty, wskazując, że wykonywanie zawodu farmaceuty ma na celu ochronę zdrowia pacjenta oraz ochronę zdrowia publicznego i polega na sprawowaniu opieki farmaceutycznej, udzielaniu usług farmaceutycznych oraz wykonywaniu zadań i czynności zawodowych[835]. Zakres działań technika farmaceutycznego określa art. 91 ustawy Prawo farmaceutyczne, wskazując, że[836]:

1. Technik farmaceutyczny, posiadający dwuletnią praktykę w aptece w pełnym wymiarze czasu pracy, może wykonywać w aptece czynności fachowe polegające na sporządzaniu, wytwarzaniu, wydawaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych, z wyjątkiem produktów leczniczych mających w swoim składzie:
   1) substancje bardzo silnie działające określone w Urzędowym Wykazie Produktów Leczniczych dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
   2) substancje odurzające,
   3) substancje psychotropowe grupy I-P oraz II-P

   – określone w odrębnych przepisach;
2. Technik farmaceutyczny może również wykonywać czynności pomocnicze przy sporządzaniu i przygotowywaniu preparatów leczniczych (leków do żywienia pozajelitowego i dojelitowego, leków w dawkach dziennych, w tym leków cytostatycznych, produktów radiofarmaceutycznych na potrzeby udzielania świadczeń pacjentom danego podmiotu leczniczego, płynów infuzyjnych, roztworów do hemodializy i dializy dootrzewnowej);
3. Technik farmaceutyczny jest uprawniony do zgłaszania Prezesowi Urzędu lub podmiotowi odpowiedzialnemu działania niepożądanego produktu leczniczego.

Porównując zakres działań technika farmaceutycznego z celami i zakresem wykonywania zawodu farmaceuty, można zauważyć, że zakres działań technika farmaceutycznego jest bardzo wąski i ogranicza się do wykonywania niektórych prostych czynności fachowych i czynności pomocniczych. Nie może on przykładowo udzielać informacji i porad dotyczących działania i stosowania oraz przechowywania produktów, środków, wyrobów lub wyposażenia, jak również nie stanowi personelu uprawnionego do sprawowania

[835] Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, Dz.U. z 2021 r., poz. 97, ze zm., art. 4 ust. 1.

[836] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 91.

opieki farmaceutycznej[837]. Z tego względu ustawodawca ustanowił nakaz obowiązkowej obecności farmaceuty, wskazując, że w godzinach pracy apteki w jej lokalu musi znajdować się zatrudniony w niej farmaceuta lub może obowiązki przypisane do farmaceuty w aptece wykonywać farmaceuta na innej podstawie prawnej (np. na umowie cywilnoprawnej)[838].

Dokonując analizy liczby farmaceutów w przeliczeniu na jedną aptekę i punkt apteczny, można zauważyć, że w niektórych regionach mogą pojawić się niedobory farmaceutów (tabela 51).

Tabela 51. Liczba farmaceutów przypadająca na 1 aptekę i punkt apteczny w 2020 r.

LP.	WOJEWÓDZTWA	FARMACEUCI PRACUJĄCY OGÓŁEM	APTEKI OGÓŁEM	PUNKTY APTECZNE OGÓŁEM	APTEKI I PUNKTY APTECZNE OGÓŁEM	LICZBA FARMACEUTÓW	
						NA 1 APTEKĘ	NA 1 APTEKĘ I PUNKT APTECZNY
1	Dolnośląskie	2033	949	56	1005	2,14	2,02
2	Kujawsko-pomorskie	1306	596	87	683	2,19	1,91
3	Lubelskie	1626	742	53	795	2,19	2,05
4	Lubuskie	541	298	43	341	1,82	1,59
5	Łódzkie	1877	824	79	903	2,28	2,08
6	Małopolskie	2364	1048	121	1169	2,26	2,02
7	Mazowieckie	3947	1640	134	1774	2,41	2,22
8	Opolskie	554	292	37	329	1,90	1,68
9	Podkarpackie	1215	644	121	765	1,89	1,59
10	Podlaskie	808	370	49	419	2,18	1,93
12	Pomorskie	1725	667	40	707	2,59	2,44
12	Śląskie	3218	1411	92	1503	2,28	2,14
13	Świętokrzyskie	720	390	46	436	1,85	1,65
14	Warmińsko-mazurskie	689	408	37	445	1,69	1,55
15	Wielkopolskie	2615	1251	117	1368	2,09	1,91
16	Zachodniopomorskie	1004	550	40	590	1,83	1,70
	POLSKA	**26 242**	**12 080**	**1152**	**13 232**	**2,17**	**1,98**

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i ochrona… Aneks tabelaryczny*, dz. cyt., tab. 75.

[837] K. Żak, *Farmaceuta w aptece…*, dz. cyt., s. 290.

[838] Por. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 92.

Z danych ujętych w powyższej tabeli wynika, że wartość wskaźnika liczby farmaceutów na 1 aptekę i punkt apteczny w Polsce wynosi 1,98; w siedmiu województwach wynosi powyżej 2,0 (dolnośląskie, lubelskie, łódzkie, małopolskie, mazowieckie, pomorskie, śląskie), a w dziewięciu – poniżej 2,0 (kujawsko-pomorskie, lubuskie, opolskie, podkarpackie, podlaskie, świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie, wielkopolskie, zachodniopomorskie). Zestawiając te wartości z koniecznością zapewnienia w aptece obowiązkowej obecności farmaceuty, można zauważyć, że w wielu aptekach mogą pojawiać się problemy z należytą obsadą kadrową.

Praktyka pokazuje, że apteki i punkty apteczne funkcjonują w systemie zmianowym. Przekłada się to na konieczność zapewnienia farmaceuty na każdej zmianie, do czego obliguje organ prowadzący aptekę system prawa farmaceutycznego. Apteki ogólnodostępne prowadzą działalność operacyjną najczęściej w trybie dwuzmianowym lub trójzmianowym (dotyczy aptek czynnych całodobowo). Mając powyższe na uwadze, zauważyć należy, że:

- w regionach, w których wartość wskaźnika liczby farmaceutów na 1 aptekę i punkt apteczny wynosi poniżej 2,0, na pewno w znacznej większości aptek występują niedobory farmaceutów;
- w regionach, w których wartość wskaźnika liczby farmaceutów na 1 aptekę i punkt apteczny nieznacznie przekracza 2,0, w niektórych lokacjach (zwłaszcza w mniejszych miastach i na terenach wiejskich) mogą pojawić się w dużej części aptek niedobory farmaceutów, co wynika z większej koncentracji farmaceutów na terenach dużych miast;
- w regionach, w których wartość wskaźnika liczby farmaceutów na 1 aptekę i punkt apteczny wynosi znacznie powyżej 2,0, mogą się w niektórych rejonach pojawić w aptekach niedobory farmaceutów (zwłaszcza w miejscowościach gminnych i na terenach wiejskich), co wynika z mniejszego zainteresowania farmaceutów ubieganiem się o pracę związaną z koniecznością dojeżdżania do miejsca pracy.

Dodatkowo należy uwzględnić, że w wielu aptekach, zwłaszcza zlokalizowanych w miastach wojewódzkich, zatrudnionych jest więcej niż po jednym farmaceucie na zmianie w aptece. Zauważyć również należy, że liczba farmaceutów w danym województwie odnosi się do farmaceutów ogółem, a nie tylko aptekarzy, co dodatkowo potęguje wymiar niedoborów farmaceutów w aptece.

Występowanie niedoborów farmaceutów w aptece jest charakterystyczne zwłaszcza dla obszarów oddalonych od miast wojewódzkich i dużych

miast. Dokonując analizy sytuacji kadrowej w aptece, można wyróżnić pięć podstawowych rodzajów obsad personelu fachowego w tych lokacjach[839]:

- kierownik apteki (farmaceuta) będący jednocześnie właścicielem apteki – jednoosobowa obsada w systemie jednozmianowym o zwiększonym wymiarze czasu pracy (najczęściej charakterystyczna obsada dla apteki czynnej w godz. 8.00–18.00 lub 8.00–20.00) – obsada prawidłowa z punktu widzenia prawa farmaceutycznego;
- kierownik apteki (farmaceuta) niebędący właścicielem apteki – jednoosobowa obsada w systemie jednozmianowym o ośmiogodzinnym czasie pracy (najczęściej charakterystyczna obsada dla apteki czynnej w godz. 8.00–16.00 lub 10.00–18.00) –obsada prawidłowa z punktu widzenia prawa farmaceutycznego;
- kierownik apteki (farmaceuta) i zatrudniony dodatkowy farmaceuta – dwuosobowa obsada w systemie dwuzmianowym o ośmiogodzinnym czasie pracy (najczęściej charakterystyczna obsada dla apteki czynnej w godz. 8.00–20.00 lub 6.00–22.00) – obsada prawidłowa z punktu widzenia prawa farmaceutycznego;
- kierownik apteki (farmaceuta) i technik farmaceutyczny – dwuosobowa obsada w systemie dwuzmianowym o ośmiogodzinnym czasie pracy (najczęściej charakterystyczna obsada dla apteki czynnej w godz. 8.00–20.00 lub 6.00–22.00) – obsada nieprawidłowa z punktu widzenia prawa farmaceutycznego (w praktyce kierownik apteki – farmaceuta pracuje najczęściej na zmianie porannej, a technik farmaceutyczny na zmianie popołudniowej),
- wyłącznie technicy farmaceutyczni (kierownik apteki – farmaceuta jest zatrudniony fikcyjnie, „na papierze" w oparciu o tzw. firmowanie) – obsada najczęściej dwuosobowa w systemie dwuzmianowym o ośmiogodzinnym czasie pracy (najczęściej charakterystyczna obsada dla apteki czynnej w godz. 8.00–20.00 lub 6.00–22.00) – obsada nieprawidłowa z punktu widzenia prawa farmaceutycznego.

Analiza podstawowych obsad personelu fachowego wskazuje, że z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego ludności istotna jest eliminacja tych podmiotów, których system świadczenia usług farmaceutycznych oparty jest wyłącznie na kompetencjach techników farmaceutycznych (tzw. aptek bez aptekarza). Apteki bez zapewnienia wystarczającej obsady farmaceutów nie są w stanie realizować swojej statutowej misji i podstawowej funkcji,

[839] K. Żak, *Farmaceuta w aptece…*, dz. cyt., s. 292–293.

jaką są sprawowanie opieki farmaceutycznej i świadczenie usług farmaceutycznych. Apteki bez aptekarza stanowią zagrożenie dla systemu ochrony zdrowia pacjenta i ochrony zdrowia publicznego, ponieważ poprzez techników farmaceutycznych nielegalnie świadczą usługi przypisane ustawowo do farmaceuty. Stanowi to bezdyskusyjnie naruszenie norm prawa farmaceutycznego, które można przyrównać do sytuacji funkcjonowania szpitala bez lekarzy, w oparciu o wyłączną pracę personelu pielęgniarskiego[840].

Brak farmaceuty w aptece zwiększa dodatkowo ryzyko wystąpienia nieprawidłowości w procesie świadczenia usług farmaceutycznych, np. pomyłek w zakresie wydawania leków z apteki, które mogą mieć fatalne skutki dla życia i zdrowia pacjenta. W przestrzeni publicznej można wskazać głośne przypadki medialne, gdzie technik farmaceutyczny pozostawiony bez nadzoru farmaceuty pomylił się przy wydawaniu leku, co skończyło się tragicznie dla pacjenta[841]. W praktyce aptecznej powszechnie znane są przypadki wydania innego leku (np. Tulip 10 mg zamiast Tertensif SR) lub realizowania recepty po upływie jej ważności[842].

Dokonując reasumpcji roli farmaceuty w aptece, zauważyć należy, że jest on profesjonalistą, który w żadnym przypadku nie powinien być zastępowany technikiem farmaceutycznym. Według badań M. Drozd i S. Ciećko farmaceuci częściej niż technicy farmaceutyczni udzielają „profesjonalnej obsługi i porady" (46% vs. 36%), natomiast technicy farmaceutyczni częściej niż farmaceuci kojarzeni są ze „znikomą obsługą i skąpym poradnictwem" (49% vs. 23%)[843].

4.3.2. Rekrutacja i selekcja kandydatów do pracy w aptece

Niedobory farmaceutów powodują, że organ prowadzący musi prowadzić permanentną procedurę rekrutacji i selekcji kandydatów do pracy w aptece. Rekrutacja to proces znajdywania i przyciągania dostatecznie dużej liczby kandydatów na nieobsadzone stanowisko pracy, selekcja zaś jest procesem oceny przydatności kandydatów i wyborem jednego z nich, najbardziej

[840] Tamże, s. 293.

[841] Przytoczyć można głośny przypadek z Jarocina, kiedy to technik farmaceutyczny wydał rodzinie pacjentki dziesięciokrotnie wyższą dawkę morfiny niż przepisano na recepcie. W aptece nie było farmaceuty. Po kilku dniach pacjentka zmarła. Ł. Waligórski, *Technicz-ka pomyliła dawkę morfiny. Pacjentka nie żyje…*, mgr.farm, 2019. Pobrano z: https://mgr.farm/ (dostęp: 2.09.2022).

[842] Ł. Waligórski, *Technik sam w aptece i źle wydany lek? Kolejny przypadek w Wielkopolsce…*, mgr.farm, 2019. Pobrano z: https://mgr.farm/ (dostęp: 2.09.2022).

[843] M. Drozd, S. Ciećko, *Ocena jakości…*, dz. cyt., s. 356.

odpowiedniego z punktu widzenia wymagań stanowiska pracy i oczekiwań pracodawcy[844]. Rekrutacja stanowi szczególny proces komunikowania się apteki z otoczeniem – rynkiem pracy – i ma na celu zainteresować potencjalnych kandydatów podjęciem zatrudnienia na nieobsadzonych stanowiskach. Proces rekrutacji musi być profesjonalnie przygotowany – powinien zachęcać tych kandydatów, na których zależy rekruterom (podmiotom rekrutującym), i zniechęcać tych, którzy nie spełniają podstawowych oczekiwań[845].

Profesjonalizm wymaga przeprowadzenia gruntownej analizy struktury organizacyjnej i planu zatrudnienia. Podstawowa zasada procesu rekrutacji wskazuje, że w pierwszej kolejności powinno się zbadać, czy niedobory pracowników można zminimalizować za pomocą restrukturyzacji. W przypadku niedoborów farmaceutów w aptece restrukturyzacja nie wchodzi w grę, albowiem nie ma skąd przesunąć pracownika. W takiej sytuacji musi zostać podjęta decyzja o konieczności pozyskania dodatkowych pracowników. Należy zatem określić liczbę stanowisk do obsadzenia i zakresy obowiązków na danym stanowisku. Mimo że rekrutacja dotyczy farmaceuty, czyli profesjonalisty o wystandaryzowanych kwalifikacjach, zakresy obowiązków na poszczególnych stanowiskach mogą się różnić w związku z przydziałem różnych dodatkowych zadań (np. kontrola ewidencji środków odurzających i psychotropowych, prowadzenie rekrutacji, nadzór nad ustawieniem towaru na regałach aptecznych itp.). Liczbę i kategorie poszukiwanych kandydatów można określić w formalnych planach zasobów kadrowych, będących podstawą szczegółowych planów rekrutacji. Zwykle jednak wymagania wyrażone są w formie spontanicznego zapotrzebowania na pracowników z uwagi na tworzenie nowych stanowisk, rozszerzanie działalności o nowe zadania lub obszary bądź konieczność zastąpienia pracownika[846]. Struktura procesu rekrutacji została przedstawiona na rysunku 69.

Profil kwalifikacyjny kandydata wyznacza opis stanowiska. Można jednak wykorzystać jeden z klasycznych, sprawdzonych schematów klasyfikacji wymagań wobec kandydata (tabela 52).

---

[844] H. Król, A. Ludwiczyński, *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Tworzenie kapitału ludzkiego organizacji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2014, s. 198, 208.

[845] K. Żak, *Determinanty jakości rekrutacji i selekcji – wyzwania dla efektywności procesów pozyskiwania kandydatów do pracy*, materiał w trakcie procesu recenzowania i publikacji pokonferencyjnej w ramach II konferencji naukowej „Rynek pracy wobec wyzwań przyszłości – ujęcie interdyscyplinarne", realizowanej 14 września 2022 r. w Akademii Bialskiej Nauk Stosowanych im. Jana Pawła II, s. 2.

[846] M. Armstrong, S. Taylor, *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Wolters Kluwer, Warszawa 2016, s. 281.

Tabela 52. Schematy klasyfikacji wymagań wobec kandydata

PLAN SIEDMIOPUNKTOWY A. Rodger	PIĘCIOSTOPNIOWY SYSTEM OCENY J. Munro-Fraser
1. Cechy fizyczne: zdrowie, sylwetka, wygląd, zachowanie i wymowa; 2. Osiągnięcia: wykształcenie, kwalifikacje, doświadczenie; 3. Inteligencja ogólna: podstawowe zdolności intelektualne; 4. Zdolności szczególne: zręczność mechaniczna, manualna, płynność w mowie lub działaniu na liczbach; 5. Zainteresowania: intelektualne, praktyczne, konstrukcyjne, związane z aktywnością fizyczną, społeczne, artystyczne; 6. Usposobienie: ugodowość, wpływ na innych, stabilność, zależność, samodzielność; 7. Okoliczności dodatkowe: dostępność, mobilność itp.	1. Wpływ na innych: cechy fizyczne, wygląd, wymowa i sposób bycia; 2. Nabyte kwalifikacje: wykształcenie, szkolenia zawodowe, doświadczenie zawodowe; 3. Wrodzone zdolności: naturalna szybkość pojmowania i zdolność uczenia się; 4. Motywacja: rodzaje celów wyznaczanych przez jednostkę, konsekwencja i determinacja w ich realizacji oraz powodzenie w ich osiąganiu; 5. Dostosowanie: stabilność emocjonalna, wytrzymałość na stres oraz umiejętność pracy z ludźmi

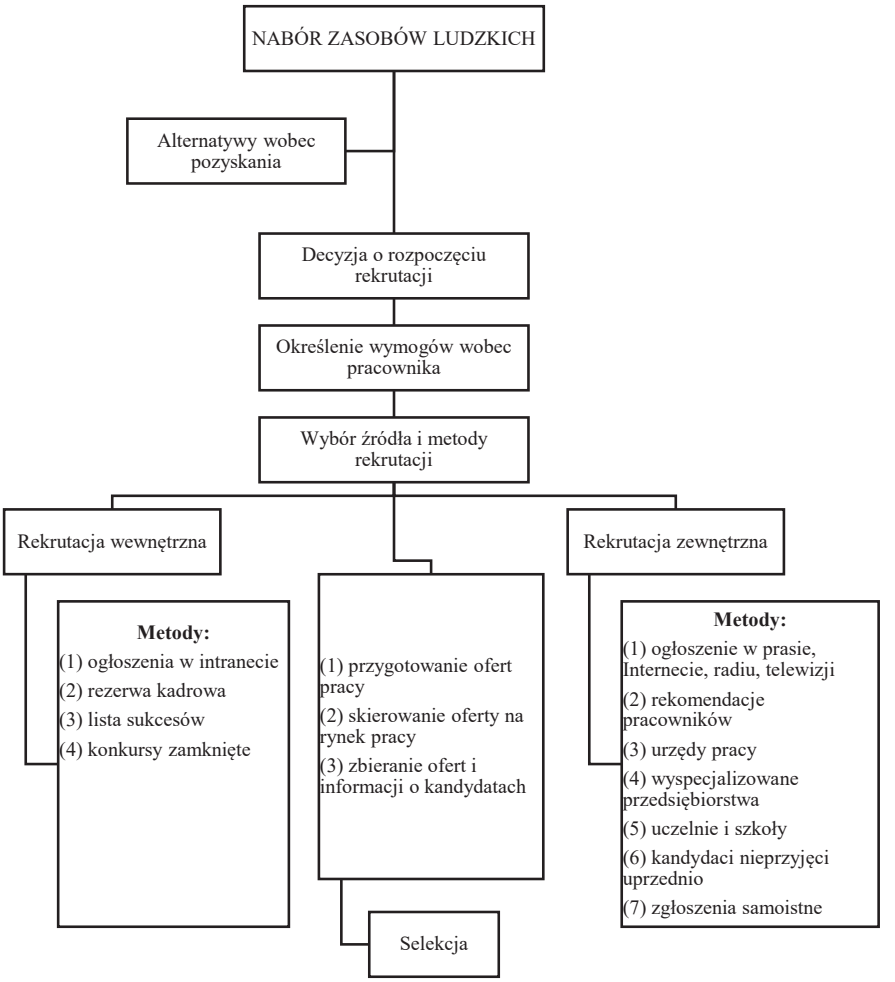
Źródło: A. Rodger, *The Seven-point Plan*, National Institute of Industrial Psychology, London 1952; J. Munro-Fraser, *A Handbook of Employment Interviewing*, Macdonald and Evans, London 1954. Cyt. za: M. Armstrong, *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Wolters Kluwer business, Warszawa 2011, s. 451.

Opis stanowiska i profilu kwalifikacyjnego daje możliwość osobie odpowiedzialnej za przygotowanie procesu rekrutacji przygotowania odpowiedniej oferty pracy i opracowania ogłoszenia rekrutacyjnego[847]. Przyciągnięcie odpowiedniej liczby kandydatów wymaga oceny dokumentów aplikacyjnych i przeprowadzenia selekcji.

Selekcja kandydatów ma za zadanie dokonanie oceny ich przydatności do pełnienia danej funkcji na konkretnym stanowisku i jest ściśle powiązana z określeniem stopnia, „w jakim cechy, kompetencje, doświadczenia, kwalifikacje, wykształcenie i szkolenie" spełniają oczekiwania pracodawcy, oraz z wykorzystaniem przedmiotowej oceny w celu dokonania wyboru najlepszego spośród kandydatów[848]. W sytuacji dużego zainteresowania ofertą pracy (dużej liczby kandydatów) selekcja może być prowadzona wieloetapowo, z uwzględnieniem preselekcji, na zasadzie typowania najlepszych kandydatów do dalszego badania przydatności (kolejnych etapów selekcji) lub też odrzucenia najgorszych, niespełniających podstawowych wymagań.

[847] K. Żak, *Determinanty jakości*…, dz. cyt., s. 3.
[848] M. Armstrong, *Zarządzanie zasobami...*, dz. cyt., s. 461.

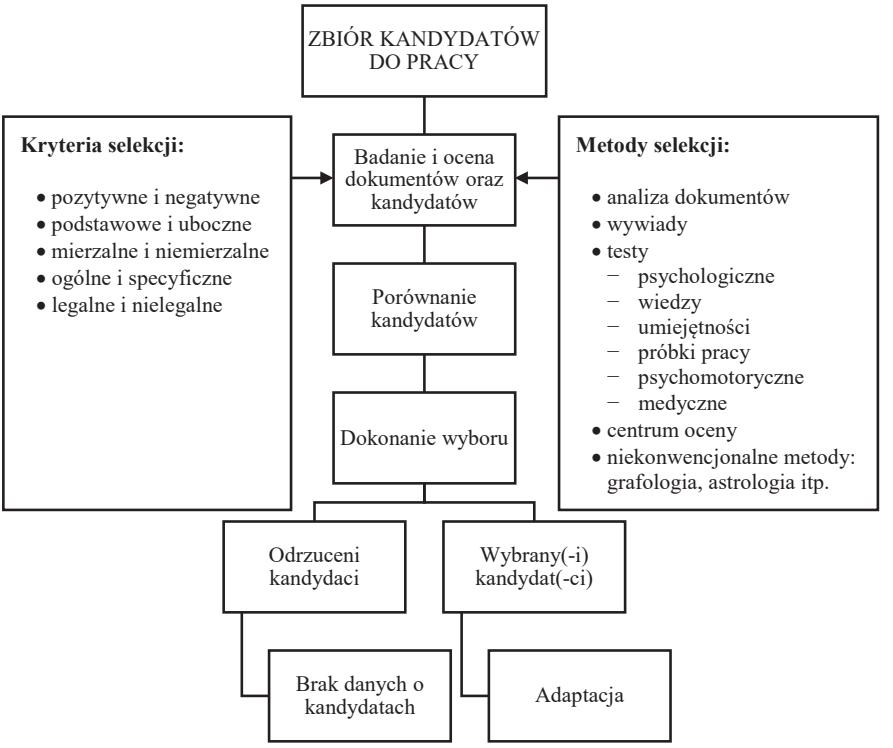
Konsekwencją preselekcji jest stworzenie krótkiej listy rankingowej kandydatów, którzy są poddawani dalszej procedurze selekcji[849]. Struktura procesu selekcji została przedstawiona na rysunku 70.



Rysunek 69. Struktura procesu rekrutacji

Źródło: H. Król, A. Ludwiczyński, *Zarządzanie zasobami*…, dz. cyt., s. 199.

[849] H. Król, A. Ludwiczyński, *Zarządzanie zasobami*…, dz. cyt., s. 208.



Rysunek 70. Struktura procesu selekcji

Źródło: H. Król, A. Ludwiczyński, *Zarządzanie*…, dz. cyt., s. 209.

W procesie doboru kandydatów do pracy w aptece ogólnodostępnej można wykorzystać techniki selekcyjne oparte na najwyższych wartościach współczynnika skuteczności przewidywania (tabela 53).

Tabela 53. Prognozowana istotność (ważność) technik selekcyjnych dla wydajności pracy

TECHNIKA SELEKCJI	Ważność [*Validity* (*r*)]	Regresja wielokrotna [*Multiple R*]	Przyrost ważności	% wzrostu ważności
Testy na inteligencję [*GMA tests*]	0,51			
Testy umiejętności [*work sample tests*]	0,54	0,63	0,12	24%
Testy integralności/uczciwości [*integrity tests*]	0,41	0,65	0,14	27%
Testy sumienności [*conscientiousness tests*]	0,31	0,60	0,09	18%
Rozmowy kwalifikacyjne (ustrukturyzowane) [*employment interviews (structured)*]	0,51	0,63	0,12	24%

TECHNIKA SELEKCJI	Ważność [*Validity* (*r*)]	Regresja wielokrotna [*Multiple R*]	Przyrost ważności	% wzrostu ważności
Rozmowy kwalifikacyjne (nieustrukturyzowane) [*employment interviews (unstructured)*]	0,38	0,55	0,04	8%
Testy wiedzy [*job knowledge tests*]	0,48	0,58	0,07	14%
Procedury kwalifikacyjne [*job tryout procedure*]	0,44	0,58	0,07	14%
Wskaźniki równorzędności [*peer ratings*]	0,49	0,58	0,07	14%
Behawioralna metoda spójności [*training and experience (T&E) behavioral consistency method*]	0,45	0,58	0,07	14%
Referencje [*reference checks*]	0,26	0,57	0,06	12%
Doświadczenie [*job experience (years)*]	0,18	0,54	0,03	6%
Miary analizy danych biograficznych [*biographical data measures*]	0,35	0,52	0,01	2%
Ośrodki oceny [*assessment centers*]	0,37	0,53	0,02	4%
Metody punktowe [*training and experience (T&E) point method*]	0,11	0,52	0,01	2%
Lata edukacji (kształcenia) [*years of education*]	0,10	0,52	0,01	2%
Zainteresowania [*interests*]	0,10	0,52	0,01	2%
Grafologia [*graphology*]	0,02	0,51	0,00	0%
Wiek [*age*]	-0,01	0,51	0,00	0%

Wartości współczynnika skuteczności przewidywania zawierają się w przedziale od 0,0 – brak skuteczności do 1,0 – skuteczność doskonała; „Ważność [*Validity* (r)]" oznacza przewidywaną ważność danej techniki selekcji; „Regresja wielokrotna [*Multiple* R]" odnosi się do łącznej prognostycznej ważności testu na inteligencję [*GMA test*] oraz danej techniki selekcji

Źródło: F.L. Schmidt, J.E. Hunter, *The validity and utility of selection methods in personnel psychology: practical and theoretical implications of 85 years of research findings*, "Psychological Bulletin" 1998, 124 (2), p. 265. Cyt. za: K. Żak, *Profesjonalne zarządzanie zasobami ludzkimi w organizacjach administracji publicznej. Wyzwania i dylematy*, [w:] Piotrowska-Trybull M. (red.), *Społeczeństwo, gospodarka, siły zbrojne – relacje i wyzwania*, Akademia Obrony Narodowej, Warszawa 2015, s. 96–97.

System prognozowania ważności technik selekcyjnych dla wydajności pracy, oparty na doborze technik o najwyższej wartości współczynnika przewidywania, uwzględnia priorytetową rolę testów na inteligencję, albowiem według autorów przedmiotowej koncepcji pracownicy o wyższym ilorazie inteligencji szybciej dostosowują się do zmian warunków pracy. Najwyższe wartości współczynnika przewidywania wskazują, że dla kryterium wydajności pracy istotne jest połączenie testów na inteligencję (*GMA tests – General*

Mental Ability tests) z testami integralności/uczciwości (ang. *integrity tests*) albo z testami umiejętności (ang. *work sample tests*), lub ustrukturyzowaną rozmową kwalifikacyjną (ang. *structured employment interviews*)[850]. Zauważyć przy tym należy, że koncepcja F.L. Schmidta i J.E. Huntera nisko pozycjonuje doświadczenie (ang. *job experience*) i lata edukacji/kształcenia (ang. *years of education*). Specyfika rekrutacji w warunkach polskiej rzeczywistości pozyskiwania zasobów kadrowych pokazuje, że te techniki selekcji są błędnie traktowane przez wielu specjalistów *human resources* (HR) jako priorytetowe źródło podejmowania decyzji o kwalifikacji kandydata do dalszych etapów selekcji.

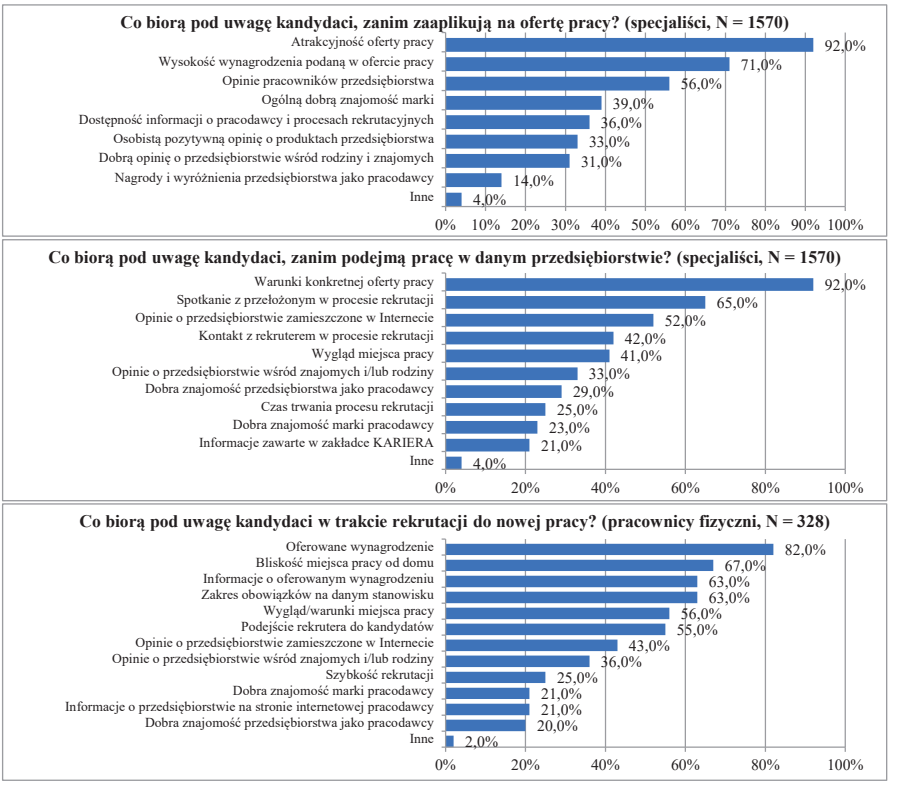
4.3.3. Wyznaczniki jakości rekrutacji i selekcji

Jakość w odniesieniu do procesów rekrutacji i selekcji jest determinowana przez wiele czynników, których precyzyjne wskazanie może być problematyczne z uwagi na mnogość celów, jakie są stawiane w procedurze pozyskiwania pracowników. Z jednej strony należy brać pod uwagę rolę kandydata i stopień jego zadowolenia, natomiast z perspektywy organizacji istotne są parametry związane z przebiegiem samego procesu rekrutacji i selekcji[851]. Zważając, że jakość w procesie rekrutacji to stopień spełnienia oczekiwań pracodawcy i kandydata, można przyjąć, że proces rekrutacji ma wysoką jakość, jeśli jego realizacja spełnia lub znacznie przekracza te oczekiwania[852]. Oczekiwania kandydatów w procesie rekrutacji nie są stałe i zależą od wielu czynników (rysunek 71).

[850] K. Żak, *Rekrutacja i selekcja kandydatów do pracy w aptece ogólnodostępnej – wyzwania i dylematy*, [w:] Mendyk E. (red.), *Wyzwania zarządzania zasobami ludzkimi* (242–251), Instytut Zarządzania Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Lublin 2016, s. 245–246.

[851] K. Żak, *Determinanty jakości*…, dz. cyt., s. 6.

[852] Por. V.A. Zeithaml, A. Parasuraman, L.L. Berry, *Delivering Quality…*, dz. cyt., s. 19; A. Jonas, *Jakość usług...*, dz. cyt., s. 142.



Rysunek 71. Oczekiwania kandydatów w procesie rekrutacji

Źródło: E-Recruiter, *Raport Candidate Experience w Polsce 2019.* Pobrano z: erecruiter.pl (dostęp: 3.09.2022).

Analizując oczekiwania kandydatów odnośnie do warunków pracy, należy je skorelować z wymogami, jakie stawia sobie w tym procesie pracodawca. Oczekiwania z punktu widzenia pracodawcy uwzględniają zgodność z określonymi i wypracowanymi na przestrzeni lat funkcjonowania standardami. Standardy jakości w procesie rekrutacji i selekcji obejmują przestrzeganie opracowanych norm jakości, ujętych w formie standardowych procedur operacyjnych. Przedmiotowe normy powinny umożliwiać szybką ocenę kandydata i dokonanie wyboru najlepszego spośród nich. Z tego względu z punktu widzenia organizacji w strategii personalnej należy uwzględniać następujące determinanty jakości systemu rekrutacji i selekcji[853]:

– marka pracodawcy, której wysoka jakość jest uzależniona od wielu elementów, jak np.:

[853] K. Żak, *Determinanty jakości*…, dz. cyt., s. 7–9.

    - duży prestiż pracodawcy,
    - koncyliacyjny styl zarządzania menedżerów,
    - miła atmosfera pracy,
    - efektywny system wynagradzania,
    - motywujący system benefitów,
    - kultura organizacyjna nastawiona na rozwój kompetencji pracownika,
    - podmiotowe i partnerskie postrzeganie pracowników i traktowanie ich jako kluczowy podmiot budowy przewagi konkurencyjnej, a nie przedmiotowo – wyłącznie jako pozycję kosztową w rachunku zysków i strat,
    - przestrzeganie ustalonych zasad współżycia pracowniczego;
- odpowiedni opis, charakterystyka i parametryzacja stanowiska pracy uwzględniająca:
    - kompetencyjny zakres obowiązków,
    - klarowny system raportowania,
    - hierarchiczne umiejscowienie w ramach danej komórki organizacyjnej,
    - powiązanie poziomu wynagrodzenia i systemu benefitów z miejscem w hierarchii organizacji, odpowiedzialnością i natężeniem pracy;
- dobór odpowiednich źródeł pozyskiwania pracowników, np.:
    - rekrutacja wewnętrzna (ogłoszenia w intranecie, rezerwa kadrowa, konkursy zamknięte),
    - rekrutacja zewnętrzna (ogłoszenia w prasie, radiu, telewizji osiedlowej; ogłoszenia w serwisach internetowych okręgowych izb aptekarskich i portalach o tematyce farmaceutycznej, rekomendacje pracowników; rekrutacja poprzez urzędy pracy, wyspecjalizowane przedsiębiorstwa, uczelnie i szkoły; powrót do listy kandydatów nieprzyjętych w poprzednim procesie rekrutacji; zgłoszenia samoistne);
- odpowiednie przedstawienie oferty pracy (ogłoszenia) zawierające m.in.:
    - zakres obowiązków,
    - wymagania pracodawcy,
    - ofertę pracodawcy (warunki zatrudnienia, wynagrodzenie, benefity);

– dobór odpowiednich metod procesu rekrutacji i selekcji oraz wieloetapowość procesu ze szczególnym uwzględnieniem:
  • sformalizowanych i jednolitych dla wszystkich kandydatów zasad rekrutacji i selekcji,
  • ograniczonej liczby etapów – maksymalnie trzy etapy procesu rekrutacji i selekcji,
  • efektywnego wykorzystania czasu – sprawne przeprowadzenie procesu w okresie maksymalnie jednego miesiąca (termin instrukcyjny, który w szczególnie uzasadnionych sytuacjach może zostać przedłużony, jednak nie powinien przekraczać 3 miesięcy);
– dobór odpowiednich technik selekcyjnych ze szczególnym uwzględnieniem prognozowanej istotności (ważności) technik selekcyjnych dla wydajności pracy, w oparciu o testy na inteligencję w połączeniu z testami uczciwości, umiejętności i ustrukturyzowaną rozmową kwalifikacyjną;
– profesjonalnie dostosowane pytania testowe do specyfiki stanowiska pracy;
– specyfikacja rekrutacyjna dostosowana do konkretnego stanowiska pracy;
– przeprowadzenie procesów rekrutacji i selekcji przez odpowiednio dobrane zespoły (komisje) rekrutacyjne, oparte na przygotowanych i kompetentnych rekruterach ze szczególnym uwzględnieniem:
  • składu zespołu, w którym powinni się znaleźć wykształceni kierunkowo specjalista ds. zarządzania zespołami ludzkimi i psycholog oraz bezpośredni przełożony przyszłego pracownika,
  • atmosfery rekrutacji i selekcji opartej na przyjaznym nastawieniu, spokojnej rozmowie, swobodzie wypowiedzi kandydata i unikaniu tematów światopoglądowych i pytań zbyt osobistych;
– wymóg efektywnej pracy zespołu (komisji) rekrutacyjnej – stworzenie listy rankingowej kandydatów w oparciu o system oceny punktowej;
– konkretyzacja pracy zespołu (komisji) rekrutacyjnej – finalny etap procedury rekrutacji i selekcji kończący się podpisaniem umowy z wybranym kandydatem.

4.3.4. Charakterystyka wybranych technik selekcyjnych

Odpowiedni dobór technik selekcyjnych znacznie zwiększa prawdopodobieństwo wyboru kandydata o odpowiednim poziomie wiedzy i umiejętności, najlepiej dostosowanego do specyfiki stanowiska pracy. Testy selekcyjne

służą dostarczeniu przekonujących i wiarygodnych dowodów potwierdzających wymagany na konkretnym stanowisku poziom kompetencji, zdolności, osiągnięć i cech osobowościowych kandydata. Testy psychologiczne (psychometryczne) służą do pomiaru inteligencji lub oceny cech osobowości poprzez wykorzystanie systematycznych i ujednoliconych procedur pomiaru różnic między cechami kandydatów, aby umożliwić osobom dokonującym wyboru lepsze zrozumienie kandydata i jego ocenę pod kątem skuteczności w pracy[854]. Natomiast odpowiednio przygotowane rozmowy kwalifikacyjne pozwalają zweryfikować prognozy skuteczności kandydata i umożliwiają podjęcie decyzji rekrutacyjnej.

4.3.4.1. Testy na inteligencję

Testy na inteligencję (ang. *GMA tests – General Mental Ability tests*), choć są bardzo dobrym miernikiem, to nie są często wykorzystywane w procesie rekrutacji i selekcji na aptecznym rynku farmaceutycznym. Wymagają bowiem większego zakresu działań organizacyjnych oraz specjalnego sprzętu i oprogramowania służącego do testowania kandydatów. Rekrutacja wykorzystująca testy na inteligencję jest również czasochłonna i kosztochłonna, albowiem wymaga zatrudnienia specjalisty w zakresie testowania i stosowania technik selekcyjnych albo powierzenia tych usług wyspecjalizowanym podmiotom. Niemniej jednak te niedogodności są rekompensowane wysoką skutecznością testów na inteligencję w prognozowaniu przydatności kandydata pod kątem wydajności pracy.

Testy na inteligencję służą do pomiaru umiejętności psychicznych, umożliwiających sprawdzenie kwalifikacji kandydata na podstawie wykonywania przez niego różnych zadań intelektualnych, wykorzystujących zdolności do abstrakcyjnego myślenia i rozumowania[855]. Mogą zawierać pytania, problemy i zadania, które kandydat musi wykonać w określonym czasie, a ich wynik przedstawiony w formie punktowej można łatwo porównać z osiągnięciami innych kandydatów[856]. Metaanaliza przeprowadzona przez F.L. Schmidta i J.E. Huntera w 1998 r. potwierdziła wysoką skuteczność przewidywania testów na inteligencję (0,51). Ich dodatkową zaletą jest możliwość indywidualnego lub grupowego przeprowadzenia z wykorzystaniem papierowych ankiet, kwestionariuszy wypełnianych przez Internet oraz za pomocą specjalnego programu komputerowego. W połączeniu z testami

[854] M. Armstrong, S. Taylor, *Zarządzanie zasobami*…, dz. cyt., s. 296.
[855] M. Armstrong, *Zarządzanie zasobami...*, dz. cyt., s. 493.
[856] K. Żak, *Rekrutacja i selekcja*…, dz. cyt., s. 247.

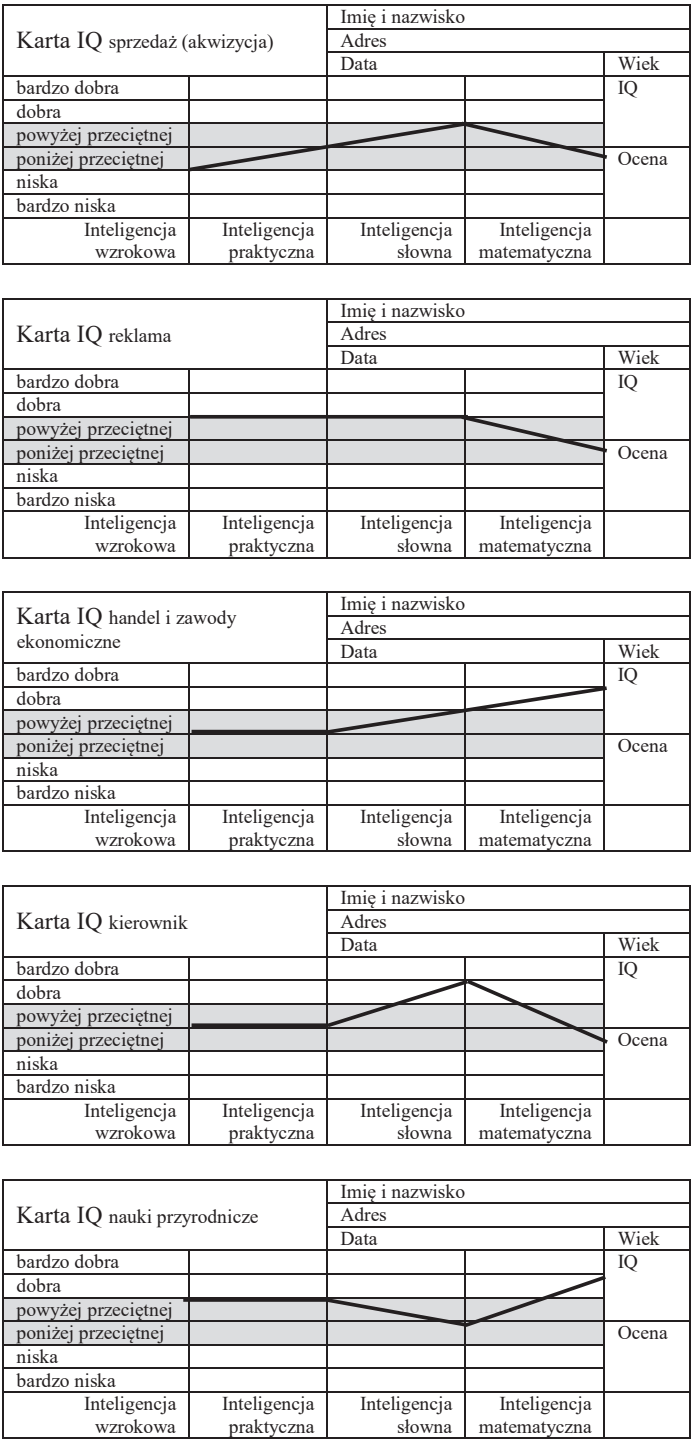
integralności (uczciwości) uzyskały najwyższą skuteczność przewidywania spośród wszystkich rozpatrywanych metod selekcji (0,65), a w tandemie z ustrukturyzowaną rozmową kwalifikacyjną osiągnęły wartość współczynnika na poziomie 0,63[857].

W procedurze rekrutacji wykorzystuje się najczęściej test matryc Ravena, a wynik testu zostaje przedstawiony w formie punktowej, którą można porównać z punktacją całości populacji bądź populacji całej lub części przedsiębiorstwa, w którym wykonywano test. Może niekiedy również być zapisany jako iloraz inteligencji (IQ), czyli stosunek wieku psychicznego jednostki do jej rzeczywistego wieku[858]. Testy na inteligencję wykorzystywane w procedurze selekcji obejmują zestaw dziesięciu podtestów związanych z czterema typami inteligencji[859]:

1. Inteligencja wzrokowa:
   - test figur,
   - test symboli,
   - test kości;
2. Inteligencja praktyczna:
   - test ułożenia kwadratów,
   - test figur geometrycznych,
   - test uzupełnień;
3. Inteligencja słowna:
   - test słów,
   - test przyporządkowań,
   - test zdań;
4. Inteligencja matematyczna:
   - test rachunkowy.

Wyniki ze wszystkich czterech grup testowych po odpowiedniej analizie i przetworzeniu można przedstawić na specjalnej karcie IQ, pozwalającej wyznaczyć profil inteligencji kandydata, i następnie można porównać z tzw. wykresami wzorcowymi dla danych grup zawodowych (rysunek 72).

[857] Por. F.L. Schmidt, J.E. Hunter, *The validity*…, dz. cyt., s. 245.
[858] M. Armstrong, S. Taylor, *Zarządzanie*…, dz. cyt., s. 296.
[859] P. Lauster, *Sprawdź swoją inteligencję. Zbiór testów*, Wydawnictwo W.A.B., Warszawa 1998, s. 13.



Rysunek 72. Wybrane profile inteligencji charakterystyczne dla różnych zawodów

Źródło: P. Lauster, *Sprawdź swoją…*, dz. cyt., s. 101–109.

Dokonując analizy porównawczej profilu inteligencji kandydata z wykresem wzorcowym, należy uwzględnić ograniczenia tej metody testowania. Rzadko się bowiem zdarza, by reprezentanci danej grupy zawodowej mieli identyczne wartości punktowe i charakteryzowali się dokładnie takim profilem inteligencji, jak w karcie wzorcowej. Należy wziąć pod uwagę, że wzorcowe profile inteligencji przedstawiają jedynie optymalne zdolności wymagane w poszczególnych zawodach[860]. Z tego względu nie należy polegać jedynie na porównywaniu profili inteligencji, albowiem sukces zawodowy jest determinowany wieloma innymi psychicznymi i fizycznymi cechami osobowości, jak np. zdolności kierownicze, motywacja, pracowitość, odporność na stres i równowaga psychiczna, witalność, pewność siebie, umiejętność nawiązywania kontaktów, inicjatywa, umiejętność prowadzenia rozmów, lojalność i rzetelność, wytrwałość i upór, zdolności adaptacyjne oraz optymizm[861]. Dodatkowo zaburzenia zdrowotne i zmęczenie kandydata mogą obniżyć wyniki testów na inteligencję nawet o kilkanaście punktów procentowych.

4.3.4.2. Testy integralności (uczciwości)

Testy integralności/uczciwości (ang. *integrity tests*) w procedurze rekrutacji i selekcji, podobnie jak testy na inteligencję, nie są często wykorzystywane, co spowodowane jest m.in. wyższymi kosztami i dłuższą perspektywą czasową. Pomimo tych ograniczeń stanowią skuteczny instrument służący identyfikacji kandydatów, którzy wykazują skłonność do niewłaściwego, nieuczciwego i aspołecznego zachowania[862]. Konstrukcja testów integralności/uczciwości oparta jest zwykle na bezpośrednich pytaniach dotyczących wcześniejszych doświadczeń związanych z uczciwością kandydata i przestrzeganiem zasad moralno-etycznych. Celem tych pytań jest przedstawienie prognozy zachowań kandydata w odniesieniu do konkretnych, mogących się pojawić w trakcie wykonywania obowiązków na aplikowanym stanowisku sytuacji i wskazanie jego preferencji decyzyjnych w odniesieniu do mogących się pojawić w trakcie pracy problemów.

Testy integralności zalicza się do grupy testów osobowości, ponieważ odnoszą się do zachowań kandydata podczas interakcji z otoczeniem, na bazie zainscenizowanej sytuacji problemowej[863]. Przykładowe sytuacje problemowe przedstawiono w tabelach 54–56.

---

[860] Tamże, s. 100, 110.
[861] Tamże, s. 111.
[862] K. Żak, *Rekrutacja i selekcja…*, dz. cyt., s. 247.
[863] K. Żak, *Determinanty jakości*…, dz. cyt., s. 12.

Tabela 54. Przykładowe sytuacje problemowe, jakie mogą się pojawić w teście integralności (uczciwości) (1)

PYTANIE	Kategoria odpowiedzi				
	Zdecydowanie TAK	Raczej TAK	Nie wiem	Raczej NIE	Zdecydowanie NIE
Czy często Pan(i) mówi prawdę?					
Czy Pan(i) myśli, że jest osobą zbyt uczciwą, aby wziąć coś, co nie należy do Pana(-i)?					
Czy czuje się Pan(i) winny(-a), gdy robi coś, czego nie powinien(-na) robić?					
Czy Pan(i) myśli, że kradzież to branie małych przedmiotów z pracy do domu?					
Czy Pan(i) uważa, że branie papieru lub długopisów z miejsca pracy bez zezwolenia to kradzież?					
Czy zdarzało się Panu(-i) przyjść do pracy później lub wyjść wcześniej?					
Czy zdarzało się Panu(-i) wykonywać czynności wolniej niż zwykle?					
Czy zdarzało się Panu(-i) zrobić sobie/przedłużyć przerwę bez zezwolenia?					
Czy zdarzało się Panu(-i) wydać lek refundowany bez otrzymania recepty od pacjenta?					
Czy zdarzało się Panu(-i) wydać lek nierefundowany bez otrzymania recepty od pacjenta?					
Czy zdarzało się Panu(-i) pomylić przy wydawaniu leku pacjentowi?					
Czy zdarzało się Panu(-i) przyjąć wyższą kwotę należności za wydany lek?					
Czy zdarzało się Panu(-i) przyjąć niższą kwotę należności za wydany lek?					
Czy zdarzało się Panu(-i), że nie zgadzała się kwota utargu na koniec Pana(-i) zmiany?					
Czy zdarzało się Panu(-i), że nie sprawdził(a) Pan(i) ilości/jakości towaru przyjętego do apteki?					

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: K. Żak, *Determinanty jakości*…, dz. cyt., s. 12.

Tabela 55. Przykładowe sytuacje problemowe, jakie mogą się pojawić w teście integralności (uczciwości) (2)

PYTANIE	Kategoria odpowiedzi				
	Prawie codziennie	Raz w tygodniu	Raz w miesiącu	Kilka razy w roku	Nigdy
Jak często zdarzało się Panu(-i) przyjść do pracy później lub wyjść wcześniej?					
Jak często zdarzało się Panu(-i) wykonywać czynności wolniej niż zwykle?					
Jak często zdarzało się Panu(-i) zrobić sobie/przedłużyć przerwę bez zezwolenia?					
Jak często zdarzało się Panu(-i) wydać lek refundowany bez otrzymania recepty od pacjenta?					
Jak często zdarzało się Panu(-i) wydać lek nierefundowany bez otrzymania recepty od pacjenta?					
Jak często zdarzało się Panu(-i) pomylić przy wydawaniu leku pacjentowi?					
Jak często zdarzało się Panu(-i) przyjąć wyższą kwotę należności za wydany lek?					
Jak często zdarzało się Panu(-i) przyjąć niższą kwotę należności za wydany lek?					
Jak często zdarzało się Panu(-i), że nie zgadzała się kwota utargu na koniec Pana(--i) zmiany?					
Jak często zdarzało się Panu(-i), że nie sprawdził(a) Pan(i) ilości/jakości towaru przyjętego do apteki?					

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: K. Żak, *Determinanty jakości*…, dz. cyt., s. 13.

Tabela 56. Przykładowe sytuacje problemowe, jakie mogą się pojawić w teście integralności (uczciwości) (3)

PYTANIE	Kategoria odpowiedzi	
	Prawda	Fałsz
Czasem zdarza mi się, że nie mówię całej prawdy		
Zdarzyło mi się wziąć z pracy do domu coś, co nie należało do mnie		
Rzadko czuję się winny(-a), gdy zrobię coś, czego nie powinienem(-nam) zrobić		
Kradzież to branie małych przedmiotów z pracy do domu		
Branie papieru lub długopisów z miejsca pracy bez zezwolenia to kradzież		

PYTANIE	Kategoria odpowiedzi	
	Prawda	Fałsz
Zdarza mi się przyjść do pracy później lub wyjść wcześniej		
Zdarza mi się wykonywać czynności wolniej niż zwykle		
Zdarza mi się zrobić sobie/przedłużyć przerwę bez zezwolenia		
Zdarzyło mi się wydać lek refundowany bez otrzymania recepty od pacjenta		
Zdarzyło mi się wydać lek nierefundowany bez otrzymania recepty od pacjenta		
Zdarzyło mi się pomylić przy wydawaniu leku pacjentowi		
Zdarzyło mi się przyjąć wyższą kwotę należności za wydany lek		
Zdarzyło mi się przyjąć niższą kwotę należności za wydany lek		
Zdarzyło mi się, że nie zgadzała się kwota utargu na koniec mojej zmiany		
Zdarzyło mi się, że nie sprawdziłem(-am) ilości/jakości towaru przyjętego do apteki		

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: K. Żak, *Determinanty jakości*…, dz. cyt., s. 13.

Przedstawione w tabelach 54–56 sytuacje często prezentowane są kandydatom w formie arkusza testowego z wymieszanymi kategoriami i modyfikacjami poszczególnych sytuacji/pytań/stwierdzeń. Kandydat musi wypełnić ten test albo w formie tradycyjnej, albo w formie elektronicznej (w specjalnie przygotowanej aplikacji komputerowej). Następnie arkusz przekazywany jest do specjalisty (psychologa), który może dokonać oceny wiarygodności dokonywanych przez kandydata odpowiedzi.

Zaletą stosowania testów integralności (uczciwości) w procesie selekcji jest dość wysoka skuteczność przewidywania w metaanalizie F.L. Schmidta i J.E. Huntera (0,41, natomiast w połączeniu z testami na inteligencję – najwyższa skuteczność przewidywania spośród wszystkich rozpatrywanych metod selekcji: 0,65). Ograniczeniem tej metody selekcji jest to, że do ich wyników należy podchodzić z dużą ostrożnością, albowiem nie dają gwarancji pełnej szczerości odpowiedzi[864]. Rekrutacja i selekcja z wykorzystaniem testów integralności/uczciwości wzbudza też niezadowolenie wśród testowanych farmaceutów, albowiem wymaga dużego wysiłku intelektualnego i nadmiernie przedłuża proces rekrutacji, co w sytuacji permanentnego niedoboru farmaceutów na rynku pracy może skutkować tym, że będą oni omijać podmioty prowadzące rekrutację z wykorzystaniem tej techniki selekcji.

[864] K. Żak, *Determinanty jakości…*, dz. cyt., s. 13.

4.3.4.3. Testy umiejętności

Testy umiejętności (ang. *work sample tests*) są najczęściej stosowaną techniką w procedurze rekrutacji i selekcji kandydatów do pracy na stanowiskach wymagających specjalistycznej wiedzy i umiejętności. Są one związane z wykonywaniem zadań w celu dokonania prognozy przydatności kandydata do pracy na konkretnym stanowisku. Najczęściej mają charakter sytuacji problemowych, którym kandydat powinien sprostać, albowiem często z takimi sytuacjami będzie miał do czynienia w trakcie wykonywania obowiązków na zajmowanym stanowisku. Sytuacje problemowe ukazują istotny aspekt wykonywania zadań na stanowisku pracy i pozwalają zweryfikować rzeczywisty poziom umiejętności praktycznych kandydata[865].

Farmaceuta aplikujący na stanowisko pracy w aptece jest często sprawdzany, czy posiada praktyczne umiejętności w zakresie m.in.:

- modemowego zamawiania towaru z wykorzystaniem wskazanych funkcji w komputerowym programie aptecznym, np. analiza czasu magazynowania;
- rozwiązywania sytuacji problemowych związanych z obsługą pacjenta, np. w ramach:
  - prowadzenia konsultacji, wywiadów i porad farmaceutycznych,
  - wykonywania przeglądów lekowych wraz z oceną farmakoterapii, z uwzględnieniem problemów lekowych pacjenta,
  - wykonywania badań diagnostycznych oraz analizy problemów lekowych występujących u pacjenta i proponowania metod i badań diagnostycznych,
  - wystawiania recept w ramach kontynuacji zlecenia lekarskiego;
- wykonywania leków recepturowych i aptecznych oraz ich właściwej wyceny;
- wykonywania pomiaru ciśnienia krwi;
- używania urządzeń aptecznych, np. miksera aptecznego (unguatora).

Dodatkowo kandydat na kierownika apteki powinien zostać zweryfikowany, czy posiada umiejętności praktyczne w zakresie m.in.:

- wykonywania wskazanych przez rekrutera analiz z wykorzystaniem funkcji występujących w komputerowym programie aptecznym;
- obsługi pakietu biurowego, np. edytor tekstu, arkusz kalkulacyjny czy program do wykonywania prezentacji multimedialnych;

[865] Tamże, s. 13–14.

– tworzenia grafiku pracy z wykorzystaniem arkusza kalkulacyjnego w oparciu o wskazany przez rekrutera personel fachowy;
– stosowania prawa farmaceutycznego i prawa pracy w praktyce aptecznej.

Zaletą stosowania testów umiejętności jest wysoka wartość wskaźnika skuteczności przewidywania w metaanalizie F.L. Schmidta i J.E. Huntera (0,54, a w połączeniu z testami na inteligencję: 0,63). Należy również pamiętać, że stosowanie testów umiejętności każdorazowo powinno podlegać późniejszej weryfikacji poprzez obserwację kandydata wybranego na podstawie tej techniki selekcji.

4.3.4.4. Ustrukturyzowana rozmowa kwalifikacyjna

Indywidualna rozmowa kwalifikacyjna (ang. *structured employment interviews*) to najpowszechniejsza metoda selekcji, umożliwiająca pozyskanie informacji o kandydacie, które pozwolą przewidzieć, na ile skutecznie będzie on w stanie wykonywać obowiązki na zajmowanym stanowisku, a w konsekwencji umożliwią podjęcie decyzji rekrutacyjnej[866]. W wielu aptekach, poza analizą CV, stanowi jedyną technikę selekcji, albowiem rekruter, którym jest najczęściej właściciel apteki lub kierownik regionalny w przypadku tzw. aptek sieciowych, nie ma możliwości organizacyjnych skorzystania z innych metod selekcji. Wielu uważa, że indywidualna rozmowa kwalifikacyjna ma dostateczne walory użytkowe, ponieważ pozwala w wystarczającym stopniu zweryfikować predyspozycje kandydata i nie ma sensu stosować innych, bardziej czasochłonnych i kosztownych technik selekcyjnych.

Rozmowa kwalifikacyjna w aptece ma charakter osobistej interakcji („twarzą w twarz") rekrutera i kandydata. Stanowi ona dobrą okazję do nawiązania wzajemnego kontaktu – nici porozumienia, co ułatwia uzyskanie istotnych informacji i pozwala ocenić, na ile kandydat spełni oczekiwania stawiane przez pracodawcę. Prowadzenie rozmów kwalifikacyjnych jest swojego rodzaju sztuką komunikacji i wymaga posiadania umiejętności[867]:

– tworzenia atmosfery wzajemnego zrozumienia (przyjazne nastawienie, umiejętność uspokojenia kandydata, „nadawanie na tych samych falach", zachęcanie kandydata do udzielania szczerych odpowiedzi);

[866] M. Armstrong, S. Taylor, *Zarządzanie zasobami*…, dz. cyt., s. 294.
[867] M. Armstrong, *Zarządzanie zasobami...*, dz. cyt., s. 487–488; K. Żak, *Determinanty jakości…*, dz. cyt., s. 14.

– aktywnego słuchania (koncentracja na wypowiedziach, rozumienie, co i o czym mówi kandydat);
– utrzymywania ciągłości rozmowy (łączenie pytań z ostatnią odpowiedzią kandydata);
– zachowania kontroli (tworzenie planów rozmowy, koncentracja na szczegółach);
– robienia odpowiednich notatek.

Efektywność procedury selekcji wymaga, aby rozmowa kwalifikacyjna miała odpowiednią strukturę. Powinna się zatem opierać na zbiorze wcześniej przygotowanych pytań, odnoszących się do wymaganych od kandydata kompetencji lub dotyczących typowych sytuacji, z jakimi muszą radzić sobie osoby odgrywające daną rolę[868]. W praktyce rozmowy kwalifikacyjne są prowadzone w trybie „jeden na jeden", choć pojawiają się argumenty za tym, aby rozmowę prowadziły dwie osoby, co może pomóc uniknąć stronniczych czy powierzchownych i nieprzemyślanych decyzji. Alternatywą jest także komisja oceniająca albo panel rekrutacyjny – rozwiązanie często stosowane w sektorze publicznym[869].

Ustrukturyzowana rozmowa kwalifikacyjna ma zdefiniowane ramy (strukturę) i jej celem jest ocena informacji pozyskanych od kandydata, pozwalających zweryfikować jego kompetencje (wiedzę i umiejętności), poziom motywacji oraz zidentyfikować indywidualne cechy kandydata, umożliwiające podjęcie lub kontynuację projektów i zadań na stanowisku pracy. Przymiotnik „ustrukturyzowana" wskazuje, że rozmowa ma odpowiednią konstrukcję i nie jest prowadzona w sposób spontaniczny i nieprzemyślany. Jej strukturę tworzy zbiór wcześniej przygotowanych pytań, zadawanych w odpowiedniej kolejności, odnoszących się do określonych na danym stanowisku wymagań (specyfikacji stanowiska) lub koncentruje się na typowych sytuacjach, z jakimi powinien poradzić sobie pracownik na stanowisku pracy. Pytania formułuje się również na podstawie informacji zamieszczonych przez kandydata w CV, liście motywacyjnym lub formularzu aplikacyjnym, a następnie w trakcie rozmowy weryfikuje faktyczny stan posiadanej wiedzy, poziom zadeklarowanych umiejętności i zdolności. Nie wszystkie pytania z listy muszą być zadawane kandydatowi. Decyzje podejmuje podmiot rekrutujący, który, analizując odpowiedzi kandydata, decyduje, jakie będzie kolejne pytanie. Może się zdarzyć również, że rozmowa będzie wymagała

[868] M. Armstrong, S. Taylor, *Zarządzanie zasobami*…, dz. cyt., s. 294.
[869] Tamże, s. 295.

zadania kandydatowi dodatkowych pytań, spoza wcześniej opracowanej listy. W takiej sytuacji rekruter musi szybko dokonywać analizy sytuacji i odpowiedzi kandydata, aby unikać pytań powtarzających się.

Rozmowę rekrutacyjną można oprzeć na pytaniach behawioralnych i sytuacyjnych. W ustrukturyzowanej rozmowie behawioralnej prowadzący powinien się skoncentrować na kompetencjach behawioralnych kandydata, zadając pytania odnoszące się do doświadczenia kandydata, które powinny być sformułowane w sposób problemowy, np. nawiązując do konkretnej sytuacji w przeszłości, wymagającej niezbędnych do pracy na aplikowanym stanowisku umiejętności i predyspozycji. Przykładowy zestaw pytań behawioralnych przedstawiono w tabeli 57.

Tabela 57. Przykłady typowych pytań behawioralnych

USTRUKTURYZOWANA ROZMOWA BEHAWIORALNA
1. Czy mogłaby Pani podać przykład sytuacji, w której udało się Pani przekonać kogoś do podjęcia niestandardowego sposobu działania?
2. Czy mogłaby Pani opisać sytuację, w której zrealizowała Pani projekt lub zadanie w obliczu dużych trudności?
3. Czy mogłaby Pani opisać, w jaki sposób przyczyniła się Pani jako członek zespołu do osiągnięcia wyjątkowo dobrego wyniku?
4. Czy mogłaby Pani podać przykład sytuacji, w której kontrolowała Pani skuteczne działania?
5. Czy może Pani opowiedzieć o niedawnym osiągnięciu, z którego jest Pani szczególnie dumna?
6. Czy może Pani podać przykład sytuacji, w której skutecznie udało się Pani wprowadzić innowację w pracy?
7. Czy może mi Pani opowiedzieć o sytuacji, w której udało się Pani przekonać członków zespołu, żeby zrobili coś, czego na początku nie chcieli zrobić?
8. Czy może mi Pani opowiedzieć o trudnej sytuacji – problemie z podwładnym – z którą poradziła sobie Pani wyjątkowo dobrze?
9. Czy pracownicy proszą Pana o pomoc w rozwiązaniu problemów? Jeżeli tak, to proszę powiedzieć o ostatnio rozwiązanym problemie.
10. Proszę opowiedzieć o sytuacji, gdy dotychczasowe doświadczenia pomogły Panu rozwiązać nowy problem.
11. Proszę opowiedzieć o sytuacji, kiedy udało się Panu przekonać pracodawcę do wyrażenia zgody na jakieś działanie.
12. Czy kiedykolwiek postawiono Pana przed sytuacją, w której kazano Panu zrobić coś inaczej i nie czuł się Pan z tym komfortowo? Jeżeli tak, to w jaki sposób Pan sobie z tym poradził? Jeżeli nie, to jakie podejście Pan przyjął?
13. Czy kiedykolwiek był Pan pod presją osiągnięcia danego wyniku? Jeżeli tak, to w jaki sposób sobie Pan z tym poradził?
14. Jakie osiągnięcia dają Panu największe zadowolenie z pracy?

Źródło: M. Armstrong, S. Taylor, *Zarządzanie*…, dz. cyt., s. 713; M. Armstrong, *Zarządzanie...*, dz. cyt., s. 478.

Pytania zadane w sposób problemowy pozwalają zweryfikować umiejętności komunikacyjne kandydata poprzez analizę treści i logiki wypowiedzi, charakteru argumentacji, poprawności językowej i mowy ciała. Można również zadać pytanie sytuacyjne, prognozujące, w jaki sposób kandydat poradzi sobie z hipotetyczną sytuacją, z którą może się zetknąć w trakcie wykonywania obowiązku na aplikowanym stanowisku. Przykładowy zestaw pytań sytuacyjnych przedstawiono w tabeli 58.

Tabela 58. Przykłady typowych pytań sytuacyjnych

USTRUKTURYZOWANA ROZMOWA SYTUACYJNA
1. Co by Pani zrobiła, gdyby współpracownik nie zgadzał się z Panią podczas spotkania i wyrażał to w wyjątkowo nieuprzejmy sposób?
2. Co by Pani zrobiła, gdyby Pani przełożony polecił Pani zrobić coś, co zgodnie z Pani wiedzą jest nieetyczne?
3. Co by Pani zrobiła, gdyby członek zespołu odmówił wykonania polecenia, które w Pani przekonaniu jest właściwe?
4. Jak by Pani sobie poradziła z podwładnym, który dobrze pracuje, ale regularnie spóźnia się do pracy?
5. W jaki sposób poprawiłaby Pani pracę zespołową w grupie?
6. Co, Pani zdaniem, jest najlepszym sposobem motywowania pracowników?
7. Czy Pani zdaniem można zachęcać klienta do dodatkowego zakupu produktu? Jeśli tak, to w jakich sytuacjach zaproponowałaby Pani zakup klientowi dodatkowego preparatu w aptece?
8. Co by Pani poradziła klientowi w przypadku, gdy lek, o który on prosi, nie był obecnie dostępny w aptece? Czy „odesłałaby" Pani klienta do innej apteki?
9. Jak by się Pani zachowała w sytuacji, gdy klient prosi o wydanie leku na receptę bez okazania recepty? Czy zgodziłaby się Pani na wydanie klientowi leku pod warunkiem, że „doniesie" receptę w późniejszym czasie?
10. Jak by się Pani zachowała w sytuacji, gdy klient przychodzi do apteki z nieuzasadnioną reklamacją?

Źródło: S. Taylor, *Zarządzanie*…, dz. cyt., s. 713; M. Armstrong, *Zarządzanie...*, dz. cyt., s. 479–480; K. Żak, *Rekrutacja i selekcja*…, dz. cyt., s. 248–249.

Pytania sytuacyjne pozwalają zweryfikować wiedzę i umiejętności kandydata w zakresie rozwiązywania sytuacji problemowych i powinny mieć postać zdań podrzędnie złożonych, aby sprawdzić umiejętności analityczne kandydata i sprowokować go do udzielenia dłuższej wypowiedzi. Zbyt proste nakreślenie sytuacji może spowodować, że kandydat będzie chciał uchylić się od odpowiedzi. Przy formułowaniu pytań sytuacyjnych należy pamiętać, że nie powinny one sugerować odpowiedzi i umożliwiać jej uniknięcia.

Stosowanie indywidualnych i ustrukturyzowanych rozmów kwalifikacyjnych ma wiele zalet, jak choćby wysoka wartość wskaźnika skuteczności przewidywania w metaanalizie F.L. Schmidta i J.E. Huntera (0,51,

w połączeniu z testami na inteligencję: 0,63). Przy ich przeprowadzaniu należy pamiętać, aby unikać pytań dyskryminujących pod względem płci, rasy, wyznania, niepełnosprawności czy wieku oraz zbyt ingerujących w życie prywatne, np.[870]:

- Kto będzie opiekował się dziećmi?
- Czy planuje Pani mieć jeszcze dzieci?
- Czy interesuje Pana kwestia uprzedzeń rasowych?
- Czy przeszkadzałby Panu fakt bycia jedynym imigrantem w tym środowisku?
- Czy, według Pana, poradzi sobie Pan na tym stanowisku, biorąc pod uwagę Pana niepełnosprawność?
- Czy uważa Pan, że na tym etapie życia będzie Pan w stanie nauczyć się nowych umiejętności związanych z tym stanowiskiem?

Przeprowadzanie rozmów kwalifikacyjnych wymaga posiadania od osoby prowadzącej podstawowej wiedzy z zakresu zarządzania zasobami ludzkimi i psychologii. Rekruter musi pamiętać, że poszczególnych kandydatów należy ocenić na podstawie obiektywnych kryteriów w oparciu o mierzalne skale ocen (np. bardzo dobry, dobry, dostateczny i nieodpowiedni). Mogą to być kryteria odnoszące się do wiedzy i umiejętności kandydata, jego kompetencji, poziomu wykształcenia, kwalifikacji i szkoleń, zdobytego doświadczenia i ogólnej przydatności (tabela 59).

Tabela 59. Przykład formularza oceny rozmowy rekrutacyjnej

OBSZAR	OCENA				KOMENTARZ
	bardzo dobry	dobry	dostateczny	nieodpowiedni	
Doświadczenie					
Wiedza i umiejętności					
Kompetencje					
Wykształcenie i kwalifikacje					
Przeszkolenie					
Ogólna przydatność					

Źródło: M. Armstrong, S. Taylor, *Zarządzanie*…, dz. cyt., s. 717.

Determinanty jakości ustrukturyzowanej rozmowy kwalifikacyjnej to również doprecyzowanie, co należy robić, a czego należy unikać (tabela 60).

[870] Tamże, s. 716.

Tabela 60. Determinanty jakości ustrukturyzowanej rozmowy kwalifikacyjnej

NALEŻY ZADBAĆ O:	NALEŻY UNIKAĆ:
– plan rozmowy; – odpowiednią ilość czasu; – rozmowę ustrukturyzowaną, jeżeli to możliwe; – odpowiednią atmosferę spotkania; – swobodne i nieformalne relacje (należy zacząć od pytań otwartych); – zachęcanie kandydatów do mówienia; – realizację planu i utrzymanie ciągłości rozmowy; – analizę kariery kandydata, aby ujawnić zalety, słabe strony i wzorce zainteresowań; – pytania otwarte skłaniające kandydatów do mówienia; – jasne, jednoznaczne pytania; – pytania o przykłady skutecznego zastosowania wiedzy i umiejętności oraz efektywnego wykorzystania zdolności; – oceny dokonywane na podstawie faktycznie otrzymanych informacji na temat doświadczenia i cech kandydata pod kątem wymagań; – kontrolę nad treścią i czasem rozmowy	– rozpoczynania rozmowy bez przygotowania; – zbyt szybkiego przechodzenia do wymagających (sondujących) pytań; – zadawania wielu pytań lub pytań sugerujących odpowiedź; – zwracania zbyt dużej uwagi na jednostkowe zalety lub wady; – pozwalania kandydatom na upiększanie istotnych faktów; – mówienia zbyt wiele lub pozwalania kandydatom na odbieganie od tematu; – pozwalania, by uprzedzenia zyskały przewagę nad obiektywną oceną; – wpadania w pułapkę „efektu aureoli" (poświęcanie uwagi jednej lub dwóm dobrym cechom i zaniedbywanie elementów negatywnych) lub „efektu rogów" (skupianie się na negatywach); – zadawania pytań lub robienia uwag, które mogą sprawiać wrażenie dyskryminujących; – przeprowadzania zbyt wielu rozmów po kolei

Źródło: M. Armstrong, S. Taylor, *Zarządzanie*…, dz. cyt., s. 717–718.

Utrzymanie wysokich standardów jakości rozmów kwalifikacyjnych pozwala na dokonanie selekcji kandydatów i wybór odpowiedniego kandydata. Przeprowadzając ustrukturyzowaną rozmowę kwalifikacyjną na potrzeby podmiotu prowadzącego aptekę ogólnodostępną, należy uwzględnić specyfikę roli apteki i obowiązków farmaceuty. Partnerem osoby przeprowadzającej rozmowę rekrutacyjną jest bowiem wysoce wykwalifikowany profesjonalista. Z tego względu rekruter powinien mieć wykształcenie farmaceutyczne albo proces rekrutacji i selekcji powinien zostać oparty na interdyscyplinarnym zespole rekrutacyjnym, w skład którego wchodzi farmaceuta. Należy również pamiętać, że w procesie rekrutacji powinien być obecny bezpośredni przełożony kandydata – np. kierownik apteki, który powinien mieć prawo podjęcia ostatecznej decyzji rekrutacyjnej. Należy unikać sytuacji prowadzenia rekrutacji i selekcji bez zaangażowania bezpośredniego przełożonego przyszłego pracownika, albowiem źle „skonfigurowany" i niezgrany

personel będzie źródłem nieustających konfliktów, co obniży efektywność operacyjną apteki.

4.4. Standaryzacja obsługi a jakość usług farmaceutycznych

Jakość usług farmaceutycznych z perspektywy klienta jest kojarzona najczęściej z poziomem obsługi, jakością porady i skutecznością produktów farmaceutycznych w usuwaniu symptomów choroby. Determinowana jest przez stałe elementy obsługi klienta w trakcie jego interakcji z farmaceutą. Farmaceuta bowiem w trakcie udzielania usług farmaceutycznych wykonuje powtarzające się czynności, które po uporządkowaniu mogą wyznaczać standard jakości obsługi klienta (pacjenta). Na postrzeganą przez klienta jakość usług farmaceutycznych wpływają również bodźce estetyczne, czyli elementy wystroju apteki oraz wygląd i zachowanie farmaceuty, które w umyśle klienta tworzą wizerunek placówki ochrony zdrowia publicznego.

4.4.1. Wizerunek apteki i farmaceuty

Odpowiedni wizerunek apteki sprzyja tworzeniu pozytywnego PR-u i w umyśle klienta kształtuje obraz podmiotu świadczącego usługi farmaceutyczne. Obraz ten może wzmacniać lub osłabiać wizerunek apteki. Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną jest z oczywistych powodów zainteresowany wzmacnianiem wizerunku, dlatego opiera jego kształtowanie na pięciu filarach:

- filar 1: wygląd zewnętrzny i wnętrze apteki;
- filar 2: wygląd i zachowanie farmaceuty;
- filar 3: podejście do potrzeb klienta (pacjenta);
- filar 4: komunikacja z klientem (werbalna i niewerbalna);
- filar 5: standaryzacja procesów obsługi klienta (pacjenta).

Wszystkie te elementy, szczególnie w ramach jednej grupy aptek (funkcjonujących pod jedną nazwą), powinny podlegać unifikacji, co w przypadku niektórych podmiotów przybiera formę standardowych procedur operacyjnych oraz zarządzeń i zaleceń opartych na różnego rodzaju „podręcznikach operacyjnych".

4.4.1.1. Wygląd zewnętrzny i wnętrze apteki

Wygląd zewnętrzny apteki jest pierwszym elementem, na który zwraca uwagę klient[871]. Z tego względu istotne jest, aby oznaczenie apteki było widoczne z perspektywy drogi klienta do apteki. Apteka niewidoczna z zewnątrz nie przyciągnie uwagi klienta, co może skutkować tym, że klient poszukując konkretnego podmiotu, ją ominie i uda się do konkurencji. Należy przy tym pamiętać, że oznaczenie zewnętrzne apteki powinno być widoczne w dzień i w nocy (rysunek 73).



Rysunek 73. Wygląd zewnętrzny apteki

Źródło: Materiały własne.

Apteka kojarzy się z profesjonalizmem i czystością, a zawód farmaceuty z zaufaniem. Klienci w aptece nie tylko zwracają uwagę na produkty i ich ceny, lecz oceniają również estetykę i warunki higieniczne procesu sprzedaży (m.in. czystość w aptece i przed apteką). Dlatego przed rozpoczęciem pracy farmaceuta powinien zwrócić uwagę na estetykę na zewnątrz apteki, na którą składają się:

- czytelność i kompletność oznaczenia apteki (np. widoczność wszystkich liter w słowie „apteka”);
- widoczna dla klienta informacja o godzinach otwarcia apteki;
- porządek przed wejściem do apteki;
- czystość witryn zewnętrznych (okien i szyb);

[871] Elementy wizerunku apteki z punktu widzenia public relations zostały przedstawione w podrozdziale 3.3.3.3.

– stan wizualny „ekspozytorów” w witrynie apteki;
– łatwość otwarcia drzwi wejściowych.

Standaryzacja tych czynności wzmacnia wizerunek apteki w oczach klienta, co przekłada się na postrzeganą jakość jej usług. Orientacja na klienta wymaga odpowiedniego zaprojektowania izby ekspedycyjnej oraz mebli aptecznych. Ułatwia to klientowi poruszanie się w ofercie apteki i umożliwia dokonanie wyboru właściwego produktu we właściwym czasie o właściwej cenie we właściwej ilości i we właściwej lokalizacji. Zastosowanie mebli z odpowiednio dobranymi i oznaczonymi kategoriami (rysunek 74) podkreśla szerokość oferty (wskazuje, co znajduje się na regale (albowiem klient nie musi znać wszystkich produktów), poprawia orientację w ofercie apteki („naprowadza” i logicznie „prowadzi” klienta – kategorie sąsiadujące ze sobą zawierają często produkty uzupełniające się – komplementarne) oraz wyznacza strefy obsługi (kanalizuje ruch klientów we wskazanym kierunku)).



Rysunek 74. Oznaczenie kategorii w aptece
Źródło: Materiały własne.

Kategoryzacja produktów w aptece polega na doborze odpowiedniego asortymentu i podzielenia asortymentu na jednorodne, łatwe do zrozumienia przez klienta kategorie. Aby tego dokonać, należy najpierw przeprowadzić analizę otoczenia rynkowego apteki i określić profil apteki, który wskaże kategorie priorytetowe (np. środki przeciwbólowe, środki na przeziębienie, katar i kaszel, witaminy i minerały, dermokosmetyki). Warto odpowiednio zakomunikować kategorie klientowi poprzez przeformatowanie nazwy

kategorii na bezpośredni zwrot do klienta, wzbogacony dodatkowo o element graficzny (rysunek 75).



Rysunek 75. Przykłady kategorii

Źródło: Materiały własne; wizualizacja Agencja Reklamowa DOMIGO.

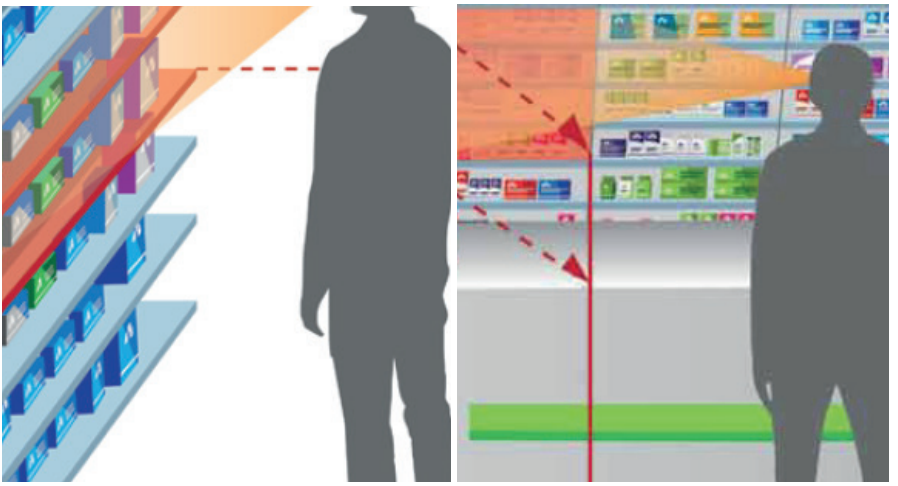
Implementacja i wizualizacja kategorii w aptece wymaga zatem dokonania wyboru i opracowania nazw kategorii, logicznego rozmieszczenia kategorii i rozłożenia wybranych produktów, co czyni prezentację oferty apteki bardziej czytelną dla klienta i znacznie ułatwia mu orientację w asortymencie apteki (rysunek 76).



Rysunek 76. Implementacja kategorii w aptece

Źródło: Materiały własne.

Istotne dla zarządzania sprzedażą jest również odpowiednie rozmieszczenie produktów zgodnie z zasadami merchandisingu, który uwzględnia zasięg wzroku klienta (rysunek 77).

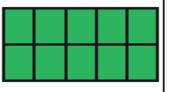
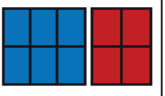
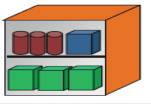


Rysunek 77. Zasięg wzroku klienta

Źródło: R. Szymczak, *Merchandising w aptece, czyli jak dostosować aptekę do oczekiwań pacjenta*, Estmi Consulting, Warszawa 2018, s. 63–64.

W aptece samoobsługowej stojąc bezpośrednio przy regale, klient widzi maksymalnie dwie półki, natomiast kiedy stoi przed okienkiem obsługowo-kasowym, jego zasięg wzroku jest dwukrotnie większy i obejmuje cztery półki. Determinuje to rodzaj i sposób ustawienia produktów, albowiem wpływa to bezpośrednio na wartość sprzedaży (tabela 61).

Tabela 61. Zasady ekspozycji towaru

KUPUJĄCY	PRODUKTY W RAMACH JEDNEJ KATEGORII	WYSOKOŚĆ EKSPOZYCJI	NAZWA STREFY	WPŁYW NA SPRZEDAŻ
		160–180 cm	STREFA WYCIĄGANIA	**SPRZEDAŻ NISKA** produkty ekskluzywne, większe opakowania
		120–160 cm	STREFA WZROKU	**SPRZEDAŻ NAJWYŻSZA** produkty mające wywołać silny impuls do zakupu
		60–120 cm	STREFA CHWYTU	**SPRZEDAŻ DOBRA** produkty sezonowe, popularne
		0–60 cm	STREFA SCHYLANIA	**SPRZEDAŻ NISKA** brak możliwości dostępu dla klientów

Źródło: DOZ S.A., *Podręcznik operacyjny DOZ S.A. Pacjent w centrum uwagi*, 2012, s. 68.

W wielu aptekach, zwłaszcza w sieciach aptecznych, oznaczenie apteki, elementy wystroju apteki (regały, nazwy kategorii, stanowisko obsługi), ekspozycja towaru (tworzenie brył – facing i multifacing) i procedura obsługi klienta są unormowane i oparte na jednolitym dla całej grupy podmiotów standardzie. Ma to na celu budowanie wizerunku profesjonalnie zarządzanej grupy aptek i utrzymanie wysokiej jakości standardów świadczenia usług farmaceutycznych. Regulacje są tak szczegółowe, że odnoszą się również do wyglądu wnętrza apteki, normując m.in.:

- czystość podłogi, co jest istotne szczególnie w okresie jesienno-zimowym;
- porządek na stanowisku pracy – czystość na i za pierwszym stołem;
- czystość witryn wewnętrznych apteki;
- odpowiednią wizualizację materiałów informacyjnych i promocyjnych;
- ekspozycję produktów na półkach zgodnie z zasadami merchandisingu.

Szczególne unormowania dotyczą wyglądu i zachowania farmaceuty w aptece, albowiem od niego zależy przestrzeganie odgórnie ustalonych przez pracodawcę standardów i postrzeganą przez klientów jakość świadczonych przez aptekę usług.

4.4.1.2. Wygląd i zachowanie farmaceuty

Wygląd zewnętrzny farmaceuty stanowi wizytówkę apteki. Z tego względu podczas wykonywania codziennych czynności fachowych każdy farmaceuta jest zobowiązany do noszenia stroju służbowego zgodnego ze standardami obowiązującymi w danym przedsiębiorstwie (czysty fartuch zapięty na wszystkie guziki lub zasunięty na suwak). W trakcie wykonywania obowiązków służbowych każdy pracownik apteki jest zobowiązany do noszenia imiennego identyfikatora, umieszczonego na stroju służbowym (fartuchu) po lewej stronie na wysokości górnej kieszeni. Identyfikator powinien zawierać imię i nazwisko pracownika oraz stanowisko zajmowane przez pracownika (kierownik apteki, magister farmacji albo farmaceuta, technik farmaceutyczny).

W wielu aptekach obowiązują standardy określające zasady komunikowania się z klientami (pacjentami), ponieważ klient musi mieć pewność, że spotkanie z pracownikiem apteki ma charakter służbowy. Z tego względu w podręcznikach operacyjnych, zarządzeniach czy zaleceniach określone są podstawowe zasady odnoszące się do zachowania personelu w trakcie obsługi klienta (pacjenta):

- tematyka i miejsce rozmów: podczas obsługi poruszane są wyłącznie tematy neutralne (*a contrario* nie porusza się tematów osobistych

i kontrowersyjnych, np. politycznych, światopoglądowych itp.); inne rozmowy, zwłaszcza związane z wykonywaniem obowiązków i dotyczące funkcjonowania apteki, należy prowadzić w pomieszczeniach, do których klient (pacjent) nie ma dostępu;
- zachowanie poufności informacji: podczas udzielania porad pacjentom należy pamiętać o zapewnieniu warunków dyskrecji;
- zakazy i nakazy:
  - przed przystąpieniem do pracy należy odpowiednio się przygotować: sprawdzić czystość i wyprasowanie stroju służbowego (fartucha), zadbać o wygląd rąk, paznokci i włosów,
  - podczas obsługi pacjenta nie należy odbierać telefonów służbowych i prywatnych,
  - niedopuszczalne jest pozostawianie dokumentacji medycznej oraz materiałów biurowych na i za pierwszym stołem,
  - niedopuszczalne jest spożywanie posiłków i picie napojów na stanowisku pracy (w przestrzeni ekspozycyjnej).

Wiele standardowych procedur operacyjnych określa zasady budowania relacji z klientami, wskazując przykładowe komunikaty (zwroty) skierowane do farmaceuty, które mają charakter sugestii, a nie nakazu:
- prezentacja korzyści (przykładowy komunikat/zwrot skierowany do pacjenta: „działa skuteczniej", „sama to stosuję", „wszyscy to chwalą");
- pozytywne skojarzenia (przykładowy komunikat/zwrot skierowany do pacjenta: „nowość"; porada dla farmaceuty: używamy zwrotu „inwestycja" zamiast „koszt" czy „wydatek");
- wyróżnianie klienta (przykładowy komunikat/zwrot skierowany do pacjenta: „specjalnie dla Pani(-a)", „dodatkowo", „bezpłatnie");
- budowanie dobrego nastroju (przykładowy komunikat/zwrot skierowany do pacjenta np. w sytuacji braku produktu: „zaraz się dowiem", „dołożymy starań").

Praktycy zajmujący się efektywnością komunikacji w aptece zalecają prezentowanie komunikatów językiem korzyści, który znacznie ułatwia komunikację farmaceuty z klientem (pacjentem). Z perspektywy klienta (pacjenta) istotne jest nie tylko, czym jest produkt, jaki jest ten produkt, jakie są jego właściwości, lecz korzyść, którą może uzyskać (co będzie z tego miał, co dzięki temu osiągnie, jaki koszt będzie musiał ponieść). Zatem model prezentacji

korzyści oparty jest na trzech elementach: cesze, zalecie i korzyści, które muszą się odnosić do któregoś z motywatorów zakupowych (tabela 62)[872].

Tabela 62. Prezentacja korzyści w procesie komunikacji z klientem (pacjentem)

CECHA	ZALETA	KORZYŚĆ	ODNIESIENIE DO MOTYWATORA
duża ilość substancji aktywnej (mg)	działa skuteczniej	szybciej ustąpi ból	jakość, skuteczność
duża liczba tabletek w opakowaniu (szt.)	wystarczy na dłużej	pacjent nie musi specjalnie przychodzić drugi raz	wygoda, oszczędność czasu
smak truskawkowy	dzieci go lubią	dzieci łatwiej i chętniej przyjmują lek	wygoda, oszczędność czasu
opakowanie z pompką	precyzyjne dozowanie	oszczędność, niemarnowanie produktu	cena, oszczędność pieniędzy
forma żelu	szybsze wchłanianie i działanie	szybciej ustąpi ból (lub inna dolegliwość w zależności od preparatu)	jakość, skuteczność
dawkowanie: jedna tabletka dziennie	pacjent przyjmuje mało tabletek	lek nie obciąża organizmu	bezpieczeństwo
granulki rozpuszczalne na języku	pacjent nie potrzebuje wody do popicia	wygoda stosowania w dowolnych warunkach	wygoda, oszczędność czasu
produkt w blistrach	możliwość podziału opakowania	pacjent ma lek zawsze przy sobie	wygoda, oszczędność czasu
promocyjna cena	opłaca się	pacjent oszczędza 5 zł	cena, oszczędność pieniędzy

Źródło: K. Pytel, *Rekomendacja w aptece*…, dz. cyt., s. 52–53.

Komunikując się z klientem (pacjentem) językiem korzyści, farmaceuta powinien uwzględniać aktualny stan wiedzy medycznej i charakterystykę produktu leczniczego, aby jego rekomendacja miała charakter porady farmaceutycznej i nie stanowiła wyłącznie elementu procesu wsparcia sprzedaży.

Wszystkie zasady zawarte w podręcznikach operacyjnych, zarządzeniach, standardowych procedurach operacyjnych czy zaleceniach mają za zadanie ułatwić porozumiewanie się z klientem (pacjentem) i nie powinny ograniczać samodzielności pracy farmaceuty, zwłaszcza w odniesieniu do samodzielnego podejmowania decyzji w zakresie sprawowania opieki farmaceutycznej, świadczenia usług farmaceutycznych oraz wykonywania zadań zawodowych, kiedy to farmaceuta ma obowiązek kierować się wyłącznie

[872] K. Pytel, *Rekomendacja w aptece. Jak realizować obsługę sprzedażową pacjenta w zgodzie z etyką zawodu farmaceuty*, Krzysztof Pytel Szkolenia-Biznes, Borowa Góra 2019, s. 50.

dobrem pacjenta i nie jest związany w tym zakresie poleceniem służbowym. Standardy opracowane przez pracodawcę w odniesieniu do wyglądu i zachowania farmaceuty mają na celu wzmocnić wizerunek apteki w oczach klienta (pacjenta) poprzez opracowanie wskazówek ułatwiających komunikowanie się z klientem (pacjentem). Odpowiednio komunikowane treści wpływają na postrzeganą przez klienta (pacjenta) jakość usług farmaceutycznych świadczonych przez aptekę. Zauważyć przy tym należy, że wskazówki dla farmaceuty zawarte w różnego rodzaju podręcznikach operacyjnych, zarządzeniach, standardowych procedurach operacyjnych czy zaleceniach mają ułatwiać wykonywanie zawodu farmaceuty, a nie utrudniać. Z tego względu podmiot prowadzący aptekę (właściciel) ma obowiązek umożliwić farmaceucie samodzielne podejmowanie decyzji w zakresie sprawowania opieki farmaceutycznej, świadczenia usług farmaceutycznych lub wykonywania zadań zawodowych, do czego zobowiązują go normy prawa farmaceutycznego[873].

4.4.1.3. Podejście do potrzeb klienta (pacjenta)

Podstawowym celem wizyty klienta (pacjenta) w aptece jest konieczność życiowa, wynikająca z zaburzenia stanu zdrowia pacjenta. Zatem ze strony pacjenta występuje konieczność zaspokojenia potrzeby zdrowotnej, a w gestii farmaceuty jest rozwiązanie tego problemu. Zdarza się również, że klient kupuje produkt, którego działania nie rozumie. W takiej sytuacji zadaniem farmaceuty jest zmniejszenie niepewności klienta w odniesieniu do produktu i poprzez kompleksowe zaspokojenie jego oczekiwań: wyjaśnienie działania produktu, wskazanie mogących się pojawić skutków ubocznych i niepożądanych interakcji z innymi lekami stosowanymi przez pacjenta, przypomnienie zasad stosowania czy dawkowania. Spełnienie preferencji zakupowych klienta przekłada się na stan jego zadowolenia i taki klient może być ambasadorem apteki, co pozytywnie przekłada się na jej wizerunek wśród lokalnych interesariuszy.

Wiele podmiotów świadczących usługi farmaceutyczne dostrzega podmiotowość oczekiwań i potrzeb klienta. Z tego względu w podręcznikach operacyjnych, standardowych procedurach operacyjnych i zaleceniach te kwestie są również precyzyjnie określone i scharakteryzowane. Unormowania te odnoszą się najczęściej do czterech podstawowych aspektów: identyfikacji potrzeb, dopytywania o szczegóły, aktywnego słuchania i przestrzegania podstawowych reguł komunikacji (tabela 63).

[873] Por. Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, Dz.U. z 2021 r., poz. 97, ze zm., art. 35.

Tabela 63. Kooperacja z pacjentem w zakresie identyfikacji zaspokajania potrzeb

KATEGORIE W KOMUNIKACJI	DOMINUJĄCA TECHNIKA (ZASADY) KOMUNIKACJI	PRZYKŁADOWA REKOMENDACJA
Identyfikacja potrzeb	Inicjacja komunikacji: pytania otwarte (metoda „od ogółu do szczegółu")	„Co Panu(-i) dolega?"; „Od jak dawna odczuwa Pan(i) tę dolegliwość?"; „Jakie inne problemy Pan(i) miał(a)?"
Analiza informacji uzyskanych od pacjenta	Dopytywanie o szczegóły: pytania zamknięte	„Czy ma Pan(i) podwyższoną temperaturę?"; „Czy ma Pan(i) katar?"; „Czy ma Pan(i) kaszel?"
Aktywne słuchanie	Budowanie płaszczyzny efektywnej współpracy: potwierdzające ruchy głową	„Tak"; „Rozumiem"; „Oczywiście"
Podstawowe reguły	Przestrzeganie zasad: nie pospiesza się pacjenta (należy dać mu czas na udzielenie odpowiedzi), nie poprawia się wypowiedzi pacjenta, nie poucza się pacjenta	Cierpliwe odpowiadanie na pytania, okazywanie empatii i zrozumienia, zadawanie tylko jednego pytania naraz. Parafraza wypowiedzi pacjenta pozwalająca uniknąć błędów w interpretacji jego słów: „O ile dobrze Pana(-ią) zrozumiałem(-am), to...", „Powiedział(a) Pan(i), że..."

Źródło: Opracowanie własne.

Dla prawidłowości udzielanych porad ważne jest umiejętne zadawanie pytań, które pozwolą zidentyfikować rzeczywiste potrzeby pacjenta. Można do tego celu wykorzystać wielopoziomową procedurę opieki farmaceutycznej, która wymaga podejścia procesowego z uwagi na konieczność realizacji wieloetapowych, następujących po sobie działań. Proces opieki farmaceutycznej determinuje standard usługi farmaceutycznej świadczonej w aptece, albowiem przeprowadzenie każdego jego etapu pozwala w pełni zidentyfikować potrzeby i problemy zdrowotne, umożliwia wykrycie i rozwiązanie problemów lekowych oraz określenie przez farmaceutę celów terapeutycznych i wybór najlepszego rozwiązania terapeutycznego w ramach zarządzania procesem farmakoterapii.

4.4.1.4. Komunikacja werbalna i niewerbalna

Jednym z podstawowych aspektów pracy farmaceuty jest udzielanie porady farmaceutycznej, która występuje jako samodzielna usługa farmaceutyczna albo też może stanowić element szerszych konsultacji farmaceutycznych

w ramach sprawowania opieki farmaceutycznej. Celem porady farmaceutycznej jest zapewnienie prawidłowego stosowania produktu farmaceutycznego oraz przekazanie informacji dotyczących właściwego stosowania (używania), w tym dawkowania i możliwych interakcji z innymi produktami leczniczymi lub pożywieniem. Ma ona charakter zaleceń i rekomendacji i ma pomóc klientowi (pacjentowi) w podjęciu decyzji zakupu, zwłaszcza jeżeli odnosi się do produktu leczniczego wydawanego bez przepisu lekarza. Forma zalecenia i rekomendacji ma za zadanie nie tyle przekonanie klienta (pacjenta) do zaproponowanych przez farmaceutę produktów, lecz przede wszystkim prezentację profesjonalnego podejścia farmaceuty do klienta (pacjenta) w oparciu o poszanowanie jego interesu i potrzeb zdrowotnych oraz troskę o stan jego zdrowia. Odbywa się to najczęściej na bazie osobistej interakcji farmaceuty z pacjentem wykorzystującej komunikację werbalną, wspieraną niekiedy poprzez wykorzystanie mowy ciała (komunikacji niewerbalnej).

Komunikacja werbalna jest podstawową formą komunikacji interpersonalnej wykorzystującą w procesie transmisji informacji ośrodek mowy (język mówiony). Stanowi tradycyjny i podstawowy instrument udzielania porady farmaceutycznej, której technika udzielania w przypadku rekomendowania konkretnego produktu powinna uwzględniać trzy elementy: wypowiedź wprowadzającą (wstępną), rekomendację właściwą – prezentującą produkt językiem korzyści oraz wypowiedź podsumowującą – zapytanie, czy klient (pacjent) tę rekomendację (produkt) akceptuje (tabela 64).

Tabela 64. Przykładowa rekomendacja produktu farmaceutycznego

ELEMENT (ETAP) KOMUNIKACJI	REKOMENDACJA
wypowiedź wprowadzająca (wstępna)	Jeżeli potrzebuje Pan(i) leku przeciwbólowego, to uwzględniając Pana(-i) dolegliwości, proponuję...
rekomendacja właściwa (przedstawienie zalet językiem korzyści)	...produkt, który szybko usuwa ból i można go bezpiecznie stosować nawet w przypadku dolegliwości żołądkowych. Jeżeli chodzi o przypadłości nasilające się późnym wieczorem i nocą, proponuję Panu(-i)... (*nazwa produktu*) Nie tylko skutecznie usunie ból, ale również pozwoli Panu(-i) łatwiej zasnąć. Proponuję większe opakowanie, ponieważ jest to bardziej korzystne cenowo.
wypowiedź podsumowująca (uzyskanie akceptacji pacjenta)	Czy życzy Pan(i) sobie?

Źródło: Opracowanie własne.

Techniczne aspekty udzielania rekomendacji są na tyle istotne, że w wielu aptekach i sieciach aptecznych jest to unormowane w formie zaleceń

bądź podręczników operacyjnych, rzadziej w formie zarządzeń czy standardowych procedur operacyjnych, albowiem rekomendacje powinny mieć charakter sugestywny, a nie bezwzględnie obowiązujący. Standaryzacja udzielania rekomendacji ma za zadanie podnieść jakość udzielania porad farmaceutycznych i ułatwić pracownikom fachowym apteki komunikowanie się z klientem (pacjentem). Często zawiera ona unormowania zasad komunikacji niewerbalnej (pozawerbalnej) – technik niewymagających słów, opartych przede wszystkim na języku ciała (kontakt wzrokowy, mimika i wyraz twarzy, ruchy ramion i ciała, postawa, kontakt fizyczny, odległość między stronami komunikacji, sposób ubierania się, gesty) oraz scenerii (symbole władzy oraz zagospodarowanie przestrzeni – wielkość zakładu, biura, ich wyposażenie, marka i wygląd samochodów oraz inne czynniki – *corporate design* będące częścią *corporate identity*) i artefaktach[874]. W materiałach dla pracowników aptek prezentowane są najczęściej środki komunikacji niewerbalnej odnoszące się do gestykulacji i ułożenia ciała, spojrzenia i intonacji głosu (tabela 65).

Tabela 65. Środki komunikacji niewerbalnej w aptece i ich znaczenie

UŁOŻENIE CIAŁA I GESTYKULACJA		
Rozluźnienie ciała Wychylenie ciała do przodu Odchylenie ciała Odwrócenie się bokiem Sztywne siedzenie		Poczucie komfortu psychicznego Otwartość, chęć zbliżenia Zamknięcie, chęć oddalenia się Unikanie, niepokój Niepewność, napięcie
Kiwanie i potakiwanie głową Kręcenie głową Spuszczanie głowy Lekkie przechylenie głowy na bok Zdecydowane odwracanie głowy Lekkie odwracanie głowy		Uwaga, zgoda, akceptacja Zaprzeczenie, zdziwienie Przygnębienie, zmęczenie, smutek Spokój, zadowolenie Nastawienie nieprzyjazne Nastawienie zdecydowane, bez wrogości
Wzruszanie ramionami Stulanie ramion do przodu Garbienie się Wychylanie ramion Ramiona luźno		Lekceważenie, irytacja Wycofanie, przygnębienie Unikanie kontaktu Otwarcie na kontakt

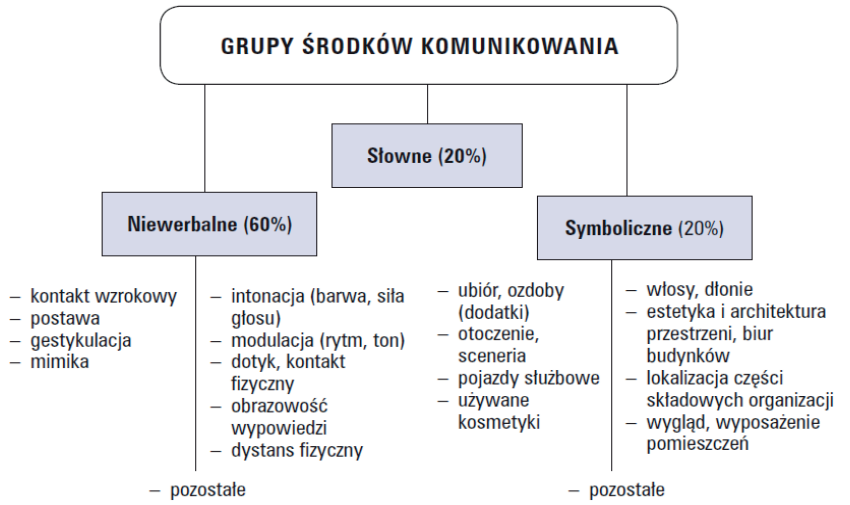
[874] K. Wójcik, *Public relations*…, dz. cyt., s. 79.

Ręce skrzyżowane		Spokój, pewność siebie
Ręce chaotycznie poruszające się		Opór, unikanie, wrogość
Ręce sztywne, dłonie nieruchome		Złość, lęk
Zaciśnięte dłonie		Napięcie lub złość
Stukanie palcami o stół		Złość, agresja
Ręce gestykulujące		Zniecierpliwienie
Ruchy palcem wskazującym		Otwartość, zainteresowanie
Otwarte dłonie		Poczucie wyższości
Złożenie dłoni		Nastawienie przyjazne
Nogi i stopy spokojnie oparte		Skupienie lub poczucie wyższości
Nerwowe poruszanie		Spokój, pewność, otwartość
Nogi i stopy usztywnione		Nerwowość, zniecierpliwienie
		Lęk, onieśmielenie
SPOJRZENIE		
Bezpośredni kontakt wzrokowy		Uwaga, zainteresowanie
Przerwy w kontakcie wzrokowym		Zakłopotanie, unikanie
Spuszczanie wzroku		Skupienie, niezdecydowanie
Wpatrywanie się w jeden punkt		Sztywność, niezłomność
Rozbiegane spojrzenie		Unikanie kontaktu, niepokój
Mrużenie oczu		Zastanawianie się
Pocieranie oczu		Niedowierzanie, zmęczenie, znużenie
Uporczywe spojrzenie		Dominacja, wymuszanie uległości
INTONACJA GŁOSU		
Głośna i ostra		Oburzenie, dominacja
Zimna i spokojna		Opanowanie, kontrolowanie
Monotonna		Znużenie
Dynamiczna		Energia, zapał
Nerwowa		Niepewność, lęk
Ciepła, łagodna		Sympatia, życzliwość

Źródło: Grupa Moja Farmacja, *Standard obsługi pacjenta*, 2014, s. 15.

Wszystkie te środki komunikacji niewerbalnej (pozawerbalnej) mogą wzmacniać lub osłabiać komunikację werbalną, a nawet doprowadzać do zmiany wiadomości, tj. powodować, że wiadomość czy przesłanie zamierzone różni się od tego, jakie odbiera adresat[875]. W dyskusjach nad rolą komunikacji niewerbalnej najczęściej prezentowana jest teza, że „słowami można kłamać, ale nigdy mową ciała, wyrazem twarzy"[876]. Istotne znaczenie tej formy komunikacji wynika z dużego jej udziału w procesie przekazywania informacji (rysunek 78).

[875] Tamże, s. 80.
[876] Tamże.



Rysunek 78. Procentowy udział grup środków komunikowania w przekazywaniu informacji

Źródło: K. Wójcik, *Public relations*…, dz. cyt., s. 81.

4.4.1.5. Przełamywanie wątpliwości „trudnego" klienta (pacjenta)

W wielu podręcznikach operacyjnych i zaleceniach przedstawione są sposoby postępowania w sytuacjach niestandardowych, co jest zwłaszcza zauważalne w odniesieniu do obsługi tzw. klientów bardziej wymagających („trudnych"). Zastrzeżenia takiego klienta mogą odnosić się do porady farmaceutycznej bądź rekomendacji produktu i mogą wynikać z niespełnionych oczekiwań co do jakości konsultacji albo poziomu obsługi. Z tego względu tworzy się procedurę postępowania z klientem niezadowolonym, aby wskazać farmaceucie możliwe rozwiązania sytuacji kryzysowej. Ma to na celu wzmocnienie jego kompetencji w komunikacji interpersonalnej, ponieważ odpowiedni sposób postępowania pozwala uniknąć eskalacji konfliktu.

Sytuacja kryzysowa zwykle pojawia się wtedy, gdy klient (pacjent) nie może znaleźć „wspólnego języka" z farmaceutą, co może wynikać z niedostosowania treści porady farmaceutycznej bądź rekomendacji do poziomu percepcji klienta (pacjenta). W wielu podręcznikach operacyjnych w takiej sytuacji prezentuje się odpowiednio przygotowane algorytmy postępowania (rysunek 79).



Rysunek 79. Procedura postępowania z klientem niezadowolonym

Źródło: Pharma Consulting, *Standardy obsługi pacjenta/klienta. Podstawowe rodzaje wizyt i wskazane zachowanie – archiwizacja danych*, materiały szkoleniowe, 2019, s. 13.

Procedury postępowania mają uświadomić farmaceucie, aby nie brał zastrzeżeń pacjenta „do siebie", ponieważ zazwyczaj pacjent nie zarzuca farmaceucie braku profesjonalizmu. Wskazują, że nie należy pomijać obiekcji pacjenta, lecz okazywać zainteresowanie i pokazać zaangażowanie w rozwiązanie problemu, ponieważ jeśli obawy pacjenta zostaną rozwiane, to przekona się on do słuszności rekomendacji (zakupu). Farmaceuta powinien jednak pamiętać, że:

- klient (pacjent) może postrzegać ten sam problem z różnej (innej) perspektywy, dlatego nie należy „walczyć" z jego emocjami, lecz z jego problemami;
- na każdym kroku należy podkreślać, że dołoży się wszelkich starań, by problem rozwiązać;
- należy zawsze okazywać zainteresowanie problemem pacjenta.

Standaryzacja tych procedur zwiększa efektywność udzielania porad farmaceutycznych i jakość świadczenia usług w aptece, ponieważ wskazuje (sugeruje) farmaceucie możliwe sposoby postępowania w mogącej się pojawić sytuacji kryzysowej. Przekłada się to na zadowolenie klienta i zwiększa efektywność operacyjną apteki. Farmaceuta zaś zyskuje komfort pracy,

albowiem został wzbogacony o wiedzę i umiejętności radzenia sobie w sytuacjach niestandardowych, których częstotliwość występowania w praktyce aptecznej jest stosunkowo wysoka.

4.4.2. Stałe elementy obsługi klienta (pacjenta)

Niezwykle ważnym aspektem wpływającym na jakość usług farmaceutycznych jest poziom obsługi klienta (pacjenta). Jest on ściśle powiązany z poziomem satysfakcji klienta z wizyty w aptece, która z kolei stanowi pochodną ogółu wrażeń i doznań związanych z jakością uzyskanej porady, trafnością rekomendacji, sposobem komunikacji i argumentacji farmaceuty oraz kosztem, jaki musiał ponieść klient, aby zaspokoić swoje potrzeby zdrowotne.

Z tego względu w wielu aptekach opracowano procedury postępowania odnoszące się do czynności farmaceuty, które są związane ze zwykłą wizytą klienta w aptece. Na podstawie obserwacji i analiz stwierdzono bowiem, że proces obsługi klienta (pacjenta) przebiega sekwencyjnie, co pozwala wyróżnić stałe elementy obsługi. Te powtarzalne czynności można uporządkować i w ramach każdego etapu wyodrębnić pewien zakres działań, który można opisać, sparametryzować i utworzyć pewien standard. Standaryzacja obsługi pozwala utrzymać jakość każdego jej etapu. Biorąc pod uwagę, że w różnych aptekach ta jakość może być inaczej definiowana i postrzegana przez farmaceutów, to standaryzacja przedmiotowego procesu pozwala wyznaczyć dolną granicę profesjonalizmu.

Identyfikacja stałych elementów obsługi klienta (pacjenta) ułatwia farmaceucie komunikację z klientem, a koncentracja uwagi na każdym z poszczególnych etapów tworzy pewien standard jakości. Do podstawowych etapów obsługi klienta (pacjenta), wyróżnianych w podręcznikach operacyjnych, standardowych procedurach operacyjnych, zarządzeniach i zaleceniach należy zaliczyć: powitanie, rozpoznanie potrzeb, w tym potrzeby podstawowej, sprzedaż i ewentualnie komplementarna, przygotowanie produktów, zapłata i fiskalizacja, pożegnanie. W procesie obsługi powinien zaistnieć każdy z tych etapów w sposób wyraźny, natomiast sekwencje czynności w ramach poszczególnych etapów stanowią przykładowe sugestie i zalecenia, a nie procedurę bezwzględnie obowiązującą. Oznacza to, że farmaceuta w tym zakresie ma pełną swobodę kształtowania treści procesu komunikacji, a wskazówki zawarte w podręczniku operacyjnym, standardowej procedurze operacyjnej, zarządzeniu czy zaleceniu mają mu pomóc wypracować swój własny zakres zwrotów użytecznych w trakcie przekazywania informacji.

4.4.2.1. Powitanie

Powitanie jest czynnością grzecznościową, inicjującą proces komunikacji w aptece, w której istotna jest spontaniczność, a nie recytacja wyuczonych, rutynowych zwrotów. Ta spontaniczność wsparta odpowiednim gestem, uśmiechem i oparta na kontakcie wzrokowym wpływa na klimat przyjaznej interakcji farmaceuty z klientem (pacjentem). Standardy stosowane w aptekach bazują na sugestiach odnoszących się do typowych sytuacji (tabela 66).

Tabela 66. Powitanie

SYTUACJA W APTECE	SUGESTIA DLA FARMACEUTY
„Pusta" apteka	Po wejściu pacjenta witamy go w aptece: „Dzień dobry, witamy w naszej aptece" oraz nawiązujemy kontakt wzrokowy
„Pusta" apteka – obsługujący wykonuje swoje czynności	Po wejściu pacjenta przerywamy swoje czynności i zajmujemy się pacjentem
„Pusta" apteka – obsługujący wykonuje czynności, których nie może przerwać	Prosimy pacjenta o chwilę cierpliwości i staramy się jak najszybciej zakończyć czynność i skoncentrować swoją uwagę na obsłudze pacjenta. Pacjenta nie denerwuje czas oczekiwania, lecz brak informacji, dlaczego czeka na obsługę
Kolejka w aptece	Nie ma potrzeby witać wchodzących pacjentów, natomiast w momencie podejścia kolejnej osoby do stanowiska najpierw witamy się, a potem pytamy: „W czym mogę pomóc?"
Powitanie pacjenta znanego (zaprzyjaźnionego z apteką)	Indywidualne powitanie: „Witam, co u Pana(-i) słychać?", „Co Pana(-ią) do nas sprowadza?", „Dawno Pana(-i) u nas nie było", „Co słychać u małżonki(-a)?", „Czy ostatnio zażywany przez Pana(-ią) preparat zadziałał?", „Czy zastosowanie preparatu wspomagającego pomogło Panu(-i)?". Wykorzystując prywatne informacje, należy pamiętać o wyjątkowej dyskrecji
Kolejka w aptece (zwiększone natężenie ruchu)	W przypadku zwiększonego natężenia ruchu (trzecia osoba w kolejce) należy uruchomić dodatkowe stanowisko obsługi celem rozładowania kolejki. Dochodząca do pacjentów osoba obsługująca powinna głośno i wyraźnie użyć słowa: „ZAPRASZAM" (zamiast „proszę") skierowane do konkretnej osoby w kolejce
Standard jakości obsługi	Wskazane jest, aby zawsze ktoś w aptece „czekał na pacjenta". NIE DOPUSZCZAMY DO SYTUACJI, W KTÓREJ PACJENT MUSI ZWRACAĆ NA SIEBIE UWAGĘ FARMACEUTY

Źródło: Pharma Consulting, *Standardy obsługi*…, dz. cyt., s. 15–16. Podobnie: DOZ S.A., *Podręcznik operacyjny*…, dz. cyt., s. 12–13.

4.4.2.2. Rozpoznanie potrzeb

Rozpoznanie potrzeb stanowi pierwszą czynność wymagającą posiadania umiejętności fachowych, diagnostycznych i komunikacyjnych, albowiem farmaceuta na bazie swojej wiedzy i doświadczenia życiowego nawiązuje profesjonalne relacje z klientem (pacjentem). Zatem ten etap obsługi należy łączyć ze zbieraniem informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta. W wielu podręcznikach operacyjnych, standardowych procedurach operacyjnych, zarządzeniach i zaleceniach ten aspekt oparty jest na odpowiednich technikach prowadzenia wywiadów, aktywnym słuchaniu i umiejętnościach prowadzenia konwersacji (tabela 67).

Tabela 67. Rozpoznanie potrzeb

TECHNIKA	SUGESTIA DLA FARMACEUTY
Wywiad (zadawanie odpowiednich pytań)	– pytania otwarte: operator: „jak", „jaki", „kto", „co", „gdzie", „kiedy" jako źródło większej ilości informacji. Optymalnym rozwiązaniem jest zadanie pacjentowi trzech pytań: • przykład 1: „Jak Pan(i) opisałby(-aby) ten ból?", „Jak często to się Panu(-i) zdarza?", „Czy przyjmuje Pan(i) inne leki?", • przykład 2: „Od jak dawna odczuwa Pan(i) tę dolegliwość?", „Jakie inne problemy Pan(i) miewał(a)?", „Czy jest Pan(i) na coś uczulony(-a?)"; – pytania zamknięte – ograniczające pacjentowi możliwość odpowiedzi (tak lub nie): czy…? • przykład 1: „Czy ma Pan(i) podwyższoną temperaturę?", • przykład 2: „Czy ma Pan(i) katar?", • przykład 3: „Czy katar, o którym Pan(i) mówi, jest związany z alergią, czy przeziębieniem?"
Aktywne słuchanie	– kontakt wzrokowy podczas słuchania pacjenta – gotowość farmaceuty do przyjmowania wiedzy podawanej przez pacjenta; – niedopuszczalne zachowanie: odwracanie się od pacjenta podczas wygłaszania jego kwestii – pacjent może to odebrać jako lekceważenie jego osoby; – PODSTAWOWA REGUŁA PRAWIDŁOWEJ KOMUNIKACJI: to zawsze nadawca odpowiada za to, aby komunikat był zrozumiały dla odbiorcy
Zrozumiała dla pacjenta komunikacja	– 5 kroków efektywnego kontaktu: • zadaj odpowiednie pytanie i zdobądź informacje, • słuchaj aktywnie tego, co mówi pacjent, • utrzymuj kontakt wzrokowy – łatwiej zapamiętasz to, co mówi pacjent, • zapamiętaj słowa, jakimi pacjent opisuje swoją dolegliwość, • wykorzystaj słowa pacjenta w swoich wypowiedziach, zwłaszcza w propozycjach polecanego preparatu;

TECHNIKA	SUGESTIA DLA FARMACEUTY
	– prowadzenie rozmowy: • posługuj się językiem zrozumiałym dla pacjenta, • wyjaśniaj kluczowe zwroty, które mogą utrudnić prawidłową komunikację, • WAŻNE: NIE UŻYWAJ ŻARGONU ZAWODOWEGO

Źródło: Pharma Consulting, *Standardy obsługi*…, dz. cyt., s. 16–18. Podobnie: DOZ S.A., *Podręcznik operacyjny*…, dz. cyt., s. 14–16.

Efektywność procesu rozpoznawania potrzeb jest uzależniona od odpowiedniej harmonizacji wymienionych technik. Farmaceuta zadając konkretne pytania w odpowiedniej kolejności, powinien utrzymywać stały kontakt wzrokowy z pacjentem i aktywnie słuchać jego odpowiedzi. Zadając stosowne pytania, powinien uwzględniać możliwości percepcyjne odbiorcy i odpowiednio do nich dostosowywać treść komunikatu, pamiętając, że to nadawca odpowiada za to, aby komunikat był zrozumiały dla odbiorcy. Z tego względu pytania skierowane do pacjenta powinny być dla niego zrozumiałe, co wyklucza używanie przez farmaceutę żargonu zawodowego.

Niewątpliwie prowadzenie wywiadu jest procesem skomplikowanym, wymagającym oprócz umiejętności komunikacyjnych bogatej wiedzy i dużych umiejętności fachowych, albowiem decydują one o jakości zebranych informacji. W niektórych podręcznikach operacyjnych w celu łatwiejszego zapamiętania zasad prawidłowego wywiadu opracowano określone schematy postępowania, wyrażone akronimem KOC (dla wywiadu podstawowego) lub KOCIK (dla wywiadu rozszerzonego – tabela 68).

Tabela 68. Prowadzenie wywiadu

AKRONIM	HASŁO OGÓLNE	PRZYKŁADY PYTAŃ DO ZASTOSOWANIA	RODZAJ WYWIADU
K	Kto	Dla kogo ma być ten lek? W jakim wieku jest pacjent? Czy ten lek ma być dla dziecka, czy dla dorosłego?	PODSTAWOWY
O	Objawy	Jakie są objawy? Jakie ma Pan(i) dolegliwości? Gdzie dokładnie zlokalizowane są te dolegliwości? Gdzie zlokalizowany jest ból?	
C	Czas	Od jak dawna ma Pan(i) te objawy? Od jak dawna Pan(i) się źle czuje? Od jak dawna odczuwa Pan(i) ten ból?	

AKRONIM	HASŁO OGÓLNE	PRZYKŁADY PYTAŃ DO ZASTOSOWANIA	RODZAJ WYWIADU
I	Inne działania	Czy podjął(-ęła) Pan(i) już jakieś działania w celu złagodzenia dolegliwości? Czy stosował(a) Pan(i) jakieś leki i jakie były efekty? Czy Pan(i) był(a) z tym u lekarza?	ROZSZERZONY
K	Kuracje pozostałe	Jakie inne leki Pan(i) przyjmuje, które zostały przepisane przez lekarza na inne dolegliwości lub zostały zakupione bez recepty?	

Źródło: DOZ S.A., *Podręcznik operacyjny*…, dz. cyt., s. 15.

4.4.2.3. Realizacja podstawowej potrzeby

Identyfikacja potrzeb pozwala na stwierdzenie, w jakim celu klient (pacjent) pojawił się w aptece. Zadając odpowiednie pytania, farmaceuta uzyska wiedzę, czy osoba kupuje lek dla siebie, co wskazuje, że jest pacjentem, czy wykupuje lek dla kogoś z rodziny, co uzmysławia farmaceucie, że ma do czynienia z klientem. Podstawowym zadaniem farmaceuty przy interakcji z pacjentem jest wykrycie i rozwiązanie problemów lekowych oraz określenie celów i alternatyw terapeutycznych, jak również wybór najlepszego rozwiązania terapeutycznego. Sprawując opiekę farmaceutyczną, farmaceuta jest również zobligowany do opracowania i implementacji planu opieki farmaceutycznej oraz jej kontynuacji i monitorowania uzyskanych efektów. W podręcznikach operacyjnych, standardowych procedurach operacyjnych, zarządzeniach i zaleceniach realizacja potrzeby podstawowej sprowadza się do prezentacji i rekomendacji produktów (tabela 69).

Tabela 69. Realizacja potrzeby podstawowej

TECHNIKA	SUGESTIA DLA FARMACEUTY	
Prezentacja	Prezentujemy pacjentowi 3 preparaty zróżnicowane pod względem jakościowym i cenowym	
Język korzyści	*PACJENT*	*FARMACEUTA*
	„Poproszę coś na ciężkie nogi”	„Proponuję ten preparat, nogi będą lżejsze” (a nie „poprawi krążenie”)
	„Coś na gorączkę i ciekнący nos”	„Proponuję ten preparat, obniży gorączkę i nie będzie ciekło z nosa” (a nie „obkurczy śluzówkę”)
	„Poproszę…, bo mnie bardzo boli głowa”	„Żeby szybko zmniejszyć ten ból, dam Panu(-i)... w dawce podwójnej” (a nie „… zlikwiduje stan zapalny”)

TECHNIKA	SUGESTIA DLA FARMACEUTY
Personalizacja (zwiększa akceptację pacjenta dla rekomendacji farmaceuty)	– „W Pana(-i) przypadku to ten lek będzie najbardziej odpowiedni”; – „Na tym etapie przeziębienia proponuję Panu(-i)…”; – „Jeśli problem występuje już długo, to najbardziej wskazane jest…”

Źródło: Pharma Consulting, *Standardy obsługi*…, dz. cyt., s. 18. Podobnie: DOZ S.A., *Podręcznik operacyjny*…, dz. cyt., s. 17–18.

Sugerowane zwroty mają za zadanie pobudzić wyobraźnię farmaceuty do opracowania własnych zaleceń, uwzględniających indywidualne podejście do pacjenta, jego potrzeb, oczekiwań i problemów zdrowotnych. Nie stanowią i w żadnym razie nie powinny mieć charakteru *ius cogens*.

4.4.2.4. Sprzedaż komplementarna

Sprzedaż komplementarna stanowi kontrowersyjny aspekt w procesie udzielania porad i rekomendacji farmaceuty, albowiem często jest sprowadzana do rutynowej czynności polecania dodatkowego produktu, bez względu na cel i problem zdrowotny pacjenta. W przeszłości niektóre sieci apteczne za nieprzestrzeganie zarządzeń w zakresie polecania dodatkowego produktu, kwalifikowanych jako nieprzestrzeganie ustalonej organizacji w procesie pracy, w sposób nieuprawniony stosowały wobec pracowników kary dyscyplinarne. Było to kuriozalne zachowanie pracodawcy wobec pracownika, zwłaszcza że często osobami kontrolującymi pracę farmaceuty były osoby nieposiadające wykształcenia farmaceutycznego, a w skrajnych przypadkach zdarzało się nawet, że farmaceuta kontrolowany był przez pomoc apteczną. Siłą rzeczy taka kontrola była nieskuteczna, albowiem osoba kontrolująca nie miała kompetencji do oceny pracy farmaceuty i taka sytuacja nie powinna w ogóle zaistnieć. Niemniej jednak można wyodrębnić sytuacje, w których rekomendacja komplementarna jest wskazana, np. farmaceuta powinien polecić pacjentowi probiotyk (lek osłonowy) w sytuacji, kiedy to lekarz nie zaordynuje go pacjentowi w kuracji antybiotykowej.

W podręcznikach operacyjnych, standardowych procedurach operacyjnych, zarządzeniach i zaleceniach polecanie dodatkowego produktu jest skorelowane z problemem zdrowotnym pacjenta i tylko w takiej sytuacji

może być rekomendowane przez farmaceutę. Przybiera to postać luźnych wskazówek[877]:

- proponujemy jeden dodatkowy preparat (chyba że dolegliwość jest złożona i wymaga większej ilości preparatów);
- unikamy sformułowań przypuszczających: „do tego można by ewentualnie jakiś magnez";
- używamy języka korzyści lub sformułowania ogólnego: „wspomoże działanie", np.:
  - „Jeżeli chce Pan(i), aby kuracja przebiegała szybciej, to proponuję jeszcze...",
  - „Żeby kompleksowo podziałać na Pana(-i) obolałe nogi, przyda się jeszcze…",
  - „Pewnie ma Pan(i) w domu… (*nazwa produktu*), który w tej sytuacji należy stosować, żeby wspomóc działanie... (*nazwa produktu*)";
- informowanie o korzyści cenowej:
  - „Mamy dziś preparat… w dobrej cenie. Polecam go zwłaszcza na… (*konkretna dolegliwość pacjenta*)",
  - „W tym okresie warto stosować preparaty wzmacniające. Ja szczególnie polecam Pan(i)..., tym bardziej że mamy go dziś w dobrej cenie",
  - „Wybrał(a) Pan(i) dobry produkt i w dodatku w dobrej cenie. To naprawdę świetny wybór. Gratuluję dobrego wyczucia";
- w przypadku odmowy pacjenta nie ponawiamy propozycji.

Należy przy tym pamiętać, że sprzedaż komplementarna nie może być stosowana automatycznie, albowiem są sytuacje, kiedy to pacjent nie powinien przyjmować nadmiernej ilości leków. Stanowią one bowiem kategorię produktów, których stosowanie powinno wynikać z konieczności życiowej i ich nadużywanie może zagrażać zdrowiu, a w skrajnych przypadkach nawet życiu pacjenta.

4.4.2.5. Przygotowanie produktów

Orientacja na maksymalizację jakości obsługi w niektórych aptekach przybrała formę wytycznych również w odniesieniu do tak intuicyjnej czynności, jaką jest przygotowanie produktów. W wielu podręcznikach operacyjnych,

[877] Pharma Consulting, *Standardy obsługi*…, dz. cyt., s. 18–19; DOZ S.A., *Podręcznik operacyjny*…, dz. cyt., s. 19.

standardowych procedurach operacyjnych, zarządzeniach i zaleceniach unormowano standard przygotowania produktów, wskazując, że[878]:

- apteka powinna posiadać własne torby (najlepiej papierowe), do których farmaceuta wkłada leki zakupione przez pacjenta (zawsze farmaceuta powinien „pakować" leki do reklamówki; niedopuszczalne jest położenie reklamówki na kupionych przez pacjenta lekach);
- apteka powinna dysponować kilkoma wielkościami toreb do pakowania leków;
- jeżeli pacjent kupuje tylko jeden produkt o gabarytach syropu 100 ml, to torebka jest wręczana na życzenie pacjenta, ale po zapytaniu farmaceuty: „Czy życzy sobie Pan(i) torebkę?";
- w przypadku sprzedaży produktu większego niż syrop 100 ml lub kiedy sprzedaż dotyczy kilku produktów, farmaceuta bez pytania pacjenta pakuje leki do torebki;
- dopiero po przygotowaniu leków farmaceuta może przenieść uwagę pacjenta na inne działania związane z jego obsługą.

Wytyczne na tym etapie obsługi mają wyłącznie charakter egzemplifikacyjny i stanowią pomoc dla farmaceuty, która ma za zadanie ułatwić mu wypracowanie własnych standardów w tym zakresie.

4.4.2.6. Zapłata i fiskalizacja

Zapłata za zakupione produkty i jej fiskalizacja stanowią końcowy etap obsługi pacjenta i są również przedmiotem regulacji. Wytyczne w podręcznikach operacyjnych, standardowych procedurach operacyjnych, zarządzeniach i zaleceniach normują proces zapłaty i fiskalizacji następująco[879]:

- informacja o kwocie do zapłaty powinna być wyraźnie przekazywana przez farmaceutę przy zachowaniu kontaktu wzrokowego z pacjentem, np.: „Proszę o trzydzieści trzy złote i pięćdziesiąt groszy. W jakiej formie będzie płatność?";
- w przypadku płatności gotówkowej zaleca się, aby wymiana pieniędzy odbywała się z użyciem bilownicy;
- jeżeli pacjent podaje farmaceucie banknot, to w pierwszej kolejności należy zweryfikować jego autentyczność (najlepiej przy użyciu

[878] Pharma Consulting, *Standardy obsługi*…, dz. cyt., s. 19–20; DOZ S.A., *Podręcznik operacyjny*…, dz. cyt., s. 21.

[879] Pharma Consulting, *Standardy obsługi*…, dz. cyt., s. 20; DOZ S.A., *Podręcznik operacyjny*…, dz. cyt., s. 23.

specjalnego urządzenia); w przypadku stwierdzenia, że banknot jest fałszywy, należy go zatrzymać i wezwać policję;
- w celu zachowania bezpieczeństwa farmaceuty i apteki przy wydawaniu reszty należy najpierw przygotować resztę do wydania, a dopiero później sięgnąć po banknot pacjenta, który musi być trzymany na widoku podczas rozliczenia transakcji;
- przy wydawaniu reszty farmaceuta powinien przeliczyć pieniądze w obecności klienta i jeżeli ma kłopot z wydaniem 1 gr, to powinien wydać 2 lub 5 gr, komunikując to pacjentowi (niedopuszczalna jest sytuacja, w której farmaceuta komunikuje: „Nie mam Panu(-i) wydać, będę winny(-a)" – tworzy to ogromną stratę wizerunkową);
- dopuszczalne jest podejmowanie pieniędzy (w monetach) z ręki pacjenta pod warunkiem, że jest on osobą starszą i tylko na jego prośbę;
- paragon fiskalny musi zawsze zostać wydany pacjentowi;
- przy okazji przekazania paragonu warto przypomnieć pacjentowi o korzyściach: „To dobrze, że wybrał(a) Pan(i) ten preparat. Dzięki temu udało się zaoszczędzić… złotych";
- jeżeli torba z lekami znajduje się w zasięgu farmaceuty, to zaleca się wrzucić paragon do tej torby.

Tak sformułowane zalecenia mają na celu usprawnienie procesu obsługi oraz zapewnienie maksymalnego bezpieczeństwa procesu wymiany pieniężnej i zabezpieczenie interesu ekonomicznego apteki.

4.4.2.7. Pożegnanie

Pożegnanie stanowi ostatni element w procesie interakcji farmaceuty z pacjentem i ma charakter kurtuazyjny. Regulacje w tym zakresie mają uzmysłowić farmaceucie, że nie należy o tym etapie zapominać. Dyrektywy w podręcznikach operacyjnych, standardowych procedurach operacyjnych, zarządzeniach i zaleceniach normują ten etap następująco[880]:
- obsługę pacjenta należy zakończyć słowem „Dziękuję" wypowiedzianym z zachowaniem kontaktu wzrokowego;
- kontakt z pacjentem należy zakończyć zwrotem potwierdzającym chęć ponownego spotkania: „Do zobaczenia";
- niedopuszczalne jest odchodzenie od stanowiska obsługi, nawet wtedy, gdy pacjent pakuje leki do torby;

[880] Pharma Consulting, *Standardy obsługi*…, dz. cyt., s. 21; DOZ S.A., *Podręcznik operacyjny*…, dz. cyt., s. 25.

– warto dodać indywidualne pożegnanie, zwłaszcza jeżeli w trakcie obsługi farmaceuta pozyskał dodatkowe informacje, które to umożliwiają, np.: „Trzymam kciuki za udany egzamin” lub po prostu: „Do zobaczenia, pani Janino”;
– pożegnanie może się odbyć z użyciem zwrotu: „Życzę miłego dnia” z zachowaniem kontaktu wzrokowego.

Egzemplifikacja przykładowych zwrotów ma pobudzić percepcję farmaceuty, a nie stanowić dyktat.

4.4.3. Podstawowe rodzaje wizyt pacjenta w aptece

Egzemplifikacja standardowych zwrotów w procesie obsługi pacjenta powinna uwzględniać cel wizyty klienta (pacjenta) w aptece. Farmaceuta w tym zakresie ma jednak pełną swobodę kształtowania treści poszczególnych komunikatów, albowiem jako profesjonalista posiada kluczowe kompetencje kształtowania procesu farmakoterapii. W wielu podręcznikach operacyjnych, standardowych procedurach operacyjnych, zarządzeniach i zaleceniach wyodrębnia się cztery podstawowe rodzaje wizyt, w ramach których przedstawione są przykładowe sposoby postępowania i komunikacji: pacjent po konkretny lek, pacjent z receptą, pacjent po poradę oraz pacjent niezadowolony (tabele 70–73).

Tabela 70. Pacjent po konkretny lek

LP.	ETAP OBSŁUGI	SUGEROWANE ZACHOWANIE
1	Powitanie	Dzień dobry, w czym mogę pomóc? – Pacjent chce… (*nazwa leku*)
2	Rozpoznanie potrzeb (kluczowe 3 pytania: 1. wiek, 2. kontekst, 3. inne leki)	1) „Dla kogo jest ten preparat?”; 2) „Jak Pan(i) opisałby(-aby) ten ból?”/„Jakie są objawy?”; 3) „Czy już coś Pan(i) wcześniej stosował(a)?”
3	Realizacja podstawowej potrzeby	„(*nazwa leku*) jest w tym przypadku znakomitym wyborem” lub „Dobry wybór na taką okoliczność”
3a	Potwierdzenie dobrej ceny	„Świetnie, bo dziś jest on w dobrej cenie”
4	Sprzedaż komplementarna	„Na ból w jamie ustnej polecam Panu(-i)… (*nazwa rekomendowanego przez farmaceutę leku*) do płukania – pacjenci bardzo sobie go chwalą”; „Czy oprócz bólu są jakieś inne objawy, np. kaszel, czy gorączka?” – jeśli pacjent potwierdzi, farmaceuta kontynuuje prezentację innych produktów
5	Przygotowanie produktów	Włożenie leków do torby papierowej (reklamówki)
6	Zapłata	Wyraźne przekazanie reszty i paragonu fiskalnego

LP.	ETAP OBSŁUGI	SUGEROWANE ZACHOWANIE
7	Pożegnanie	„Dziękuję bardzo” – odpowiedź na „Dziękuję” pacjenta lub po prostu „Do zobaczenia” (konieczny kontakt wzrokowy)

Źródło: Pharma Consulting, *Standardy obsługi*…, dz. cyt., s. 22; DOZ S.A., *Podręcznik operacyjny*…, dz. cyt., s. 26.

Tabela 71. Pacjent z receptą

LP.	ETAP OBSŁUGI	SUGEROWANE ZACHOWANIE
1	Powitanie	„Dzień dobry, w czym mogę pomóc?” – zwrot wypowiedziany wtedy, kiedy pacjent znajduje się przy okienku
2	Rozpoznanie potrzeb – kontrola recepty przy pacjencie	Zwrot typu: „Lekarz przepisał Panu(-i)…, a kuracja jest na cały miesiąc. To lek z beta-blokerem, czyli substancją, która ma obniżyć ciśnienie tętnicze krwi” – (uwaga na dolegliwości dyskretne – dopasowanie do sytuacji/rozmówcy)
3	Realizacja podstawowej potrzeby – dostarczenie produktu	„Proszę chwilę poczekać, ponieważ ten lek mam w magazynie” – pamiętać należy o wypowiadaniu tej kwestii przy zachowaniu kontaktu wzrokowego
3a	Realizacja potrzeby – pytanie o dawkowanie	„Jakie Panu(-i) lekarz zalecił dawkowanie?” – jeśli pacjent nie pamięta, to konieczne jest zapisanie dawkowania na opakowaniu leku, z wykorzystaniem dostępnych etykiet naklejanych na opakowanie leku (dawkowanie i przewidywana data zużycia leku); zapiski muszą opierać się na zaleceniach lekarza, a nie na podstawie dawkowania umieszczonego na recepcie
4	Sprzedaż komplementarna	„Pewnie ma Pan(i) w domu lek osłonowy, np.… (*nazwa probiotyku*), który ochroni żołądek przed nadmiernym obciążeniem od antybiotyku/ nadkażeniom grzybiczym?”; „Czy występują jakieś inne dolegliwości, np. gorączka?”
5	Przygotowanie produktów	Farmaceuta gromadzi wszystkie leki, a na życzenie pacjenta oznacza produkty imionami pacjentów, jeśli jedna osoba realizuje recepty dla kilku osób w rodzinie lub pakuje leki w osobne torby. Przygotowanie torby na leki i włożenie ich do środka
6	Zapłata	Wyraźne przekazanie reszty i paragonu fiskalnego
7	Pożegnanie	„Dziękuję bardzo” – odpowiedź na „Dziękuję” pacjenta lub po prostu „Do zobaczenia” (konieczny kontakt wzrokowy)

Źródło: Pharma Consulting, *Standardy obsługi*…, dz. cyt., s. 23; DOZ S.A., *Podręcznik operacyjny*…, dz. cyt., s. 27.

Tabela 72. Pacjent po poradę

LP.	ETAP OBSŁUGI	SUGEROWANE ZACHOWANIE
1	Powitanie	„Dzień dobry, w czym mogę pomóc?”
2	Rozpoznanie potrzeb – wywiad podstawowy	„Dla kogo ma być ten lek?” (ważny wiek pacjenta); „Co to za ból?” lub „Czy zdarzało się to już kiedyś?”; „Czy były już brane jakieś leki?” i „Czy był(a) Pan(i) zadowolony(-a)” (jeśli tak i jest ten produkt w aptece, to wskazanie farmaceuty idzie w tym kierunku)
3	Wywiad dodatkowy, gdy jest taka potrzeba (warto mieć zgodę pacjenta)	„Pozwoli Pan(i), że zadam kilka pytań, które pozwolą mi lepiej dobrać produkt?”; „Czy ma Pan(i) nadciśnienie?”; „Czy coś jeszcze Pana(-ią) niepokoi?” – jako ewentualne przygotowanie się do sprzedaży uzupełniającej
3a	Realizacja podstawowej potrzeby – prezentacja produktu	„Skoro mówił(a) Pan(i), że… (*parafraza*), to najlepszym rozwiązaniem będzie... (*nazwa rekomendowanego przez farmaceutę produktu*). Zawiera on bezpieczną substancję, dlatego przy takim silnym bólu może Pan(i) przyjąć od razu 2 tabletki, ale po zjedzeniu czegoś wcześniej”
4	Prezentacja ceny	Gdy farmaceuta jest pewien, że produkt ma dobrą cenę, to może to podkreślić: „A dodatkowo mamy go dzisiaj w dobrej cenie”
5	Sprzedaż komplementarna	„Mówił(a) Pan(i), że pojawiają się jeszcze (np. skurcze), to warto do tego przyjmować również… (*nazwa produktu uzupełniającego kurację*). Pewnie ma Pan(i) w domu, to proszę brać raz dziennie”
6	Przygotowanie produktów	Farmaceuta gromadzi wszystkie leki, a na życzenie pacjenta oznacza produkty imionami pacjentów, jeśli jedna osoba realizuje recepty dla kilku osób w rodzinie lub pakuje leki w osobne torby. Przygotowanie torby na leki i włożenie ich do środka
7	Zapłata	Wyraźne przekazanie reszty i paragonu fiskalnego
8	Pożegnanie	„Do zobaczenia” (konieczny kontakt wzrokowy) albo zwykłe pożegnanie: „Życzę miłego dnia”

Źródło: Pharma Consulting, *Standardy obsługi*…, dz. cyt., s. 24; DOZ S.A., *Podręcznik operacyjny*…, dz. cyt., s. 28.

Tabela 73. Pacjent niezadowolony

OSOBA	ETAP ROZMOWY	ZACHOWANIE
Farmaceuta	Powitanie	„Dzień dobry, w czym mogę pomóc?” – zwrot wypowiedziany, kiedy pacjent znajduje się przy okienku
Pacjent	Reklamacja	„Oszukaliście mnie, bo jak kupowałem lek… (*nazwa leku*) wczoraj, to dostałem 3 zamiast 4 listków w opakowaniu”
Farmaceuta	Uszczegóławianie problemu	„Proszę dokładnie powiedzieć, co się wydarzyło i kiedy, a ja zrobię wszystko, żeby Panu(-i) pomóc”

OSOBA	ETAP ROZMOWY	ZACHOWANIE
Pacjent	Tłumaczenie	„To było po 10 rano, kiedy realizowałem(-am) receptę i kupowałem(-am) jeszcze… (*nazwa leku*). Tak żerujecie na ludzkiej krzywdzie?”
Farmaceuta	Uspokojenie	„Z pewnością nie było to celowe działanie i to bardzo dziwne. Pomogę to wyjaśnić, ale muszę skontaktować się z kierownikiem apteki. Proszę usiąść i chwilę poczekać”
Farmaceuta	Rozwiązanie	„To wyjątkowa sytuacja i choć zwykle tego nie praktykujemy, to apteka uzna Pana(-i) reklamację. Proszę, oto brakujący listek. Mam nadzieję, że takie zdarzenie się już nie powtórzy i dziękuję, że to Pan(i) zgłosił(a)”
Farmaceuta	Pożegnanie	„Przepraszamy za niedogodność i do zobaczenia” (konieczny kontakt wzrokowy w tym momencie)

Źródło: Pharma Consulting, *Standardy obsługi*…, dz. cyt., s. 25; DOZ S.A., *Podręcznik operacyjny*…, dz. cyt., s. 30.

Egzemplifikacja sformułowań we wskazanych sytuacjach ma na celu usprawnienie procesu komunikacji farmaceuty z pacjentem i pokazanie, jak można się zachować w różnych sytuacjach, które mogą się pojawić podczas obsługi pacjenta. Przyjęcie formy sformalizowanych wskazówek, ujętych w ramach podręcznika operacyjnego, standardowej procedury operacyjnej, zarządzenia czy zalecenia ma za zadanie pokazać, że te aspekty są niezmiernie ważne dla apteki, ponieważ pozornie nieistotna czynność może się okazać niezmiernie ważna z perspektywy klienta (pacjenta).

4.5. System nadzoru farmaceutycznego a jakość usług farmaceutycznych

Jakość usług farmaceutycznych jest determinowana przez wiele zmiennych, które podlegają weryfikacji w ramach procedury nadzoru farmaceutycznego. System prawa farmaceutycznego ściśle normuje nadzór farmaceutyczny, opierając go na Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej, co ma swoje odzwierciedlenie w rozdziale 8 ustawy Prawo farmaceutyczne (art. 108–123b). W myśl regulacji przedmiotowego aktu normatywnego Państwowa Inspekcja Farmaceutyczna, zwana dalej „Inspekcją Farmaceutyczną”, sprawuje nadzór nad[881]:

[881] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 108 ust. 1.

1) warunkami wytwarzania i importu produktów leczniczych i produktów leczniczych weterynaryjnych;
2) warunkami wytwarzania, importu i dystrybucji substancji czynnej;
3) jakością, obrotem i pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi, z wyłączeniem produktów leczniczych weterynaryjnych;
4) obrotem wyrobami medycznymi, z wyłączeniem wyrobów medycznych stosowanych w medycynie weterynaryjnej

– w celu zabezpieczenia interesu społecznego w zakresie bezpieczeństwa zdrowia i życia ludzi przy stosowaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych znajdujących się w hurtowniach farmaceutycznych, aptekach, działach farmacji szpitalnej, punktach aptecznych i placówkach obrotu pozaaptecznego. Ustawodawca dokonał bardzo szczegółowej egzemplifikacji zadań Inspekcji Farmaceutycznej, do których zaliczył[882]:

- przeprowadzanie inspekcji warunków wytwarzania i importu produktów leczniczych zgodnie z wymaganiami Dobrej Praktyki Wytwarzania;
- kontrolowanie warunków transportu, przeładunku i przechowywania produktów leczniczych i wyrobów medycznych;
- kontrolowanie warunków przechowywania, wydawania oraz transportu produktów leczniczych wykorzystywanych przez Zespół Pomocy Humanitarno-Medycznej;
- przeprowadzanie inspekcji warunków wytwarzania, importu i dystrybucji substancji czynnej zgodnie z wymaganiami Dobrej Praktyki Wytwarzania oraz Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej substancji czynnych;
- przeprowadzanie inspekcji u przedsiębiorców prowadzących działalność polegającą na prowadzeniu hurtowni farmaceutycznej;
- sprawowanie nadzoru nad jakością produktów leczniczych będących przedmiotem obrotu;
- kontrolowanie:
  - aptek i innych jednostek prowadzących obrót detaliczny i hurtowy produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi,
  - stacji sanitarno-epidemiologicznych w zakresie wymagań jakościowych oraz przechowywania i przekazywania szczepionek zgodnie z procedurami Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej;
- kontrolowanie pośredników w obrocie produktami leczniczymi;

[882] Tamże, art. 109.

– kontrolowanie jakości leków recepturowych i aptecznych sporządzonych w aptekach;
– kontrolowanie właściwego oznakowania i reklamy produktów leczniczych oraz właściwego oznakowania wyrobów medycznych;
– kontrolowanie obrotu środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi i prekursorami kategorii 1 i 4;
– współpracę ze specjalistycznym zespołem konsultantów do spraw farmacji;
– opiniowanie przydatności lokalu przeznaczonego na aptekę, punkt apteczny lub placówkę obrotu pozaaptecznego;
– współpracę z samorządem aptekarskim i innymi samorządami;
– prowadzenie rejestru aptek ogólnodostępnych i szpitalnych oraz punktów aptecznych;
– prowadzenie Rejestru Hurtowni Farmaceutycznych oraz Wytwórni Farmaceutycznych;
– prowadzenie Krajowego Rejestru Pośredników w Obrocie Produktami Leczniczymi;
– prowadzenie Krajowego Rejestru Wytwórców, Importerów oraz Dystrybutorów Substancji Czynnych;
– wydawanie opinii dotyczącej aptek, w których może być odbywany staż;
– kontrolowanie działów farmacji szpitalnej w zakresie świadczenia usług farmaceutycznych;
– przygotowywanie rocznych planów kontroli aptek i hurtowni farmaceutycznych oraz udostępnianie ich w ramach współpracy z Europejską Agencją Leków;
– nadzór nad przestrzeganiem obowiązków wymienionych w rozporządzeniu nr 2016/161, określających szczegółowe zasady dotyczące zabezpieczeń umieszczanych na opakowaniach produktów leczniczych stosowanych u ludzi[883].

Zakres i szczegółowość zadań Inspekcji Farmaceutycznej wskazuje na dużą troskę ustawodawcy mającą na celu zapewnienie wysokiego poziomu bezpieczeństwa obrotu produktami leczniczymi oraz wysokiej jakości

[883] Rozporządzenie delegowane Komisji (UE) 2016/161 z dnia 2 października 2015 r. uzupełniające dyrektywę 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady przez określenie szczegółowych zasad dotyczących zabezpieczeń umieszczanych na opakowaniach produktów leczniczych stosowanych u ludzi, Dz.U. UE z dnia 9 lutego 2016 r., L 32/1, art. 4–30, 35–42.

świadczonych usług. Przedmiotowy katalog zadań Inspekcji Farmaceutycznej implikuje odpowiednia struktura organizacyjna, oparta na następujących organach[884]:

- Główny Inspektor Farmaceutyczny jako centralny organ administracji rządowej, który wykonuje zadania przy pomocy Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego;
- wojewoda wykonujący zadania przy pomocy wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego jako kierownika wojewódzkiej inspekcji farmaceutycznej, wchodzącej w skład zespolonej administracji wojewódzkiej.

Stworzenie odrębnego, wyspecjalizowanego funkcjonalnie organu nadzoru nad rynkiem farmaceutycznym ma zagwarantować, że specjalistyczne czynności kontrolne będą przeprowadzane przez profesjonalistów, którzy posiadają fachową wiedzę i umiejętności, znają zasady funkcjonowania rynku oraz wszelkie specyficzne unormowania odnoszące się do przedsiębiorczości aptekarskiej. Taka organizacja Inspekcji Farmaceutycznej w zamyśle ustawodawcy daje rękojmię należytego nadzoru nad procesem świadczenia usług farmaceutycznych w aptekach i rynkiem farmaceutycznym w ogóle. Szeroki zakres zadań Inspekcji Farmaceutycznej i uprawnień kontrolerów ma na celu zapewnienie odpowiedniego standardu jakości świadczonych przez aptekarzy usług farmaceutycznych. Wysoka jakość udzielanych usług farmaceutycznych jest bowiem gwarantem sprawności działania systemu ochrony zdrowia pacjenta oraz efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia publicznego[885].

Analiza występowania nieprawidłowości w aptekach i patologii na rynku farmaceutycznym wskazuje, że system nadzoru farmaceutycznego jest niewydolny, a kontrole przeprowadzane w aptekach – nieefektywne. Świadczą o tym braki kadrowe w aptekach, które obrazuje wartość wskaźnika liczby farmaceutów przypadających na 1 aptekę i punkt apteczny. Jednym z problemów funkcjonowania nadzoru farmaceutycznego jest brak realnej możliwości identyfikacji aptek, w których występują niedobory farmaceutów. System prawa farmaceutycznego na etapie inicjacji działalności, przy procedurze udzielania zezwolenia na prowadzenie apteki, wymaga od podmiotu występującego o przedmiotowe zezwolenie złożenia do wojewódzkiego

[884] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 112 ust. 1.

[885] K. Żak, *Farmaceuta w aptece…*, dz. cyt., s. 296.

inspektoratu farmaceutycznego wniosku, do którego należy dołączyć imię i nazwisko farmaceuty odpowiedzialnego za prowadzenie apteki (kierownika apteki), jego identyfikator jako pracownika medycznego oraz dokumenty potwierdzające spełnienie wymagań odnośnie do obligatoryjnego wykształcenia i doświadczenia[886]. Wykaz personelu fachowego zatrudnionego nie jest wymagany na etapie procedury ubiegania się o zezwolenie na prowadzenie apteki ogólnodostępnej, lecz dopiero po otrzymaniu przedmiotowego zezwolenia, ale jeszcze przed uruchomieniem apteki. Stanowi on integralną część karty informacyjnej apteki i obejmuje następujące informacje: imię i nazwisko, numer i datę uzyskania dyplomu, prawo wykonywania zawodu, specjalizację, datę zatrudnienia[887]. Karta informacyjna apteki jest natomiast załącznikiem dołączonym do zawiadomienia o uruchomieniu apteki[888].

Pomimo obowiązków związanych ze złożeniem deklaratywnych oświadczeń przez organ prowadzący aptekę ogólnodostępną zauważyć należy, że kontrola organu nadzoru farmaceutycznego w tym zakresie jest iluzoryczna, albowiem polega wyłącznie na przyjęciu zaświadczenia o uruchomieniu apteki wraz z kartą informacyjną apteki podpisanych przez kierownika apteki. Praktyczna weryfikacja danych zawartych we wnioskach, zaświadczeniach i oświadczeniach może być dokonana wyłącznie w wyniku wdrożenia procedury sprawdzającej w ramach czynności kontrolnych prowadzonych przez inspektorów wojewódzkiego inspektoratu farmaceutycznego. Wyszukiwanie aptek bez farmaceutów, jak do tej pory pokazuje praktyka, nie stanowiło priorytetu działalności kontrolnej organów nadzoru farmaceutycznego. Jest to spowodowane następującymi przesłankami[889]:

– hermetyzacją przedsiębiorczości aptekarskiej w obszarze własności (właścicielem nowo powstałej apteki może być wyłącznie farmaceuta – zasada „apteka dla aptekarza lub spółki aptekarzy") oraz kontroli (inspektorem jest również farmaceuta), co nie sprzyja transparentności procesów kontrolnych;
– nieformalnym przyzwoleniem inspektorów Inspekcji Farmaceutycznej na pozostawanie technika farmaceutycznego na zmianie w aptece bez farmaceuty, zwłaszcza w sytuacji, kiedy właścicielem apteki

[886] Por. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 100 ust. 2 pkt 5.
[887] Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny w Lublinie, *Formularze, zezwolenia, zgody, plik 781*, „Biuletyn Informacji Publicznej". Pobrano z: http://www.bip.wif.lublin.pl/ (dostęp: 12.09.2022).
[888] K. Żak, *Farmaceuta w aptece…*, dz. cyt., s. 296.
[889] Tamże, s. 297–298.

jest farmaceuta; przejawem takiej działalności są decyzje nakazujące właścicielom aptek – farmaceutom dostosowanie prowadzonej działalności do wymogów prawa i zapewnienie w godzinach pracy apteki farmaceuty (w przypadku stwierdzenia takiej sytuacji w aptekach, w których właścicielem nie jest farmaceuta, częściej zapadają decyzje o cofnięciu zezwolenia na prowadzenie apteki)[890];

- niską jakością kontroli przeprowadzanych w aptekach i brakiem należytej staranności inspektorów farmaceutycznych – kontrole często kończą się niewykryciem nieprawidłowości, chociaż wiedzą powszechną jest, że w danej aptece występują zjawiska patologiczne (np. przeprowadzanie kontroli obecności farmaceutów w aptece w godzinach porannych, kiedy to zazwyczaj obecny jest farmaceuta, lub na tzw. zakładce zmianowej, kiedy to przez kilka godzin w aptece jest obecny cały zatrudniony personel)[891];
- niską częstotliwością kontroli jednej apteki odbywającej się średnio co 3,4 roku (częstotliwość kontroli jednej apteki jest uzależniona od regionu i wynosi w latach: 2,9 w Białymstoku, 3,2 w Bydgoszczy, 3,0 w Gdańsku, 3,0 w Gorzowie Wlkp., 3,8 w Katowicach, 2,4 w Kielcach, 3,0 w Krakowie, 6,5 w Lublinie, 3,2 w Łodzi, 2,5 w Olsztynie, 5,1 w Opolu, 4,2 w Poznaniu, 1,4 w Rzeszowie, 2,9 w Szczecinie, 5,5 w Warszawie, 4,1 we Wrocławiu)[892];
- pobłażliwością sądów aptekarskich, które często umarzają postępowanie przeciwko właścicielom aptek – farmaceutom, nawet wtedy, gdy postępowanie sądowo-administracyjne jeszcze się nie zakończyło;
- przyzwoleniem dużej części przedstawicieli samorządu zawodu aptekarskiego na sytuacje funkcjonowania apteki bez farmaceuty, spowodowanym obawą, że wnikliwe kontrole w tym zakresie doprowadzą do zamknięcia aptek indywidualnych prowadzonych przez farmaceutów.

---

[890] Według portalu mgr.farm gdyby inspektorzy farmaceutyczni podchodzili restrykcyjnie do wymogu obecności farmaceuty w aptece, już dziś nawet połowę aptek w Polsce należałoby zamknąć. Wskazują oni bowiem, że „jest niepisana umowa: my kontrolujemy od rana do godz. 16 i w tym czasie jest farmaceuta. Wieczorami inspektorzy nie pracują i właściciele aptek o tym wiedzą". mgr.farm, *Gdyby inspektorzy egzekwowali ten przepis, już dziś nawet połowę aptek należałoby zamknąć*, 2018. Pobrano z: https://mgr.farm/ (dostęp: 12.09.2022).

[891] W 2017 r. tylko w pięciu województwach odbyły się kontrole aptek poza godzinami pracy urzędów: 41 w lubuskim, 11 w mazowieckim i śląskim, 7 w wielkopolskim, 1 w podkarpackim. mgr.farm, *Sprawdziliśmy, gdzie*…, dz. cyt.

[892] M. Drozd, L. Bułaś, *Czy nieprawidłowości w aptekach ogólnodostępnych stwierdzone podczas kontroli Inspekcji Farmaceutycznej mogą być miarą jakości usług farmaceutycznych?*, cz. 1: *Analiza ogólna*, „Farmacja Polska" 2020, 76 (6), s. 309.

Brak należytej staranności inspektorów farmaceutycznych w wykonywaniu swoich obowiązków przekłada się na nieefektywność procesów kontrolnych, co z kolei powoduje, że organ prowadzący aptekę nie widzi konieczności zatrudnienia w aptekach odpowiedniej liczby farmaceutów, albowiem nie ma takiej presji ze strony organu nadzoru farmaceutycznego, a konsekwencje wynikające z wykrycia takiego procederu nie są dla apteki dotkliwe. Prawdopodobieństwo wykrycia braku farmaceuty w aptece jest na tyle niewielkie, że właściciele aptek są w stanie wkalkulować to ryzyko w bieżącą działalność operacyjną[893]. Wynika to z niskiej częstotliwości kontroli pojedynczej apteki (średnio co 3,4 roku). Jak słusznie wskazują M. Drozd i L. Bułaś, „częstotliwość kontroli pojedynczej apteki ma bezpośredni wpływ na jakość usług w niej świadczonych, gdyż każda kontrola ma zadanie edukacyjne, szczególnie w przypadku wykazania nieprawidłowości poprzez m.in. wyznaczenie terminu ich usunięcia. Im rzadziej kontrolowany jest podmiot, w którym stwierdzono nieprawidłowości w jego funkcjonowaniu, tym większe prawdopodobieństwo, że może dochodzić do utrwalenia działań nieprawidłowych i braku możliwości usunięcia ich z codziennej praktyki aptekarskiej”[894].

Nieefektywność operacyjna kontroli przeprowadzanych przez Inspekcję Farmaceutyczną skutkuje nie tylko upowszechnieniem patologii w praktyce aptecznej, ale również niskimi wynagrodzeniami farmaceutów, ponieważ brak presji ze strony organów nadzoru farmaceutycznego powoduje, że właściciele aptek nie „walczą” o pozyskanie farmaceutów i zatrudniają w ich miejsce „tańszych” techników farmaceutycznych. Cierpi na tym przede wszystkim pacjent, który otrzymuje usługę o wątpliwej jakości. Implementacja opieki farmaceutycznej w praktyce aptecznej oraz wysoki standard jakości usług farmaceutycznych, zadań i czynności zawodowych determinują konieczność funkcjonowania efektywnego systemu nadzoru farmaceutycznego. Obecna konstrukcja systemu nadzoru farmaceutycznego, opartego na Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej, kontrolującej funkcjonowanie aptek i aptekarzy poprzez inspektorów-farmaceutów wydaje się mało produktywna. Od lat w przestrzeni publicznej toczy się dyskusja, czy nadzór farmaceutyczny oparty wyłącznie na pracy inspektorów-farmaceutów może

[893] Skrajnym przykładem skutków takiego działania jest sytuacja braku farmaceutów w połowie aptek skontrolowanych przez Wielkopolskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego w ciągu niespełna dwutygodniowej akcji zmasowanych kontroli w 2019 r. Ł. Waligórski, *W co drugiej aptece nie było farmaceuty. Oto wynik kontroli Inspekcji*, mgr. farm, 2019. Pobrano z: https://mgr.farm/ (dostęp: 12.09.2022).

[894] M. Drozd, L. Bułaś, *Czy nieprawidłowości…*, dz. cyt., s. 311.

być wydolny i czy nie zachodzi obawa, że źle rozumiana solidarność zawodowa może negatywnie wpływać na jakość procesów kontrolnych (np. w sytuacjach, kiedy inspektor-farmaceuta kontroluje aptekę, której właścicielem jest również farmaceuta). Brak farmaceutów w aptekach i upowszechnienie w praktyce gospodarczej występowania aptek bez farmaceuty wskazują na zaawansowaną patologię w systemie nadzoru nad aptekami i wymagają podjęcia pilnych działań optymalizacyjnych – wprowadzenia dozoru nad nadzorem farmaceutycznym.

Oceniając system nadzoru farmaceutycznego, można odnieść wrażenie, że dobro nadrzędne, jakim jest dobro pacjenta, ustępuje partykularnym interesom jednej grupy zawodowej. Obecna sytuacja na rynku aptecznym – niedobór personelu farmaceutycznego w aptekach – stanowi efekt źle zaprojektowanego systemu nadzoru i kontroli nad rynkiem farmaceutycznym. Wątpliwości może pogłębiać struktura procesów nadzoru opartych na kontroli podmiotu, którego właścicielem jest farmaceuta, przeprowadzanych przez inspektora-farmaceutę. Już taka konstrukcja na pierwszy rzut oka może wskazywać na możliwość występowania źle rozumianej solidarności zawodowej, bardzo rozpowszechnionej wśród przedstawicieli zawodów medycznych. Racjonalizacja systemu nadzoru nad rynkiem farmaceutycznym wymaga zmiany dotychczasowego modelu kontroli. Rozwiązaniem zmierzającym w dobrym kierunku jest system kontroli zintegrowanej, oparty na wprowadzeniu do zespołów kontrolnych dodatkowych inspektorów, którzy nie są farmaceutami. Optymalizacja procesów kontrolnych może zostać również osiągnięta poprzez połączenie podsystemów kontroli farmaceutycznej z podsystemami kontroli skarbowej i inspekcji pracy, albowiem tylko interdyscyplinarny zespół kontrolny w składzie: inspektor farmaceutyczny, informatyk, urzędnik kontroli skarbowej i pracownik inspekcji pracy mogą dokonać kompleksowej, wielowymiarowej i efektywnej kontroli apteki.

Rozdział 5.

Aktywność rynkowa aptek w świetle badań pierwotnych

5.1. Metodyka badania empirycznego

5.1.1. Cel i procedura oraz metoda badawcza

Aktywność rynkowa aptek ogólnodostępnych opiera się na osiąganiu celów komercyjnych poprzez pełnienie społecznej misji ochrony zdrowia publicznego. Wyrazem tej aktywności są przyjęte najskuteczniejsze z punktu widzenia podmiotu świadczącego usługi farmaceutyczne sposoby postępowania, tworzące określoną orientację działania przedsiębiorstwa. Każdy sposób aktywności wymaga od organu prowadzącego aptekę przyjęcia odpowiedniej formy prowadzenia działalności operacyjnej w oparciu o konkretny zakres działań, który może bezpośrednio lub pośrednio oddziaływać na jej pozycję rynkową i wyniki finansowe.

Przedmiotem badań jest wpływ otoczenia rynkowego na podejmowane działania w zakresie budowania przewag konkurencyjnych oraz wielowymiarowa ocena wpływu orientacji aktywności apteki ogólnodostępnej na jakość świadczenia usług farmaceutycznych w Polsce. Zgromadzone wyniki badań pozwoliły:

- dokonać rozróżnienia aptek ogólnodostępnych w odniesieniu do ich rodzaju aktywności;
- wytypować liczbę aptek bez farmaceuty;
- wskazać zależności pomiędzy rodzajem aktywności a jakością usług farmaceutycznych świadczonych w aptece;
- wskazać zależności pomiędzy niedoborem farmaceuty w aptece a jakością świadczonych usług.

Badania zorientowane były na identyfikację sposobów budowania przewag konkurencyjnych przez zarządzających polskimi aptekami. Zakres podmiotowy niniejszych badań stanowili zatrudnieni w polskich aptekach farmaceuci (osoby legitymujące się wyższym wykształceniem farmaceutycznym, posiadający prawo wykonywania zawodu farmaceuty). Zakres terytorialny stanowił obszar trzech województw wytypowanych w oparciu o kryterium demograficzne (liczba ludności przypadająca na jedną aptekę) i podmiotowe (liczba aptek ogólnodostępnych zarejestrowanych i prowadzących działalność operacyjną).

Procedura badawcza oparta jest na opinii farmaceutów (w tym właścicieli aptek, kierowników aptek) zatrudnionych w aptekach ogólnodostępnych, czyli w placówkach stanowiących ostatnie ogniwo w łańcuchu dystrybucji produktów farmaceutycznych. Z udziału w procesie badawczym wyłączono techników farmaceutycznych z uwagi na ich wąski kompetencyjny zakres odpowiedzialności. Proces badawczy w badaniach empirycznych, ze względu na wykonywane czynności, został podzielony na trzy fazy: początkową (sformułowanie celu, problemu, hipotez i metod badawczych), zasadniczą (realizacja badań teoretycznych i empirycznych) i końcową (sformułowanie wniosków)[895]. Realizacja badań empirycznych przebiegała na trzech etapach przeprowadzonych w okresie od 1 lutego do 30 czerwca 2022 r.:

1) etap 1: badanie aktywności aptek ogólnodostępnych do celów ich rozróżnienia w odniesieniu do konkretnego rodzaju aktywności;
2) etap 2: określenie liczby aptek ogólnodostępnych bez farmaceuty;
3) etap 3: badanie jakości usług farmaceutycznych do celów analizy zależności pomiędzy rodzajem aktywności i niedoborem farmaceuty w aptece a jakością usług farmaceutycznych świadczonych w aptece.

W celu realizacji założeń badania empirycznego do weryfikacji hipotez badawczych oraz problemu badawczego zostały zastosowane zróżnicowane metody badawcze, przedstawiające ustalony sposób postępowania w określonej sytuacji w odniesieniu do sformułowanego problemu. Każda przyjęta metoda badawcza jest oparta na zestawie czynności i środków, prowadzących do wykonania określonego zadania o charakterze naukowym bądź do rozwiązania danego problemu – stanowi więc ściśle określoną procedurę badawczą, w której „wykorzystuje się odpowiednie narzędzia badawcze, a należące do niej rozważania są odniesione do otaczającej rzeczywistości”[896].

Do pozyskania informacji od farmaceutów (w tym właścicieli aptek, kierowników aptek) na temat aktywności apteki została zastosowana metoda ankietowa wykorzystująca jako narzędzie kwestionariusz, którego ostateczny kształt został przyjęty po przeprowadzeniu badania pilotażowego[897]. Obecność w aptece farmaceuty oraz jakość obsługi klienta zostały

[895] Por. R. Wojciechowska, *Proces badawczy w naukach ekonomicznych*, Oficyna Wydawnicza SGH w Warszawie, Warszawa 2011, s. 41–47.

[896] H.G. Adamkiewicz-Drwiłło, *Współczesna metodologia nauk ekonomicznych*, Wydawnictwo „Dom Organizatora”, Toruń 2008, s. 41.

[897] Z uwagi na szerokie zastosowanie i znaczenie ankiety w badaniach empirycznych często w literaturze przedmiotu określana jest ona jako metoda badań naukowych. J. Apanowicz, *Metodologiczne uwarunkowania pracy naukowej. Prace doktorskie. Prace habilitacyjne*, Difin, Warszawa 2005, s. 60.

zweryfikowane poprzez zastosowanie metodyki tajemniczego klienta (ang. *mystery shopper*, *mystery shopping*), a dane zebrano z wykorzystaniem kwestionariusza obserwacji. *Mystery shopping* jako badanie oparte na obserwacji stanowi najbardziej skuteczny instrument badania poziomu jakości obsługi, albowiem w sposób najbardziej zbliżony do rzeczywistości „relacjonuje" jej przebieg. W odróżnieniu od badania ankietowego, koncentrującego się na subiektywnych ocenach i odczuciach, *mystery shopping* gromadzi fakty „tak, jak je objawia natura", przez co jego obiektywizm i użyteczność są dużo wyższe niż w przypadku badania deklaratywnego[898].

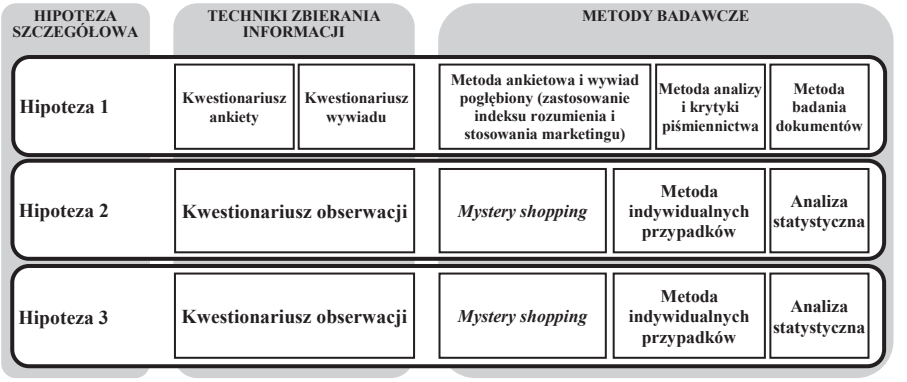
Kwestionariusz obserwacji oraz ankiety badawczej stanowi podstawową technikę pozyskiwania danych. Oprócz obserwacji cele badań empirycznych podlegały weryfikacji za pomocą metody analizy i krytyki piśmiennictwa, metody badania dokumentów (ze szczególnym uwzględnieniem analizy aktów prawnych), metody indywidualnych przypadków oraz analizy statystycznej[899]. W badaniu empirycznym przyjęto hipotezę główną wskazującą, że orientacja aktywności apteki i niedobory farmaceutów determinują jakość świadczenia usług farmaceutycznych w Polsce, co wymaga weryfikacji następujących hipotez szczegółowych:

1. Do realizacji celów i zadań apteki ogólnodostępnej wykorzystywana jest orientacja sprzedażowa albo orientacja rynkowa przy pominięciu innych typów orientacji.
2. Apteki o orientacji sprzedażowej w mniejszym stopniu dbają o jakość usług farmaceutycznych niż apteki o orientacji rynkowej.
3. Upowszechnienie w praktyce rynkowej występowania aptek bez farmaceuty negatywnie wpływa na jakość świadczonych usług farmaceutycznych w aptece ogólnodostępnej.

W procesie weryfikacji poszczególnych hipotez szczegółowych wykorzystano następujące techniki zbierania informacji oraz metody analizy danych (rysunek 80).

[898] Por. A. Wódkowski, *Mystery shopping – badanie jakości usług*, [w:] Maison D., Noga-Bogumilski A. (red.), *Badania marketingowe. Od teorii do praktyki* (221–239), Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007, s. 221–239.

[899] Nazwy metod badań naukowych zostały podane na podstawie typologii J. Apanowicza. J. Apanowicz, *Metodologiczne uwarunkowania…*, dz. cyt., s. 57.



Rysunek 80. Techniki zbierania informacji oraz metody badawcze zastosowane w procesie analizy danych

Źródło: Opracowanie własne.

W celu dokonania podziału na apteki o orientacji rynkowej (marketingowej) i apteki o orientacji sprzedażowej (dystrybucyjnej) zastosowano indeks rozumienia i stosowania marketingu, który jako narzędzie służące do analizy aktywności marketingowej został opracowany przez pracowników naukowych Katedry Rynku i Marketingu Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie w 2008 r.[900] Istota indeksu została oparta na wielowymiarowej, ważonej ocenie prawidłowości rozumienia klasycznych zasad marketingu oraz wykorzystywania podstawowych instrumentów marketingowych[901]. Koncepcja powstała jako odpowiedź na zapotrzebowanie płynące z rynku w związku ze złożonością i wieloaspektowością marketingu oraz z pojawianiem się w przestrzeni marketingu następujących błędów[902]:

– braku jednoznaczności rozumienia przez badaczy i badanych podstawowych pojęć: „marketing", „orientacja rynkowa", „działania marketingowe", „instrumenty marketingowe" itp.;

[900] K. Żak, *Zmodyfikowany indeks rozumienia i stosowania marketingu jako instrument oceny aktywności marketingowej aptek ogólnodostępnych w Polsce*, materiał w trakcie procesu recenzowania i publikacji pokonferencyjnej w ramach Międzynarodowej Konferencji Naukowej „Zdrowie i Style Życia. Ekonomiczne, społeczne i zdrowotne wyzwania w społeczeństwie postpandemicznym – Wrocław 2022", zrealizowanej 19–20 maja 2022 r. na Wydziale Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, s. 2.

[901] T. Taranko, *Ocena aktywności marketingowej przedsiębiorstw za pomocą indeksu rozumienia i stosowania marketingu*, [w:] Niestrój R. (red.), *Tożsamość i wizerunek marketingu* (164–174), Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2009, s. 164.

[902] Tamże.

– subiektywnej oceny, dokonywanej przez osoby badane, dotyczącej głębokości orientacji aktywności przedsiębiorstwa i zakresu realizowanych działań marketingowych;
– deklaratywnego charakteru badań, trudnego do zweryfikowania bez głębszych studiów faktograficznych, realizowanych w badanych przedmiotach;
– skłonności badanych osób, zwłaszcza menedżerów odpowiadających za działania marketingowe, do zawyżania oceny tych działań w porównaniu z faktycznie realizowanym ich zakresem i poziomem.

Ocena znajomości zasad oraz aktywności marketingowej dokonywana jest na podstawie deklaracji menedżerów odpowiedzialnych za działania marketingowe. Do weryfikacji znajomości podstawowych zasad marketingu i stosowania instrumentów marketingowych w badanych przedsiębiorstwach zaproponowano zestaw 11 stwierdzeń opisujących konkretne wymiary koncepcji marketingu, którym przypisano punkty wyrażające wagę danego wymiaru aktywności przedsiębiorstwa w całościowym rozumieniu systemu marketingu (tabela 74).

Tabela 74. Stwierdzenia opisujące wymiary marketingu

LP.	STWIERDZENIE	WAGA
1	W naszej firmie staramy się rozpoznawać potrzeby i oczekiwania klientów	3
2	Prowadzimy działania reklamowe lub PR, staramy się wystawiać na targach, stosujemy czasem promocje sprzedaży	2
3	Ceny produktów lub usług dostosowujemy przede wszystkim do kosztów	1
4	Ceny produktów lub usług dostosowujemy do możliwości nabywczych klientów	2
5	Z punktu widzenia naszej firmy kluczową kwestią jest oszacowanie wielkości popytu na nasz produkt	1
6	Regularnie i często badamy poziom satysfakcji naszych nabywców	2
7	Systematycznie oceniamy atuty i słabości naszych konkurentów	2
8	Nasza firma w niewielkim stopniu kieruje się zachowaniami konkurentów	2
9	W naszej firmie osoby związane z marketingiem mają duży wpływ na tworzenie nowych produktów	3
10	Wyniki badań marketingowych wykorzystywane są przede wszystkim przez osoby zajmujące się marketingiem	1
11	W naszej firmie mamy dział, komórkę lub osobę zajmującą się marketingiem	3

Źródło: T. Taranko, *Ocena aktywności…*, dz. cyt., s. 165.

Indeks rozumienia i stosowania marketingu w tej postaci został zastosowany w 2008 r. do oceny aktywności marketingowej przedsiębiorstw, pozwalając określić znaczenie oceny efektów działań marketingowych jako pochodną rozumienia zasad marketingu[903]. Specyfika świadczenia usług oraz dynamika zmiany zachodzące na aptecznym rynku farmaceutycznym spowodowały konieczność modyfikacji indeksu rozumienia i stosowania marketingu (tabela 75).

Tabela 75. Zmodyfikowana wersja indeksu rozumienia i stosowania marketingu (wersja 2.0)

LP.	WSKAŹNIKI WIELOWYMIAROWEJ OCENY ROZUMIENIA I STOSOWANIA MARKETINGU	WARTOŚĆ WSKAŹNIKA (pkt)
I	**Rozpoznawanie oczekiwań i potrzeb klientów**	**3**
1	Potrzeby klienta stanowią punkt wyjścia podejmowanych przez naszą aptekę działań	0,5
2	Regularnie przeprowadzamy badania odnośnie do oczekiwań i potrzeb naszych klientów w kontekście działania naszej apteki	1
3	W naszej aptece dzielimy klientów na poszczególne grupy (segmenty) i do nich dostosowujemy naszą ofertę rynkową	1
4	W naszej aptece potrzeby klienta są identyfikowane i zaspokajane bez uszczuplenia wpływów ze sprzedaży	0,5
II	**Prowadzenie działań reklamowych lub PR, stosowanie promocji sprzedaży**	**2**
5	W trosce o naszych klientów zawsze informujemy o naszych produktach, które oferujemy po atrakcyjnej cenie	0,1
6	W ramach budowania relacji oferujemy naszym stałym klientom dodatkowe korzyści związane z zakupami w naszej aptece	0,2
7	Przyjmujemy zamówienia na nasz asortyment przez telefon	0,2
8	Dostarczamy produkty bezpośrednio do domu klienta	0,2
9	Sporządzamy leki recepturowe w ciągu 30 min, o ile technologia wytwarzania na to pozwoli	0,2
10	Oferujemy naszym klientom bezpłatnie pomiar ciśnienia krwi	0,1
11	Oferujemy naszym klientom bezpłatnie pomiar masy ciała	0,1
12	Oferujemy naszym klientom bezpłatnie pomiar wzrostu	0,1
13	Oferujemy naszym klientom bezpłatnie pomiar tkanki tłuszczowej	0,1
14	Oferujemy naszym klientom możliwość obliczenia współczynnika BMI	0,1
15	Cyklicznie organizujemy dla naszych klientów badanie densytometryczne kości	0,2
16	Cyklicznie organizujemy dla naszych klientów dermokonsultacje	0,2

[903] K. Żak, *Zmodyfikowany indeks*…, dz. cyt., s. 3.

LP.	WSKAŹNIKI WIELOWYMIAROWEJ OCENY ROZUMIENIA I STOSOWANIA MARKETINGU	WARTOŚĆ WSKAŹNIKA (pkt)
17	Nasza apteka posiada wykupione miejsca na tzw. reklamę zewnętrzną (*outdoor*)	0,1
18	Nasza apteka eksponuje wewnątrz lokalu listy cenowe w formie plakatu	0,1
III	**Polityka cenowa dostosowana do kosztów**	**1**
19	Ceny naszych produktów (z wyłączeniem leków refundowanych) są ustalane tak, aby zapewnić rentowność apteki	0,3
20	W działaniach naszej apteki kierujemy się głównie maksymalizacją sprzedaży	0,3
21	W naszej aptece maksymalizacja sprzedaży odbywa się kosztem identyfikacji i zaspokajania potrzeb klienta	0,4
IV	**Polityka cenowa dostosowana do możliwości nabywczych klientów**	**2**
22	Stosujemy politykę rabatową dla stałych klientów	0,4
23	Oferujemy dodatkowy rabat dla seniorów	0,4
24	Oferujemy dodatkowy rabat na produkty dla niemowląt i dzieci	0,4
25	Jesteśmy postrzegani w okolicy jako „tania apteka”	0,4
26	W naszej aptece farmaceuta może „uznaniowo” udzielić rabatu każdemu klientowi	0,4
V	**Wspieranie popytu na usługi świadczone w aptece**	**1**
27	Eksponując towar, stosujemy metodę „powielania twarzy” (multifacing)	0,1
28	Towar w naszej aptece jest ułożony kategoriami (stosujemy *category management*)	0,3
29	W naszej aptece realizacja celów społecznych jest ważniejsza niż realizacja celów komercyjnych	0,2
30	Posiadamy szeroki asortyment produktów, aby zapewnić klientom realizację zamówienia przy pierwszej wizycie	0,4
VI	**Dbałość o poziom satysfakcji klientów**	**3**
31	W naszej aptece prowadzona jest profesjonalna opieka farmaceutyczna	0,5
32	Szczegółowo informujemy klienta o wpływie oferowanych produktów leczniczych i suplementów diety na jego stan zdrowia	0,5
33	Szczegółowo informujemy klienta o skutkach ubocznych sprzedawanych produktów leczniczych	0,5
34	Informujemy klienta o tańszych zamiennikach zawsze, gdy takowe występują	0,3
35	W sytuacji braku asortymentu zamawiamy produkty lecznicze, wyroby medyczne i inne produkty, aby klient mógł je odebrać w dogodnym dla siebie czasie	0,3
36	Udzielamy porad terapeutycznych, nie podważając autorytetu lekarza	0,3

LP.	WSKAŹNIKI WIELOWYMIAROWEJ OCENY ROZUMIENIA I STOSOWANIA MARKETINGU	WARTOŚĆ WSKAŹNIKA (pkt)
37	W naszej aptece przeprowadzane są regularne badania jakości obsługi klienta	0,3
38	Regularnie przeprowadzamy badania satysfakcji naszych klientów	0,3
VII	**Ocena atutów i słabości konkurentów**	**2**
39	Regularnie przeprowadzamy badania poziomu cen konkurencji	0,5
40	Systematycznie oceniamy atuty i słabości naszych konkurentów	0,5
41	Głównym sposobem konkurowania naszej apteki jest polityka wysokiej jakości obsługi klienta	0,5
42	Głównym sposobem konkurowania naszej apteki jest polityka niskich cen	0,5
VIII	**Kierowanie się zachowaniami konkurentów**	**2**
43	Ceny naszych produktów są wyższe od cen w konkurencyjnych aptekach	1
44	Nasza apteka w niewielkim stopniu kieruje się zachowaniami konkurentów	1
IX	**Wpływ personelu na świadczenie usług w aptece**	**2**
45	W naszej aptece personel farmaceutyczny ma duży wpływ na świadczone usługi	1
46	W naszej aptece osoby odpowiedzialne za marketing mają duży wpływ na świadczone usługi	1
X	**Wykorzystywanie badań marketingowych**	**1**
47	Wyniki badań marketingowych są wykorzystywane przede wszystkim przez osoby zajmujące się marketingiem	0,5
48	W naszej aptece personel farmaceutyczny nie jest informowany o wynikach badań marketingowych prowadzonych przez aptekę	0,5
XI	**Stosunek do marketingu**	**1**
49	W naszej aptece marketing wspomaga proces świadczenia usług farmaceutycznych	0,5
50	W naszej aptece jest wyznaczona osoba, która zajmuje się marketingiem	0,5

Źródło: K. Żak, *Zmodyfikowany indeks*…, dz. cyt., s. 7–8.

Implementacja zmian spowodowała, że w zmodyfikowanym indeksie rozumienia i stosowania marketingu (wersja 2.0) w ramach 11 kategorii wyodrębniono 50 stwierdzeń, opartych na merytorycznym rozeznaniu ich ważności. Poszczególne stwierdzenia respondentów są pochodną z danych zebranych na podstawie kwestionariusza ankiety. Maksymalna wartość indeksu to 40 punktów. Konstrukcja indeksu rozumienia i stosowania marketingu bazuje na możliwości dokonania klasyfikacji przedsiębiorstw do trzech grup[904]:

[904] T. Taranko, *Ocena aktywności…*, dz. cyt., s. 165–166.

– pierwsza grupa o niskiej wartości indeksu (0–19 pkt);
– druga grupa o średniej wartości indeksu (20–29 pkt) i
– trzecia grupa o wysokiej wartości indeksu (30–40 pkt).

Zmodyfikowany indeks rozumienia i stosowania marketingu (wersja 2.0) umożliwia dokonanie klasyfikacji badanych podmiotów w oparciu o dwa podstawowe rodzaje orientacji aktywności[905]:

– podmioty o orientacji sprzedażowej – charakteryzujące się niską wartością indeksu (0–19 pkt);
– podmioty o orientacji rynkowej – charakteryzujące się średnią i wysoką wartością indeksu (odpowiednio 20–29 pkt i 30–40 pkt).

Wybór pomiędzy orientacją sprzedażową i rynkową w odniesieniu do możliwości klasyfikacji aktywności aptek ogólnodostępnych wynika z misji apteki, zadań farmaceuty oraz specyfiki procesu świadczenia usług farmaceutycznych, które zostały określone w systemie prawa farmaceutycznego[906]. Wyklucza to możliwość dokonania przyporządkowania aktywności apteki do orientacji produkcyjnej, produktowej i w konsekwencji: holistycznej. Wybór pomiędzy orientacją sprzedażową i rynkową wymaga dokonania stosownych obliczeń według formuły:

– za opinię „zdecydowanie tak" – liczba punktów za dane stwierdzenie x 2;
– za opinię „raczej tak" – liczba punktów za dane stwierdzenie x 1;
– w kategoriach III („polityka cenowa dostosowana do kosztów"), VIII („kierowanie się zachowaniami konkurentów") i X („wykorzystywanie badań marketingowych") punktowane były opinie negatywne („zdecydowanie nie" – liczba punktów za dane stwierdzenie x 2, „raczej nie" – liczba punktów za dane stwierdzenie x 1).

Zebrane dane zostały poddane analizie statystycznej, ponieważ z punktu widzenia celów badawczych istotne są zależności korelacyjne, czyli związek między dwoma cechami, które pozwalają określić współczynnik korelacji – liczbową miarę siły tego związku[907]. Do analizy siły współzależności opinii zastosowano miarę statystyczną, opartą na tablicy korelacyjnej

[905] Por. K. Żak, *Zmodyfikowany indeks*…, dz. cyt., s. 10.
[906] Por. K. Żak, *Realizacja celów…*, dz. cyt., s. 123–150.
[907] Por. P. Francuz, R. Mackiewicz, *Liczby nie wiedzą, skąd pochodzą. Przewodnik po metodologii i statystyce nie tylko dla psychologów*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2007, s. 474.

– współczynniku zbieżności Cramera C_{xy}[908]. Jest on oparty na empirycznej wartości statystyki chi-kwadrat (χ^2) i wyznaczany jako[909]:

$$C_{xy} = + \sqrt{\frac{\chi^2}{n \quad (v-1)}} = C_{yx} \qquad 5.1$$

gdzie v = min (k, l), a χ^2 – określane jako:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^{k} \sum_{j=1}^{l} \frac{(n_{ij} - \hat{n}_{ij})^2}{\hat{n}_{ij}} \qquad 5.2$$

przyjmuje wartości z przedziału: $\langle 0, \ n\sqrt{(k-1) \quad (l-1)}\rangle$; (k – 1) (l – 1) = s – liczba stopni swobody, przy czym k oznacza liczbę przedziałów losowej zmiennej X, a l – liczbę przedziałów zmiennej Y; n – zbiorowość statystyczna. Wskazać należy, że w przypadku najniższego z możliwych stopni swobody (s = 1) konieczne jest zastosowanie specjalnej poprawki Yatesa[910]. Z tego powodu obok nieskorygowanej postaci testu χ^2 powinna być podawana jego skorygowana postać:

$$\chi^2_{Yates} = \sum_{i=1}^{k} \sum_{j=1}^{l} \frac{\left(|n_{ij} - \hat{n}_{ij}| - \frac{1}{2}\right)^2}{\hat{n}_{ij}} \qquad 5.3$$

Do określenia siły zależności korelacyjnej przyjęto skalę C.P. Dancey i J. Reidy'ego[911]:

- 0 – zależność zerowa (brak zależności);
- 0,1–0,3 – zależność słaba (niska);
- 0,4–0,6 – zależność umiarkowana („zauważalna");
- 0,7–0,9 – zależność silna;
- 1,0 – zależność bardzo silna (doskonała).

---

[908] Według A. Luszniewicza i T. Słaby „jest oczywiste, że w trakcie prowadzenia analiz korelacyjnych na danych pogrupowanych (ETK k x l) zaleceniem metodologicznym jest stosowanie tylko jednego współczynnika zbieżności", którym jest najczęściej współczynnik zbieżności Cramera. Współczynnik zbieżności Cramera C_{xy} jest przekształceniem współczynnika zbieżności Czuprowa. Współczynnik ten jest zawsze dodatni, zawarty w przedziale ⟨0,1⟩ i symetryczny (A. Luszniewicz, T. Słaby, *Statystyka z pakietem komputerowym STATISTICA PL. Teoria i zastosowania*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2008, s. 284–285). Według J. Jóźwiak i J. Podgórskiego współczynnik zbieżności Cramera C_{xy} „może być wyznaczany zarówno dla cech mierzalnych, jak i dla niemierzalnych, gdyż przy jego wyznaczaniu wykorzystuje się jedynie liczebności odpowiednich rozkładów, a nie ich parametry" (J. Jóźwiak, J. Podgórski, *Statystyka od podstaw*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2012, s. 340).

[909] A. Luszniewicz, T. Słaby, *Statystyka z pakietem…*, dz. cyt., s. 283–284.

[910] Tamże, s. 116, 282.

[911] C.P. Dancey, J. Reidy, *Statistics without maths for psychology*, Pearson Education, Harlow 2011, p. 176.

Zastosowanie w badaniu empirycznym określonego modelu i trybu badawczego powoduje wystąpienie ograniczeń wynikających z niedoskonałości przyjętych metod badawczych oraz organizacji procesu badawczego. Podstawowym ograniczeniem jest możliwość przeprowadzenia badań wyłącznie w oparciu o rynek polski i w odniesieniu do trzech województw, co utrudnia możliwość generalizacji. Zbieranie danych w oparciu o metodę ankietową ogranicza obiektywizm pozyskanych danych, natomiast prowadzenie przez audytorów obserwacji w oparciu o metodykę *mystery shopping* jest również obarczone ryzykiem subiektywizacji badania (w mniejszym zakresie niż w przypadku badania ankietowego). Miara statystyczna oparta na tablicy korelacyjnej – współczynniku zbieżności korelacyjnej Cramera – charakteryzuje się ułomnością polegającą na tym, że nie wskazuje kierunku korelacji badanych zmiennych losowych (jest zawsze nieujemny)[912].

5.1.2. Dobór próby badawczej

Badanie empiryczne opiera się na analizie opinii i zachowań farmaceutów zatrudnionych w aptekach ogólnodostępnych na stanowiskach związanych z obsługą klientów (pacjentów), w tym właścicieli i kierowników aptek. Dobór celowo-kwotowy próby badawczej (apteki ogólnodostępnej) dla realizacji badania przeprowadzono na podstawie następujących kryteriów selekcyjnych:

- wybór aptek ogólnodostępnych zlokalizowanych na terenie Polski na bazie kryterium podziału administracyjnego, umożliwiającego przeprowadzenie badań w trzech województwach, wytypowanych w oparciu o:
  - jedną z najwyższych wartości wskaźnika liczby ludności przypadającej na jedną aptekę,
  - jedną z najniższych wartości wskaźnika liczby ludności przypadającej na jedną aptekę,
  - największą liczbę aptek ogólnodostępnych zarejestrowanych i prowadzących działalność operacyjną;
- przeprowadzenie badań na próbie co najmniej 20% aptek ogólnodostępnych zarejestrowanych i prowadzących działalność na terenie danego województwa.

Po przeprowadzeniu wstępnej analizy zdecydowano się na przeprowadzenie badań na terenie województw: mazowieckiego (największa liczba aptek

[912] Por. A. Luszniewicz, T. Słaby, *Statystyka stosowana*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1996, s. 221.

ogólnodostępnych zarejestrowanych i prowadzących działalność w 2020 r.: 1640), pomorskiego (najwyższa w 2020 r. wartość wskaźnika liczby ludności przypadającej na jedną aptekę: 3518) oraz wielkopolskiego (najniższa w 2020 r. liczba ludności przypadająca na jedną aptekę: 2795)[913]. Odsetek aptek, w których przeprowadzono badania, przedstawia tabela 76.

Tabela 76. Liczba aptek wytypowana do badania

KATEGORIA / JEDN. PODZIAŁU ADMINISTRACYJNEGO	APTEKI			FARMACEUCI		
	L_{aw}	L_{ab}	%	L_{fw}	L_{fb}	%
Województwo mazowieckie	1640	**150**	9,15	3947	150	3,80
Województwo pomorskie	667	**50**	7,50	1725	50	2,90
Województwo wielkopolskie	1251	**100**	7,99	2615	100	3,82
RAZEM	3558	**300**	8,43	8287	300	3,62

L_{aw} – liczba aptek w województwie; L_{ab} – liczba aptek biorących udział w badaniu; L_{fw} – liczba farmaceutów w województwie; L_{fb} – liczba farmaceutów biorących udział w badaniu; % – odsetek aptek w odniesieniu do liczby aptek w danym województwie (L_{aw})

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Koncepcja badania empirycznego zakładała przeprowadzenie badań na próbie co najmniej 20% aptek ogólnodostępnych w wytypowanych jednostkach podziału administracyjnego (województwach), jednak w trakcie prowadzenia badań nie udało się osiągnąć zakładanego progu. Stosunkowo niewielki odsetek aptek biorących udział w badaniu empirycznym, plasujący się w danym województwie na poziomie kilku procent (województwo mazowieckie – 9,15%, województwo pomorskie – 7,5%, województwo wielkopolskie – 7,99%), wynika z następujących przesłanek:

- przyjętego modelu badawczego opartego na wieloetapowości badania empirycznego (badanie przeprowadzono na trzech etapach);
- ograniczonego czasu przeprowadzenia badań i analizy danych (luty–czerwiec 2022 r.);
- wysokiego poziomu odmów farmaceutów udziału w badaniu wynikającego z deklarowanego braku czasu, spowodowanego wysokim natężeniem ruchu klientów w związku z kryzysem uchodźczym i pandemią COVID-19.

[913] Wartości wskaźników oparto na podstawie ostatnio wydanej publikacji Głównego Urzędu Statystycznego. Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i ochrona… Aneks tabelaryczny…*, dz. cyt., tab. 75–76.

Ograniczona reprezentatywność próby badawczej powoduje trudności w generalizacji wyników badań, dlatego trzeba do nich podchodzić z dużą ostrożnością.

5.1.3. Charakterystyka próby badawczej

Badania empiryczne przeprowadzone w województwach mazowieckim, pomorskim i wielkopolskim pozwoliły na zebranie informacji pozyskanych od farmaceutów z 300 aptek ogólnodostępnych. Pytania zawarte w metryczce kwestionariusza ankiety pozwoliły na weryfikację następujących aspektów:

- rodzaju apteki (sieciowa vs. niesieciowa) i posiadanie wykształcenia farmaceutycznego przez właściciela (farmaceuta vs. niefarmaceuta);
- okres funkcjonowania apteki na rynku (poniżej 1 roku, 1–5 lat, 6–10 lat, 11–15 lat, powyżej 15 lat);
- charakterystyka personelu (kierownik apteki – właściciel, kierownik apteki, farmaceuta – właściciel apteki, farmaceuta).

Zestawienie liczby aptek, uwzględniające rodzaj apteki (apteka sieciowa vs. apteka niesieciowa) oraz rodzaj wykształcenia właściciela apteki (farmaceuta vs. niefarmaceuta) przedstawiono w tabeli 77.

Tabela 77. Charakterystyka próby badawczej (ujęcie: rodzaj apteki i posiadanie wykształcenia farmaceutycznego przez właściciela)

WOJEWÓDZTWO / RODZAJ APTEKI	MAZOWIECKIE		POMORSKIE		WIELKOPOLSKIE		RAZEM	
	L_{ab}	%	L_{ab}	%	L_{ab}	%	L_{ab}	%
Apteka sieciowa, której właścicielem jest farmaceuta	5	3,33	2	4,00	3	3,00	10	3,33
Apteka sieciowa, której właścicielem nie jest farmaceuta	45	30,00	10	20,00	30	30,00	85	28,33
Apteka niesieciowa, której właścicielem jest farmaceuta	65	43,33	30	60,00	40	40,00	135	45,00
Apteka niesieciowa, której właścicielem nie jest farmaceuta	35	23,33	8	16,00	27	27,00	70	23,33
RAZEM	**150**	**-**	**50**	**-**	**100**	**-**	**300**	**-**

L_{ab} – liczba aptek biorących udział w badaniu; % – odsetek aptek w odniesieniu do liczby aptek biorących udział w badaniu (L_{ab})

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Dominującym modelem według wskazanych kryteriów jest tzw. apteka niezależna, której właścicielem jest farmaceuta (45%), natomiast najrzadziej w badaniu są reprezentowane apteki sieciowe, których właścicielem jest

farmaceuta. Podmioty takie są najczęściej prowadzone w formie spółek kapitałowych o kolegialnej strukturze organu zarządzającego, dlatego część respondentów nie zna rodzaju wykształcenia poszczególnych reprezentantów organu właścicielskiego i ma problem z udzieleniem właściwej odpowiedzi.

Zestawienie liczby aptek uwzględniające okres funkcjonowania apteki na rynku (poniżej 1 roku, 1–5 lat, 6–10 lat, 11–15 lat, powyżej 15 lat) przedstawiono w tabeli 78.

Tabela 78. Charakterystyka próby badawczej (ujęcie: okres funkcjonowania apteki na rynku)

WOJEWÓDZTWO / OKRES FUNKCJONOWANIA	MAZOWIECKIE		POMORSKIE		WIELKOPOLSKIE		RAZEM	
	L_{ab}	%	L_{ab}	%	L_{ab}	%	L_{ab}	%
<1 rok	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
1–5 lat	30	20,00	10	20,00	13	13,00	53	17,67
6–10 lat	55	36,67	20	40,00	45	45,00	120	40,00
11–15 lat	50	33,33	15	30,00	35	35,00	100	33,33
>15 lat	15	10,00	5	10,00	7	7,00	27	9,00
RAZEM	**150**	**-**	**50**	**-**	**100**	**-**	**300**	**-**

L_{ab} – liczba aptek biorących udział w badaniu; % – odsetek aptek w odniesieniu do liczby aptek biorących udział w badaniu (L_{ab})

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Na podstawie analizy danych z badania ankietowego wskazać należy, że większość badanych podmiotów prowadzi działalność operacyjną od 6 do 15 lat (73,33%), a liczba aptek funkcjonujących w okresie do 5 lat plasuje się na poziomie 17,67%. Zatem badanie w zdecydowanej większości odnosi się do podmiotów o ugruntowanej pozycji rynkowej.

Charakterystykę respondentów uwzględniającą zajmowane stanowisko w aptece przedstawiono w tabeli 79.

Respondentami w badaniu ankietowym byli w większości tzw. zwykli farmaceuci, czyli aptekarze niepełniący funkcji kierowniczej i niebędący właścicielami aptek. Oni najczęściej w praktyce aptecznej prowadzą bezpośrednio obsługę klienta oraz odpowiadają za udzielanie usług farmaceutycznych, w tym sprawowanie opieki farmaceutycznej, i są gwarantem ich jakości. Kierownik apteki bowiem więcej czasu niż tzw. zwykły farmaceuta poświęca na organizowanie pracy apteki, natomiast kierownik apteki, który jest jednocześnie jej właścicielem, musi dodatkowo zarządzać całym przedsiębiorstwem.

Tabela 79. Charakterystyka próby badawczej (ujęcie: charakterystyka personelu)

WOJEWÓDZTWO / PERSONEL	MAZOWIECKIE		POMORSKIE		WIELKOPOLSKIE		RAZEM	
	L_{fb}	%	L_{fb}	%	L_{fb}	%	L_{fb}	%
Kierownik apteki – właściciel	37	24,67	14	28,00	27	27,00	78	26,00
Kierownik apteki	29	19,33	11	22,00	22	22,00	62	20,67
Farmaceuta – właściciel apteki	1	0,67	1	2,00	1	1,00	3	1,00
Farmaceuta	83	55,33	24	48,00	50	50,00	157	52,33
RAZEM	150	-	50	-	100	-	300	-

L_{fb} – liczba farmaceutów biorących udział w badaniu; % – odsetek farmaceutów w odniesieniu do liczby farmaceutów biorących udział w badaniu (L_{fb})

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

5.2. Orientacja aktywności apteki i dostępność farmaceutów a jakość świadczenia usług farmaceutycznych

5.2.1. Zakres analiz

Do celów analizy danych pozyskanych w wyniku przeprowadzenia badania empirycznego zastosowano miarę statystyczną, opartą na tablicy korelacyjnej – współczynniku zbieżności Cramera. Metodyka analizy korelacji wymaga, aby dane jednostkowe zostały przedstawione w podziale punktowym na k grup dla zmiennej X oraz na l grup dla zmiennej Y[914]. W wyniku zaliczenia jednostek obserwacji do utworzonych k x l podgrup powstaje empiryczna tablica korelacyjna (ETK) w postaci punktowej (tabela 80)[915].

Na podstawie rozłożenia się liczb macierzy korelacyjnej $[n_{ij}]$ można wstępnie zaobserwować[916]:

- czy występuje korelacja obserwowanych zmiennych (rozstrzyga stopień nierównomierności rozłożenia się liczb na tablicy);
- jaka jest siła i kierunek korelacji (rozstrzyga stopień skupienia liczb tablicy wokół jednej z przekątnych lub wokół krzywej przebiegu regresji teoretycznej);

[914] Należy postawić przy tym warunek, aby liczba przedziałów zawierała się w granicach: $2 \leq k < n$ oraz $2 \leq l < n$ (A. Luszniewicz, T. Słaby, *Statystyka z pakietem…*, dz. cyt., s. 275).

[915] Empiryczna tablica korelacyjna składa się z dwóch empirycznych rozkładów bezwarunkowych (dla X i Y) oraz z k warunkowych empirycznych rozkładów Y/X i z l warunkowych empirycznych rozkładów X/Y, co do analizy daje ogółem $2 + k + l$ empirycznych rozkładów (tamże).

[916] Tamże, s. 276.

– jaki jest kształt korelacji (rozstrzyga położenie liczb tablicy wokół jednej z jej przekątnych lub wokół innych niż liniowa krzywych regresji teoretycznej).

Tabela 80. Schemat empirycznej tablicy korelacyjnej (ETK k x l)

Y / X	y_1	y_2	...	y_l	$\sum_{j=1}^{l} n_{ij} = n_{i.}$
x_1	n_{11}	n_{12}	...	n_{1l}	$n_{1.}$
x_2	n_{21}	n_{22}	...	n_{21}	$n_{2.}$
⋮	⋮	⋮	⋱	⋮	⋮
x_k	n_{k1}	n_{k2}	...	n_{kl}	$n_{k.}$
$\sum_{i=1}^{k} n_{ij} = n_{.j}$	$n_{.1}$	$n_{.2}$	...	$n_{.1}$	n

liczba wierszy: $i = 1, 2,\ldots, k$ oraz liczba kolumn: $j = 1, 2,\ldots, l$

Źródło: J. Jóźwiak, J. Podgórski, *Statystyka od…*, dz. cyt., s. 329; A. Luszniewicz, T. Słaby, *Statystyka z pakietem…*, dz. cyt., s. 275.

Wskazać przy tym należy, że wizualna charakterystyka korelacji prostej (*X*, *Y*) jest zawsze powierzchowna, a w niektórych sytuacjach może być błędna, dlatego niezbędne jest zastosowanie odpowiednich metod korelacyjnego wnioskowania statystycznego. Według A. Luszniewicza i T. Słaby utworzenie empirycznej tablicy korelacyjnej ma uzasadnienie merytoryczne wtedy i tylko wtedy, gdy można uznać korelację *X*, *Y* za statystycznie istotną. Jedną z często używanych procedur jest weryfikacja hipotezy zerowej o stochastycznej niezależności obserwowanych zmiennych losowych, która w wyniku odrzucenia tej hipotezy pozwala traktować korelację obu zmiennych w sposób statystycznie znaczący (nieprzypadkowy)[917]. Jak wynika z właściwości współczynnika zbieżności Cramera, stosowanie tej miary do analizy korelacji pociąga za sobą konieczność oceny statystycznej istotności wyniku

[917] Jak słusznie wskazują A. Luszniewicz i T. Słaby, „gdy dwie zmienne losowe są niezależne, spełniony jest warunek równości iloczynu prawdopodobieństw bezwarunkowych i prawdopodobieństw warunkowych $p_{ij} = p_i\, p_j$ dla wszystkich par ij. Prawdopodobieństwa tej równości są nieznanymi liczbowo parametrami i można, na podstawie empirycznej tablicy korelacyjnej ETK, oszacować je jedynie punktowo: n_{ij}/n jako oszacowanie p_{ij}, $n_{i.}/n$ jako oszacowanie $p_{i.}$ oraz $n_{.j}/n$ jako oszacowanie $p_{.j}$" (tamże, s. 274, 279).

pomiarowego, która może być dokonana tylko pośrednio i w drodze weryfikacji hipotezy zerowej[918]:

$$H_0 \quad : \quad E \quad (n_{ij} \quad - \quad \hat{n}_{ij})^2 \quad = \quad 0 \qquad 5.4$$

za pomocą testu zgodności χ^2. Weryfikacja hipotezy zerowej wymaga uprzedniego przekształcenia empirycznej tablicy korelacyjnej (ETK) w postać teoretycznej tablicy korelacyjnej (TTK). Z uwagi na fakt, że współczynnik zbieżności Cramera jest oparty na empirycznej wartości statystyki chi-kwadrat, przekształcenie ETK w TTK (tabela 81) następuje przy zastosowaniu reguły:

$$\hat{n}_{ij} \quad = \quad (n_{i.} \quad x \quad n_{.j}) \quad : \quad n \qquad 5.5$$

Tabela 81. Schemat teoretycznej tablicy korelacyjnej (TTK k x l)

X \ Y	y_1	y_2	...	y_l	$\sum_{j=1}^{l} \hat{n}_{ij} = n_{i.}$
x_1	$\hat{n}_{11}$	$\hat{n}_{12}$	...	$\hat{n}_{1l}$	$n_{1.}$
x_2	$\hat{n}_{21}$	$\hat{n}_{22}$	...	$\hat{n}_{2l}$	$n_{2.}$
⋮	⋮	⋮	⋱	⋮	⋮
x_k	$\hat{n}_{k1}$	$\hat{n}_{k2}$	...	$\hat{n}_{kl}$	$n_{k.}$
$\sum_{i=1}^{k} \hat{n}_{ij} = n_{.j}$	$n_{.1}$	$n_{.2}$	...	$n_{.1}$	n

liczba wierszy: $i = 1, 2, \ldots, k$ oraz liczba kolumn: $j = 1, 2, \ldots, l$

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: A. Luszniewicz, T. Słaby, *Statystyka z pakietem…*, dz. cyt., s. 279–283.

[918] Hipoteza alternatywna jest zawsze prawostronna i przyjmuje postać: $H_1 : E\,(n_{ij} - \hat{n}_{ij})^2 > 0$. (tamże, s. 280). Według P. Sulewskiego w przypadku gdy hipoteza zerowa H_0 jest słuszna, statystyka χ^2 ma rozkład chi-kwadrat z $(k-1)\,(l-1)$ stopniami swobody i jest miarą rozbieżności pomiędzy rozkładami zaobserwowanym i hipotetycznym (teoretycznym, oczekiwanym). Hipotezę H_0 o niezależności cech X i Y testuje się na danym poziomie istotności α oraz wartości krytycznej $\chi^2_{\alpha,\,(k-1)\quad(l-1)}$. Jeżeli $\chi^2 \geq \chi^2_{\alpha,\quad(k-1)\,(l-1)}$ to hipotezę zerową H_0 należy odrzucić. P. Sulewski, *Modyfikacja testu niezależności*, „Wiadomości Statystyczne" 2013, 10 (629), s. 3.

Mając dane wartości zaobserwowane n_{ij} i teoretyczne (oczekiwane) $\hat{n}_{ij}$ po stosownym przekształceniu (5.2 lub 5.3), należy na podstawie deklarowanego poziomu istotności α[919] ustalić dwa przedziały decyzyjne[920]:

- $\langle 0, \chi^2_{\alpha,s} \rangle$ przedział nieodrzuceń H_0 (nieistotna korelacja zmiennych *X*, *Y*);
- $\langle \chi^2_{\alpha,s}, n \sqrt{(k-1) \quad (l-1)} \rangle$ przedział odrzuceń H_0 (istotna korelacja zmiennych *X*, *Y*).

Wskazać przy tym należy, że tylko w przypadku zdecydowanego odrzucenia hipotezy zerowej o stochastycznej niezależności obserwowanych zmiennych (5.4) kontynuacja analizy korelacyjnej znajduje uzasadnienie merytoryczne[921]. Kolejnym krokiem analizy jest zastosowanie współczynnika zbieżności korelacyjnej Cramera (5.1).

Statystyczna metoda badania współzależności opinii, wykorzystująca współczynnik zbieżności korelacyjnej Cramera, została zastosowana do analizy danych zebranych za pomocą badania ankietowego oraz za pomocą metodyki *mystery shopping*.

5.2.2. Orientacja sprzedażowa (dystrybucyjna) vs. orientacja rynkowa (marketingowa)

W celu weryfikacji hipotezy szczegółowej 1 zakładającej, że do realizacji celów i zadań apteki ogólnodostępnej wykorzystywana jest orientacja sprzedażowa albo orientacja rynkowa przy pominięciu innych typów orientacji, zastosowano metodę analizy i krytyki piśmiennictwa, metodę badania dokumentów ze szczególnym uwzględnieniem analizy aktów prawnych oraz metodę ankietową, wspartą metodą wywiadu pogłębionego[922].

Analizując literaturę przedmiotu, zauważyć należy, że spośród podstawowych orientacji aktywności rynkowej (produkcyjnej, produktowej, rynkowej, sprzedażowej i holistycznej) apteki ogólnodostępne mogą przyjąć jedną z dwóch orientacji aktywności: sprzedażową (dystrybucyjną) albo rynkową (marketingową). Orientacja produkcyjna i produktowa (technologiczna,

---

[919] Dla celów analizy przyjęto poziom istotności $\alpha = 0{,}05$, dla którego przy najniższym stopniu swobody $s = 1$ wartość $\chi^2_{0,05,1} = 3{,}8415$ (przy innym, akceptowalnym teoretycznie poziomie istotności $\alpha = 0{,}1$, wartość $\chi^2_{0,1,1} = 2{,}7055$).

[920] A. Luszniewicz, T. Słaby, *Statystyka z pakietem…*, dz. cyt., s. 280.

[921] Tamże.

[922] Szczegółowo problematyka dotycząca orientacji aktywności apteki została przedstawiona w rozdziale 2.

innowacyjna) nie są możliwe do zastosowania w aptece ogólnodostępnej z uwagi na charakter prospołecznej misji ochrony zdrowia publicznego, która determinuje jej zakres działalności. Zakres usług świadczonych w aptece ogólnodostępnej wskazuje na jej usługowy charakter, choć są to usługi o specyficznym charakterze, albowiem są powiązane z wydawaniem (sprzedażą) „gotowych" i wystandaryzowanych produktów farmaceutycznych. W odniesieniu do aptek ogólnodostępnych nie może być mowy o procesie produkcyjnym, ponieważ apteki nabywają produkty farmaceutyczne od obligatoryjnego pośrednika – hurtowni farmaceutycznej – i wydają (odsprzedają) je nabywcy detalicznemu (klientowi, pacjentowi). Apteki nie wytwarzają również własnych produktów, lecz są dystrybutorami produktów leczniczych, które są wytwarzane przez wyspecjalizowane przedsiębiorstwa farmaceutyczne – producentów leków. Wprawdzie w aptekach na podstawie przepisu lekarza i przepisów zawartych w Farmakopei Polskiej wykonywane są samodzielnie przez farmaceutę lub technika farmaceutycznego leki recepturowe i apteczne, jednak proces ich wytwarzania stanowi znikomy przejaw aktywności komercyjnej i nie są one dystrybuowane pod marką własną apteki.

Szeroki zakres działań i złożoność marketingu holistycznego z kolei wskazują, że niewiele podmiotów jest w stanie przyjąć ten rodzaj orientacji aktywności. Ograniczona do świadczenia usług farmaceutycznych działalność aptek pokazuje, że nie mogą organizacyjnie sprostać holistycznym wyzwaniom, ponieważ już przyjęcie orientacji rynkowej jest dla wielu aptek ogólnodostępnych wyzwaniem przerastającym ich możliwości. Podejście holistyczne wymaga interoperacyjności i równoległej realizacji wielu inicjatyw służących rozwojowi placówki, których zakres jest mocno ograniczony przez wymiar prawny. Rygorystycznie rozumiany zakaz reklamy apteki i jej działalności bowiem uniemożliwia efektywną implementację aktywności związanej z marketingiem relacji, marketingiem dokonań i marketingiem zintegrowanym.

W aptece ogólnodostępnej o *stricte* określonej orientacji podstawowej (sprzedażowa vs. marketingowa) mogą równolegle występować następujące orientacje dodatkowe: na uczenie się (na wiedzę), przedsiębiorczą (na przedsiębiorczość) i na pracownika (klienta wewnętrznego). Pozyskiwanie wiedzy i uczenie się są charakterystycznymi wyznacznikami świadczenia przez aptekarzy usług farmaceutycznych, albowiem to od ich wiedzy i umiejętności jest uzależniona jakość udzielanych usług. Orientacja na wiedzę (na uczenie się) wynika również z obowiązkowego udziału farmaceuty w systemie kształcenia ustawicznego. Ustawa o zawodzie farmaceuty bowiem wskazuje, że farmaceuta ma prawo i obowiązek ustawicznego

rozwoju zawodowego przez aktualizację wiedzy i umiejętności zawodowych[923]. Może się on odbywać w ramach kształcenia podyplomowego lub doskonalenia zawodowego[924].

Dopuszczalność akcesoryjnie występującej w aptece orientacji przedsiębiorczej (na przedsiębiorczość) wynika ze specyfiki procesu świadczenia usług farmaceutycznych oraz dualizmu celów i zadań apteki, choć zauważyć należy, że jest ona bardziej charakterystyczna dla wymiaru ekonomicznego. Komplementarność tej orientacji z wymiarem społecznym apteki wynika z kolei z postrzegania jej jako pomocniczego wskaźnika poziomu przedsiębiorczości organizacyjnej, albowiem charakteryzuje aktywność rynkową, procesy i aspekty decyzyjne. Dychotomiczny charakter apteki, która stanowi placówkę ochrony zdrowia publicznego i jednocześnie jest przedsiębiorstwem, uzasadnia jej proprzedsiębiorczą orientację.

Wykształcenie się subsydiarnie obecnej w aptece orientacji na pracownika (klienta wewnętrznego) stanowi pochodną specyfiki uregulowań prawnych procesu świadczenia usług farmaceutycznych. Oparty jest on bowiem na wyłącznych kompetencjach personelu fachowego apteki, zwłaszcza farmaceuty, który ma ustawowo określony zakres obowiązków (sprawowanie opieki farmaceutycznej, udzielanie usług farmaceutycznych i wykonywanie zadań i czynności zawodowych). Klientem wewnętrznym jest tu zatem farmaceuta, którego podejście do wykonywania obowiązków na zajmowanym stanowisku w aptece determinuje satysfakcję klienta zewnętrznego (pacjenta).

Orientacja społeczna w aptece ogólnodostępnej w polskich realiach rynkowych nie może być zastosowana, choć jej założenia wpisują się w zakres procesu świadczenia usług farmaceutycznych i są tożsame z zasadami marketingu społecznego. Apteka realizując proces świadczenia usług farmaceutycznych, wykonuje wprawdzie zadania zorientowane prospołecznie, jednak ograniczenia prawne procesu komunikacji marketingowej uniemożliwiają praktyczną realizację działań zmierzających do utrzymania lub polepszenia dobrobytu konsumenta i społeczeństwa. Wynika to z następujących przesłanek:

- oparcie procesu świadczenia usług farmaceutycznych na produkcie, którego użycie powinno wynikać z konieczności życiowej, a nie zaspokajać potrzeby konsumpcyjne;
- indywidualizacja farmakoterapii stawiająca w centrum zainteresowania klienta (pacjenta), a nie całe społeczeństwo;

[923] Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, Dz.U. z 2021 r., poz. 97, ze zm., art. 43 ust. 1.

[924] Tamże, art. 43 ust. 2.

– ograniczony podmiotowo i przedmiotowo zakres działań związanych z procesami komunikacji i podejmowania inicjatyw społecznych (w obecnych realiach prawnych działania te mogą zostać uznane za zabronioną formę reklamy apteki).

Zakres dozwolonych działań prospołecznych plasuje aktywność aptek ogólnodostępnych w obszarze działań charakterystycznych dla orientacji rynkowej (marketingowej), względnie holistycznej.

W celu dokonania rozróżnienia rodzaju aktywności apteki, wybranej przez właściciela apteki (podmiot prowadzący aptekę) lub osoby zarządzające, zastosowany został zmodyfikowany indeks rozumienia i stosowania marketingu, umożliwiający dokonanie wielowymiarowej oceny znajomości zasad oraz aktywności przedsiębiorstw w zakresie marketingu. Podział ze względu na rodzaj orientacji w aktywności uwzględnia następujące obszary działalności:

– rozpoznawanie oczekiwań i potrzeb klienta;
– komunikację marketingową (działania reklamowe lub PR, prowadzenie działań związanych z promocją sprzedaży);
– politykę cenową dostosowaną do kosztów;
– politykę cenową dostosowaną do możliwości nabywczych klientów;
– wspieranie popytu na usługi świadczone w aptece[925];
– dbałość o poziom satysfakcji klientów;
– ocenę atutów i słabości konkurentów;
– kierowanie się zachowaniami konkurentów;
– wpływ personelu na świadczenie usług w aptece;
– wykorzystywanie badań marketingowych w codziennej działalności apteki;
– stosunek do marketingu.

Rozkład wartości punktowej przedmiotowego indeksu w odniesieniu do badanych aptek przedstawiono w tabeli 82.

[925] Wspieranie popytu na usługi świadczone w aptece nie powinno być utożsamiane z nieetycznym procederem, mającym na celu wyłącznie zwiększanie konsumpcji produktów leczniczych, bowiem według kodeksu etyki zawodowej „farmaceuta unika działalności przyczyniającej się do zwiększenia konsumpcji produktów leczniczych" (Kodeks Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej…, dz. cyt., art. 19 ust. 2). Zauważyć przy tym należy, że asortyment apteki stanowią również dermokosmetyki, dlatego wspieranie działań edukacyjnych oraz nieodpłatne realizowanie w interesie społecznym na rzecz ochrony zdrowia publicznego działań prozdrowotnych niezawierających żadnych form zachęty i nieodnoszących się do możliwości nabycia produktów apteki (konieczności skorzystania z odpłatnych usług apteki) nie powinno być odbierane jako zabroniona forma aktywności.

Tabela 82. Rozkład wartości punktowej zmodyfikowanego indeksu rozumienia i stosowania marketingu (wersja 2.0)

WOJEWÓDZTWO / WARTOŚĆ INDEKSU		MAZOWIECKIE		POMORSKIE		WIELKOPOLSKIE		RAZEM	
		L_{ab}	%	L_{ab}	%	L_{ab}	%	L_{ab}	%
Wysoka wartość indeksu (30–40 pkt)	Orientacja rynkowa (marketingowa)	1	0,67	0	0,00	1	1,00	2	0,67
Średnia wartość indeksu (20–29 pkt)		10	6,66	5	10,00	7	7,00	22	7,33
Niska wartość indeksu (0–19 pkt)	Orientacja sprzedażowa	139	92,67	45	90,00	92	92,00	276	92,00
RAZEM		150	100	50	100	100	100	300	100

L_{ab} – liczba aptek biorących udział w badaniu; % – odsetek aptek w odniesieniu do liczby aptek biorących udział w badaniu (L_{ab})

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Zastosowanie zmodyfikowanego indeksu rozumienia i stosowania marketingu (wersja 2.0) umożliwiło wskazanie dominującego rodzaju aktywności apteki, jakim jest orientacja sprzedażowa (dystrybucyjna), charakterystyczna dla 92% aptek w Polsce. Analiza dotychczasowego stanu badań w tym zakresie pokazuje, że stopniowo marginalizacji ulega orientacja rynkowa (marketingowa), która w 2011 r. była charakterystyczna dla 18,8% aptek, w 2012 r. dla 9% aptek, w 2018 r. dla 11,5% aptek i w 2022 r. dla 8% aptek[926]. Jest to zjawisko niepokojące, albowiem w aktualnym stanie prawnym tylko orientacja rynkowa (marketingowa) pozwala farmaceucie harmonijnie pogodzić cele i zasady działania placówki ochrony zdrowia z celami i zasadami działania przedsiębiorcy prowadzącego działalność gospodarczą w formie apteki ogólnodostępnej. Stanowi ona bowiem element łączący aktywności wynikające z funkcji ekonomicznej apteki (realizacja celów komercyjnych) z zadaniami wynikającymi z funkcji społecznej (świadczenie usług farmaceutycznych w ramach systemu ochrony zdrowia publicznego).

Uwzględniając perspektywę wyboru orientacji w aktywności, wskazać należy, że wybór przez właściciela apteki (podmiot prowadzący aptekę) pomiędzy orientacją rynkową a orientacją sprzedażową (przy pominięciu innych typów orientacji) daje częściowo podstawy do pozytywnego zweryfikowania

[926] Por. K. Żak, *Działania marketingowe*…, dz. cyt., s. 255–258, 330–331; K. Żak, *Orientacja aktywności…*, dz. cyt., s. 21.

hipotezy szczegółowej 1. Oczywistym jest, że spośród pięciu podstawowych orientacji aktywności (produkcyjnej, produktowej, rynkowej, sprzedażowej i holistycznej) apteka może przyjąć jedną z dwóch orientacji: rynkową (marketingową) albo sprzedażową (dystrybucyjną), co zweryfikowano za pomocą zmodyfikowanego indeksu rozumienia i stosowania marketingu. Analiza literatury i aktów prawnych pokazuje jednak, że apteka może akcesoryjnie do orientacji podstawowej stosować orientację na uczenie się (na wiedzę), orientację przedsiębiorczą (na przedsiębiorczość) oraz orientację na pracownika (klienta wewnętrznego). Zatem założenie, że do realizacji celów i zadań apteki ogólnodostępnej wykorzystywana jest orientacja sprzedażowa lub orientacja rynkowa przy pominięciu innych typów orientacji jest częściowo prawdziwe.

5.2.3. Orientacja aktywności apteki a jakość usług farmaceutycznych

W celu weryfikacji hipotezy szczegółowej 2 zakładającej, że apteki o orientacji sprzedażowej w mniejszym stopniu dbają o jakość usług farmaceutycznych niż apteki o orientacji rynkowej, zastosowano metodę *mystery shopper* (*mystery shopping*), wspartą metodą indywidualnych przypadków i analizą statystyczną[927]. Jakość usług farmaceutycznych w badaniu empirycznym została oparta na prawidłowości udzielanych porad farmaceutycznych i rekomendacji oraz jakości doradztwa w zakresie działania, stosowania i dawkowania leków zawartych na recepcie oraz dodatkowych leków lub suplementów diety, o które prosi pacjent. Zastosowano w tym zakresie obserwację wykorzystującą metodykę *mystery shopping*. Do oceny jakości usług farmaceutycznych wykorzystano następujące parametry (zmienne):

1) przeprowadzanie wywiadu farmaceutycznego;
2) informowanie pacjenta o działaniu leku;
3) informowanie pacjenta o skutkach ubocznych i możliwych niepożądanych interakcjach z innymi lekami;
4) informowanie pacjenta o przeciwwskazaniach przy stosowaniu leku w danej jednostce chorobowej (odmowa wydania leku);
5) informowanie o możliwości nabycia w aptece tańszego zamiennika leku (leku objętego refundacją, innego niż lek przepisany na recepcie, o tej samej nazwie międzynarodowej, dawce, postaci farmaceutycznej, która nie powoduje powstania różnic terapeutycznych, i o tym samym wskazaniu terapeutycznym, którego cena detaliczna nie przekracza

[927] Szczegółowo wyznaczniki jakości usług farmaceutycznych przedstawiono w rozdziale 3.

limitu finansowania ze środków publicznych oraz ceny detalicznej leku przepisanego na recepcie);

6) wydanie pacjentowi leku wymagającego ordynacji lekarskiej bez konieczności okazania recepty.

Zmienne 4 (informowanie pacjenta o przeciwwskazaniach przy stosowaniu leku w danej jednostce chorobowej – odmowa wydania leku) i 6 (wydanie pacjentowi leku wymagającego ordynacji lekarskiej bez konieczności okazania recepty) zostały zweryfikowane na podstawie obserwacji uczestniczącej, polegającej na niejawnym wcielaniu się audytora w rolę klienta apteki (pacjenta), który, stosując często stwierdzenia prowokacyjne, starał się nakłonić aptekarza do popełnienia błędu. Pozostałe zmienne: 1–3 i 5 zostały zweryfikowane na podstawie obserwacji uczestniczącej i nieuczestniczącej. Procedura obserwacji *mystery shopping* uwzględnia następujące etapy[928]:

- określenie zakresu zadań i czynności farmaceuty odnoszących się do procesu wydawania produktów farmaceutycznych z apteki;
- dobór odpowiednich audytorów;
- budowa narzędzi badawczych;
- opracowanie kwestionariusza obserwacji;
- dokonanie audytów pilotażowych;
- korekta narzędzi badawczych;
- dokonanie audytu zasadniczego (obserwacji);
- dyskusja nad sugestiami i wnioskami audytorów;
- dokonanie analizy statystycznej;
- sformułowanie wniosków.

Audytorami w badaniu były wyłącznie osoby posiadające wyższe wykształcenie farmaceutyczne, legitymujące się dyplomem magistra farmacji i posiadające prawo wykonywania zawodu farmaceuty. Wynika to ze specyfiki procesu świadczenia usług farmaceutycznych i charakteru badania empirycznego, którego prawidłowa realizacja wymaga posiadania przez audytora specjalistycznej wiedzy fachowej, albowiem będzie on obserwował i oceniał działania innych specjalistów – farmaceutów. Zależności pomiędzy orientacją aktywności apteki a jakością usług farmaceutycznych przedstawiono w tabeli 83.

[928] Por. A. Wódkowski, *Mystery shopping...*, dz. cyt., s. 226–227.

Tabela 83. Orientacja aktywności apteki a jakość usług farmaceutycznych

LP.	WOJEWÓDZTWO / KATEGORIA USŁUG	MAZOWIECKIE R Tak / Nie	MAZOWIECKIE S Tak / Nie	MAZOWIECKIE χ^2_{Yates} / C_{xy}	POMORSKIE R Tak / Nie	POMORSKIE S Tak / Nie	POMORSKIE χ^2_{Yates} / C_{xy}	WIELKOPOLSKIE R Tak / Nie	WIELKOPOLSKIE S Tak / Nie	WIELKOPOLSKIE χ^2_{Yates} / C_{xy}	RAZEM R Tak / Nie	RAZEM S Tak / Nie	RAZEM χ^2_{Yates} / C_{xy}
1	przeprowadzanie wywiadu farmaceutycznego	8	14	27,16	3	4	5,98	6	10	18,00	17	28	59,11
		3	125	0,43	2	41	0,35	2	82	0,42	7	248	0,44
2	informowanie pacjenta o działaniu leku (stosowaniu, sposobie przechowywania)	11	39	20,61	4	10	4,86	8	22	16,83	23	76	43,54
		0	100	0,37	1	35	0,31	0	70	0,41	1	200	0,38
3	informowanie pacjenta o skutkach ubocznych i możliwych niepożądanych interakcjach z innymi lekami	10	15	41,52	4	6	8,68	7	12	21,89	21	33	80,33
		1	124	0,53	1	39	0,42	1	80	0,47	3	243	0,52
4	informowanie pacjenta o przeciwwskazaniach przy stosowaniu leku w danej jednostce chorobowej (odmowa wydania leku)	5	4	25,65	2	2	3,65*	4	3	18,04	11	9	57,65
		6	135	0,41	3	43	0,27	4	89	0,42	13	267	0,44
5	informowanie o możliwości nabycia w aptece tańszego zamiennika leku	11	100	2,84*	5	38	0,07[b]	7	75	0,003[b]	23	213	3,54*
		0	39	0,14	0	7	-	1	17	-	1	63	0,11
6	wydanie pacjentowi leku wymagającego ordynacji lekarskiej bez konieczności okazania recepty	0	40	2,97*	0	15	1,06[b]	1	12	0,25[b]	1	67	4,01
		11	99	0,14	5	30	-	7	80	-	23	209	0,12
RAZEM		11	139		5	45		8	92		24	276	

Zależność umiarkowana („zauważalna") [04–06]

Zależność słaba (niska) [01–03]

[b] Brak statystycznie istotnej zależności (wartość $\chi^2_{Yates} < \chi^2_{0,05,1}$).

* Decyzja niejednoznaczna, przy innym, akceptowalnym teoretycznie poziomie istotności $\alpha = 0,1$, wartość $\chi^2_{0,1,1} = 2,7055$; dla $\chi^2_{Yates} \in \langle 2,7055, n \rangle$ zależność korelacyjna jest istotna.

R – apteki o orientacji rynkowej; S – apteki o orientacji sprzedażowej; $\chi^2_{0,05,1} = 3,8415$

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Charakterystykę poszczególnych parametrów (zmiennych) determinujących jakość usług farmaceutycznych przedstawiono poniżej.

5.2.3.1. Przeprowadzanie wywiadu farmaceutycznego

Wywiad farmaceutyczny doczekał się legalnej definicji w ustawie o zawodzie farmaceuty. Jest to działanie farmaceuty polegające na uzyskaniu od pacjenta informacji niezbędnych do wyboru właściwego produktu leczniczego o określonej kategorii dostępności oraz na udzieleniu porady w zakresie stosowania produktów leczniczych lub rekomendacji konsultacji lekarskiej[929]. Zatem jest to forma komunikacji farmaceuty z pacjentem mająca na celu zebranie informacji o jego problemach zdrowotnych i prowadzonej farmakoterapii, zarówno tej zleconej przez lekarza, jak i samodzielnie stosowanej w procesie samoleczenia[930]. Wywiad farmaceutyczny powinien również obejmować pozyskiwanie informacji o stosowanych suplementach diety, preparatach ziołowych i środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz innych czynnikach mogących mieć wpływ na działanie i skuteczność leków, np. stosowanie używek, dieta, stres[931]. Stanowi on podstawowe zadanie farmaceuty, które musi podejmować bez względu na powód obecności pacjenta w aptece, tj. realizacji recepty bądź zakup leku OTC[932]. Dane zbierane w trakcie wywiadu farmaceutycznego z pacjentem można zebrać w trzech grupach[933]:

– poziom wywiadu medycznego – ukierunkowanego na zbieranie informacji o problemach medycznych pacjenta, zarówno tych z przeszłości, jak i zidentyfikowanie, scharakteryzowanie i ocena aktualnych problemów ostrych i przewlekłych, a także zebranie wszystkich

[929] Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, Dz.U. z 2021 r., poz. 97, ze zm., art. 3 pkt 8 w zw. z art. 23a ust. 1 pkt 1 Ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm.

[930] M. Drozd, A. Zimmermann, *Art. 3. Teza 17*, [w:] Zimmermann A. (red.), *Zawód farmaceuty. Komentarz praktyczny*, Wolters Kluwer, Warszawa 2021, s. 43.

[931] Cel i sposób prowadzenia wywiadu farmaceutycznego różnią się zasadniczo od wywiadu lekarskiego, który połączony jest z przeprowadzeniem badania fizykalnego i zakończony jest postawieniem diagnozy, oraz od celu wywiadu pielęgniarskiego, którym jest m.in. rozpoznanie warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta, rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta czy planowanie i sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem. A. Zimmermann, *Art. 3. Teza 19*, [w:] Zimmermann A. (red.), *Zawód farmaceuty. Komentarz praktyczny*, Wolters Kluwer, Warszawa 2021, s. 44.

[932] A. Skowron, *Umiejętność komunikacji z pacjentem to podstawa opieki farmaceutycznej*, „Puls Farmacji", 2016. Pobrano z: https://pulsmedycyny.pl/ (dostęp: 18.09.2022).

[933] J. Łazowski, *Podstawy opieki*…, dz. cyt., s. 54–69. Cyt. za: M. Drozd, A. Zimmermann, *Art. 3. Teza 17*…, dz. cyt., s. 43.

informacji o stanie zdrowia pacjenta, które mogą mieć wpływ na wybór leku i dobór wielkości jego dawki;
- poziom wywiadu terapeutycznego – służącego zbieraniu informacji o wszystkich lekach stosowanych przez pacjenta lub dopiero zapisanych przez lekarza i uzyskanych dotychczas efektach terapeutycznych – dotyczy to zarówno leków wydawanych na receptę, jak i dostępnych w sprzedaży odręcznej, preparatów ziołowych, stosowanych tzw. terapii domowych, używania próbek produktów leczniczych uzyskanych od lekarza oraz suplementów diety (witamin czy środków wzmacniających);
- poziom wywiadu społecznego (demograficznego) – obejmujący informacje o ewentualnych zagrożeniach związanych z wykonywaną pracą (np. siedząca, obciążająca kręgosłup), stylem życia, a także o używkach i nałogach, uprawianych sportach (informacje te pozwalają na opracowanie planu farmakoterapii, który będzie odpowiadał specyficznym potrzebom pacjenta).

Zebrane na podstawie wywiadu farmaceutycznego informacje pozwalają farmaceucie podjąć decyzję o wydaniu leku OTC i udzieleniu porady o sposobie jego stosowania albo o odmowie wydania leku i skierowaniu pacjenta do lekarza. Celem wywiadu farmaceutycznego prowadzonego przez farmaceutę jest również udzielenie porady w zakresie właściwego stosowania leku wydawanego na podstawie recepty, bez podważania zaleceń i autorytetu lekarza, tak by zagwarantować pacjentowi bezpieczeństwo i efektywność farmakoterapii[934]. Zauważyć przy tym należy, że wywiad farmaceutyczny, chociaż wprost nie zapisano tego w ustawie o zawodzie farmaceuty, stanowi punkt wyjścia dla realizacji opieki farmaceutycznej i usług farmacji klinicznej. Podczas wywiadu (bezpośredniej rozmowy) farmaceuta zdobywa dodatkowe informacje o stosowanych przez pacjenta lekach, w tym również lekach OTC oraz o innych produktach, nawet tych kupowanych poza apteką – w placówkach obrotu pozaaptecznego[935]. Dane o lekach przepisywanych pacjentowi przez lekarzy są dostępne wyłącznie dla pacjentów za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta (IKP)[936]. Farmaceuta w obecnej

[934] M. Drozd, A. Zimmermann, *Art. 3. Teza 17*..., dz. cyt., s. 43.
[935] A. Zimmermann, *Art. 3. Teza 18*, [w:] Zimmermann A. (red.), *Zawód farmaceuty. Komentarz praktyczny*, Wolters Kluwer, Warszawa 2021, s. 44.
[936] Dostęp do informacji zgromadzonych w IKP odnosi się do e-recept i recept papierowych wystawionych i zrealizowanych (tamże).

sytuacji prawnej może więc uzyskać do nich dostęp jedynie na podstawie upoważnienia pacjenta.

Mając powyższe na uwadze, zauważyć należy, że przeprowadzanie wywiadu farmaceutycznego jest zastrzeżone wyłącznie do osoby farmaceuty, która może tej czynności dokonać jedynie w aptece. Zakres czynności związanych z pozyskiwaniem informacji od pacjenta jest tak duży, że wymaga gruntownego przygotowania zawodowego, które można uzyskać wyłącznie na studiach farmaceutycznych przy wsparciu branżowego systemu kształcenia ustawicznego. Charakter zaleceń i rekomendacji dla pacjenta wymusza bowiem na farmaceucie udzielanie porad w oparciu o aktualny stan wiedzy medycznej, który jest oparty na obowiązkowym udziale farmaceuty w systemie ustawicznego rozwoju zawodowego, umożliwiającym aktualizację wiedzy i umiejętności zawodowych. Z tego względu wywiad farmaceutyczny nie może być prowadzony przez technika farmaceutycznego i to ograniczenie wynika wprost z jego definicji ustawowej. Technik farmaceutyczny bowiem ma zakres obowiązków mocno ograniczony, sprowadzający się w praktyce do wykonywania czynności fachowych polegających na sporządzaniu, wytwarzaniu, wydawaniu niektórych produktów leczniczych i wyrobów medycznych w aptece ogólnodostępnej oraz do wykonywania czynności pomocniczych przy sporządzaniu i przygotowywaniu niektórych preparatów leczniczych w aptece szpitalnej lub zakładowej[937].

Empiryczne badanie, czy w aptece pacjent będzie poddany wywiadowi farmaceutycznemu, czy też obsługa będzie miała wyłącznie charakter transakcyjny, jest istotne z punktu widzenia efektywności zarządzania procesem farmakoterapii. Obserwacja z wykorzystaniem metodyki *mystery shopping* (*mystery shopper*) pozwala dokonać tej weryfikacji. Aby zwiększyć efektywność takiej obserwacji, audyt został przeprowadzony w każdej aptece co najmniej dwukrotnie, ze szczególnym uwzględnieniem obserwacji w czasie zwiększonego natężenia ruchu (kolejki w aptece), co znacznie zwiększało zakres obserwacji nieuczestniczącej.

Dokonując analizy wyników badania empirycznego, zauważyć należy, że istnieje umiarkowana (zauważalna) współzależność pomiędzy orientacją apteki a przeprowadzaniem wywiadu farmaceutycznego ($C_{xy} = 0,44$). Ten element, który stanowi preludium procesu sprawowania opieki farmaceutycznej, jest charakterystyczny dla 70,83% aptek o orientacji rynkowej

[937] Por. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 91 w zw. z art. 4 ust. 3 pkt 5 Ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, Dz.U. z 2021 r., poz. 97, ze zm.

(marketingowej) i 10,14% aptek o orientacji sprzedażowej (dystrybucyjnej). Niepokoić może jednak, że tylko 15% aptek w Polsce (bez względu na ich rodzaj orientacji) przeprowadza wywiady farmaceutyczne. Ustawodawca w ustawie o zawodzie farmaceuty, obowiązującej od 10 marca 2021 r., wskazał cele i zakres wykonywania zawodu farmaceuty, do których zaliczył m.in. udzielanie usług farmaceutycznych i sprawowanie opieki farmaceutycznej. Z formalnego punktu widzenia przeprowadzanie wywiadów farmaceutycznych stanowi rodzaj usługi farmaceutycznej[938]. Wywiady farmaceutyczne w systemie prawa farmaceutycznego są znaczeniowo zbliżone do konsultacji farmaceutycznych, które z kolei wchodzą w zakres opieki farmaceutycznej[939]. Jak słusznie wskazuje A. Zimmermann, stanowią element inicjujący sprawowanie opieki farmaceutycznej, albowiem są pierwszym etapem przeglądu lekowego[940]. Realizacja wywiadu farmaceutycznego w zaledwie 15% aptek ogólnodostępnych wskazuje na potencjalnie mogące pojawić się bariery w implementacji opieki farmaceutycznej w polskiej praktyce aptecznej[941].

5.2.3.2. Informowanie pacjenta o działaniu leku (stosowaniu, sposobie przechowywania)

Informacja o działaniu leku (stosowaniu, sposobie przechowywania) stanowi element procesu komunikacji związany z usługą farmaceutyczną – wydawaniem z apteki lub punktu aptecznego produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego[942]. Obejmuje ono w szczególności udzielanie informacji i porad zarówno w zakresie właściwości i działania, poprawnego użytkowania, jak i zasad prawidłowego sposobu przechowywania (warunki temperaturowe i przechowywanie w miejscu niedostępnym dla dzieci)[943]. Standardowa informacja i porada powinny również zawierać sposób postępowania z przeterminowanym produktem leczniczym, wyrobem medycznym i środkiem spożywczym specjalnego przeznaczenia żywieniowego, co nie wynika wprost

[938] Por. Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, Dz.U. z 2021 r., poz. 97, ze zm., art. 4 ust. 3 pkt 3.

[939] Por. tamże, art. 4 ust. 2 pkt 1.

[940] A. Zimmermann, *Art. 3. Teza 18…*, dz. cyt., s. 44.

[941] Bariery wdrożenia opieki farmaceutycznej w aptece ogólnodostępnej zostały przedstawione w podrozdziale 2.3.4.

[942] Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, Dz.U. z 2021 r., poz. 97, ze zm., art. 4 ust. 3 pkt 1.

[943] A. Zimmermann, *Art. 3. Teza 33*, [w:] Zimmermann A. (red.), *Zawód farmaceuty. Komentarz praktyczny*, Wolters Kluwer, Warszawa 2021, s. 70.

z regulacji prawnych, lecz stanowi pragmatykę zawodową farmaceuty[944]. Takie informacje są zawarte na ulotkach leków, jednak pacjent powinien mieć możliwość skonsultowania także tych kwestii z profesjonalistą – farmaceutą.

Porada dotycząca działania leku (stosowania, sposobu przechowywania) ma na celu skłonić pacjenta do określonego działania (np. określonego stosowania i przechowywania leku) lub zaniechania działania (np. niezażywania leku na czczo). Wiąże się z przekazywaniem rzetelnych i wiarygodnych komunikatów w sposób neutralny, aby umożliwić pacjentowi podejmowanie różnych decyzji związanych z procesem farmakoterapii. System prawa farmaceutycznego obliguje farmaceutę do udzielania na podstawie dostępnej wiedzy oraz danych uzyskanych od pacjenta pełnej i przystępnej informacji w ramach wykonywanej opieki farmaceutycznej oraz usługi farmaceutycznej, a w szczególności informowania o produktach leczniczych i wyrobach medycznych będących przedmiotem obrotu w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych oraz o ich działaniu, stosowaniu, środkach ostrożności i ewentualnych interakcjach, a także o zasadach ich przechowywania i utylizacji[945].

Badanie empiryczne dotyczące informowania pacjenta o działaniu leku (stosowaniu, sposobie przechowywania) miało na celu sprawdzenie, czy w aptece udzielane są przedmiotowe informacje oraz jaka jest merytoryczna wartość porady. Istotna dla badania procesów udzielania przedmiotowych informacji dla potrzeb niniejszego opracowania była inicjatywa. Ocenie podlegało, czy pacjent otrzymywał informacje z inicjatywy pracownika apteki, czy też sam zadawał pytania. Obydwie te sytuacje oceniane były jako udzielenie porady, jeżeli spełniała ona walory przydatności dla pacjenta. Badanie empiryczne wykorzystujące metodykę *mystery shopping* (*mystery shopper*) przeprowadzone zostało dwukrotnie w każdej aptece, co miało za zadanie maksymalizację efektywności dokonywanych pomiarów.

Dokonując analizy wyników badania empirycznego, zauważyć należy, że istnieje niska współzależność pomiędzy orientacją apteki a udzielaniem pacjentowi informacji o działaniu leku (C_{xy} = 0,38). Umiarkowana zależność korelacyjna występuje jedynie w województwie wielkopolskim (C_{xy} = 0,41). Informację o działaniu leku (stosowaniu, sposobie przechowywania) przekazuje pacjentom 95,83% aptek o orientacji rynkowej (marketingowej) i 27,54% aptek o orientacji sprzedażowej (dystrybucyjnej). Dokonując

[944] Tamże.

[945] Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, Dz.U. z 2021 r., poz. 97, ze zm., art. 28.

analizy sumarycznej, zauważyć należy, że takie informacje są udzielane w 33% aptek w Polsce (bez względu na ich rodzaj orientacji).

5.2.3.3. Informowanie pacjenta o skutkach ubocznych i możliwych niepożądanych interakcjach z innymi lekami

Udzielanie informacji pacjentowi o skutkach ubocznych i możliwych niepożądanych interakcjach z innymi lekami wymaga gruntownej znajomości farmakologii i farmakognozji. Z tego względu jest to wyłączna domena farmaceuty, który jako profesjonalista wykorzystuje swoją wiedzę i umiejętności zdobyte w ramach pięcioletnich studiów farmaceutycznych oraz kształcenia podyplomowego lub doskonalenia zawodowego. Na bazie swoich kompetencji i doświadczenia życiowego tylko farmaceuta jest w stanie udzielać profesjonalnych porad i rekomendacji odnoszących się do informowania pacjenta o skutkach ubocznych i możliwych niepożądanych interakcjach z innymi lekami.

Wsparciem dla farmaceuty w tym zakresie jest wykorzystanie w programie komputerowym nakładki Pharmindex, która zawiera niemal wszystkie informacje o leku: nazwę handlową, nazwę międzynarodową, postać leku, dawkę, opakowanie, podstawowy skład, mechanizm działania, wskazania, działania niepożądane, interakcje międzylekowe, ostrzeżenia i środki ostrożności oraz dawkowanie. Również w programie aptecznym w ramach wbudowanej funkcji OSOZ (Ogólnopolski System Ochrony Zdrowia) został ujęty „system kontroli interakcji", który w tzw. czasie rzeczywistym informuje farmaceutę o działaniach międzylekowych, które mogą wystąpić pomiędzy lekami aktualnie zakupionymi przez pacjenta (w ramach jednej transakcji). Farmaceuta ma również dodatkową możliwość uzyskania pełnej informacji o leku w ramach Charakterystyki Produktów Leczniczych (ChPL), która stanowi specjalistyczną bazę danych zawierającą oryginalne charakterystyki produktów leczniczych, dostępną w ogólnopolskim serwisie internetowym. Charakterystyka produktu leczniczego obejmuje[946]:

- nazwę produktu leczniczego;
- skład jakościowy i ilościowy;
- postać farmaceutyczną;
- szczegółowe dane kliniczne:
  - wskazania do stosowania,

[946] Wielka Baza ChPL, *Charakterystyka produktu leczniczego*, 2022. Pobrano z: http://chpl.com.pl/ (dostęp: 18.09.2022).

    - dawkowanie i sposób podawania,
    - przeciwwskazania,
    - specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania,
    - interakcje z innymi lekami i inne rodzaje interakcji,
    - wpływ na ciążę, płodność i laktację,
    - wpływ na zdolność prowadzenia pojazdów mechanicznych i obsługiwania urządzeń mechanicznych w ruchu,
    - działania niepożądane,
    - przedawkowanie;
- właściwości farmakologiczne:
    - właściwości farmakodynamiczne (mechanizm działania, badania kliniczne),
    - właściwości farmakokinetyczne (wchłanianie, dystrybucja, biotransformacja, eliminacja),
    - przedkliniczne dane o bezpieczeństwie;
- dane farmaceutyczne:
    - wykaz substancji pomocniczych,
    - niezgodności farmaceutyczne,
    - okres ważności,
    - specjalne środki ostrożności przy przechowywaniu,
    - rodzaj i zawartość opakowania,
    - szczegółowe środki ostrożności dotyczące usuwania;
- dane podmiotu odpowiedzialnego posiadającego pozwolenie na dopuszczenie do obrotu;
- numer(y) pozwolenia(-ń) na dopuszczenie do obrotu;
- datę wydania pierwszego pozwolenia na dopuszczenie do obrotu/datę przedłużenia pozwolenia;
- datę zatwierdzenia i częściowej zmiany tekstu Charakterystyki Produktu Leczniczego.

Szeroki zakres informacji zawartych w charakterystykach produktu leczniczego wskazuje, że to farmaceuta jest jedynym przedstawicielem personelu fachowego, który ma odpowiedni poziom kompetencji do udzielania informacji o skutkach ubocznych i możliwych niepożądanych interakcjach z innymi lekami.

W badaniu empirycznym ocenie podlegała inicjatywa pracownika apteki przy informowaniu pacjenta o skutkach ubocznych i możliwych niepożądanych interakcjach z innymi lekami. Istotne dla realizacji celów badania było, czy osoba obsługująca z własnej inicjatywy udzieli przedmiotowych

informacji, czy dokona tego w wyniku zapytania pacjenta. Udzielanie porady w wyniku zapytania pacjenta było brane pod uwagę w przypadku, gdy pracownik apteki nie przejawiał inicjatywy w zakresie udzielenia porady. Ocenie podlegała jakość udzielanych informacji oraz jej przydatność dla pacjenta (czy informacja miała charakter merytoryczny i mogła pomóc pacjentowi, czy miała raczej charakter „zbycia" pacjenta, np. odpowiedź typu „zgodnie z ulotką zamieszczoną wewnątrz opakowania" traktowano jako brak informacji). Obserwacja wykorzystująca metodykę *mystery shopping* (*mystery shopper*) przeprowadzona została w każdej aptece co najmniej dwukrotnie, aby zminimalizować prawdopodobieństwo wystąpienia błędu w dokonywanych pomiarach.

Dokonując analizy wyników badania empirycznego, zauważyć należy, że istnieje umiarkowana (zauważalna) współzależność pomiędzy orientacją apteki a udzielaniem pacjentowi informacji o skutkach ubocznych i możliwych niepożądanych interakcjach z innymi lekami ($C_{xy} = 0,52$). Takie informacje są udzielane pacjentom w 87,5% aptek o orientacji rynkowej (marketingowej) i 11,96% aptek o orientacji sprzedażowej (dystrybucyjnej). Analiza sumaryczna pokazuje, że udzielanie informacji pacjentowi o skutkach ubocznych i możliwych niepożądanych interakcjach z innymi lekami jest charakterystyczne dla 18% aptek w Polsce (bez względu na ich rodzaj orientacji).

5.2.3.4. Informowanie pacjenta o przeciwwskazaniach przy stosowaniu leku w danej jednostce chorobowej (odmowa wydania leku)

Udzielanie informacji pacjentowi o przeciwwskazaniach przy stosowaniu leku w konkretnej sytuacji (jednostce chorobowej) stanowi istotny aspekt badania empirycznego, który może pokazać, czy osoba obsługująca kieruje się dobrem pacjenta, czy zależy jej tylko na dokonaniu transakcji sprzedaży. Stosowanie przez pacjenta niektórych leków w danej sytuacji (jednostce chorobowej) może zagrażać zdrowiu, a w skrajnych przypadkach – życiu pacjenta. Leki bowiem stanowią specyficzny rodzaj produktów, których stosowanie wynika z konieczności życiowej. Zatem proces farmakoterapii powinien być prowadzony pod nadzorem farmaceuty, który w sytuacjach występowania przeciwwskazań przy stosowaniu leku w danej jednostce chorobowej powinien o tym poinformować pacjenta i odmówić wydania leku, jeśli jego stosowanie może zagrażać zdrowiu lub życiu.

W systemie prawa farmaceutycznego ustawodawca uregulował możliwości odmowy wykonania usługi farmaceutycznej i wydania leku, wskazując, że farmaceuta i technik farmaceutyczny mogą odmówić[947]:

1) wykonania każdej usługi farmaceutycznej, jeżeli jej wykonanie może zagrażać życiu lub zdrowiu pacjenta lub innych osób;
2) wydania produktu leczniczego, wyrobu medycznego lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, jeżeli:
   a) powziął uzasadnione podejrzenie, że:
      – produkt leczniczy, wyrób medyczny lub środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, który ma zostać wydany w ramach usługi farmaceutycznej, może być zastosowany w celu pozamedycznym,
      – recepta lub zapotrzebowanie, które mają być podstawą wydania produktu leczniczego, wyrobu medycznego lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, nie są autentyczne,
   b) zachodzi konieczność dokonania zmian składu leku recepturowego na recepcie, do których farmaceuta albo technik farmaceutyczny nie posiada uprawnień, i nie ma możliwości porozumienia się z osobą uprawnioną do wystawiania recept,
   c) od dnia sporządzenia produktu leczniczego upłynęło co najmniej 6 dni – w przypadku leku recepturowego sporządzonego na podstawie recepty lub etykiety aptecznej,
   d) osoba, która przedstawiła receptę do realizacji, nie ukończyła 13. roku życia,
   e) zachodzi uzasadnione podejrzenie co do wieku osoby, dla której została wystawiona recepta.

W badaniu empirycznym sytuacja przedstawiona przez audytora wskazywała na sytuację zagrożenia zdrowia lub życia, co uprawniało pracownika apteki do odmowy wydania leku. W celu ustalenia, czy pacjent jest informowany o przeciwwskazaniach przy stosowaniu leku w danej jednostce chorobowej, audytor, podając się za osobę przewlekle chorą, informuje pracownika apteki o swojej chorobie i prosi o wydanie leku, który nie powinien być stosowany przy wymienionej jednostce chorobowej (audytor posiada wypisaną receptę

[947] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 96 ust. 5 w zw. z art. 4 ust. 3 Ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, Dz.U. z 2021 r., poz. 97, ze zm.

lekarską). Ocenie podlegał fakt uzyskania informacji o przeciwwskazaniach w stosowaniu leku oraz fakt odmowy wydania takowego leku.

Dokonując analizy wyników badania empirycznego, zauważyć należy, że istnieje umiarkowana (zauważalna) współzależność pomiędzy orientacją apteki a udzielaniem pacjentowi informacji o przeciwwskazaniach przy stosowaniu leku w danej jednostce chorobowej, uprawniających do odmowy wydania leku ($C_{xy} = 0,44$). Niska współzależność korelacyjna odnosi się jedynie do województwa pomorskiego ($C_{xy} = 0,27$). W 45,83% aptek o orientacji rynkowej (marketingowej) pacjenci uzyskują informacje o przeciwwskazaniach przy stosowaniu leków w danej jednostce chorobowej, co skutkowało odmową jego wydania, natomiast odsetek takich aptek o orientacji sprzedażowej (dystrybucyjnej) wynosi 3,26%. Analiza sumaryczna pokazuje, że w 6,67% aptek (20 z 300, bez względu na rodzaj orientacji aktywności) odmówiono pacjentowi wydania leku, informując go o przeciwwskazaniach w stosowaniu przy jego jednostce chorobowej.

5.2.3.5. Informowanie o możliwości nabycia w aptece tańszego zamiennika leku

Udzielanie informacji o możliwości nabycia w aptece leku tańszego niż lek przepisany przez lekarza (o tej samej nazwie międzynarodowej, dawce, postaci farmaceutycznej, która nie powoduje powstania różnic terapeutycznych, oraz o tym samym wskazaniu terapeutycznym, którego cena detaliczna nie przekracza limitu finansowania ze środków publicznych oraz ceny detalicznej leku przepisanego na recepcie) stanowi obowiązek scedowany na osobę wydającą leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne objęte refundacją[948]. Obowiązek ten został wprowadzony do praktyki aptecznej w 2011 r. i zaczął obowiązywać z dniem 1 stycznia 2012 r. Celem tej substytucji jest racjonalne obniżenie wydatkowania środków publicznych w ramach systemu refundacji oraz zapewnienie pacjentowi możliwości nabycia leku przy możliwie najniższej dopłacie[949].

Aby ustalić, czy pacjenci są informowani o możliwości dokonania zakupu tańszego zamiennika leku niż lek przepisany przez lekarza, audytor

[948] Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, Dz.U. z 2011 r. Nr 122, poz. 696, ze zm., art. 44.

[949] J. Adamski, K. Urban, E. Warmińska-Friberg, *Art. 44 [Substytucja apteczna]*, [w:] Adamski J., Urban K., Warmińska-Friberg E., *Refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Komentarz* (515–525), Lex a Wolters Kluwer business, Warszawa 2014.

podczas procesu dokonywania zakupu okazuje farmaceucie receptę na lek, który ma tańszy odpowiednik (w badaniu wykorzystano tzw. receptę papierową). Oceniany był fakt zaistnienia rekomendacji zamiennej (udzielenia pacjentowi informacji o możliwości zakupu leku tańszego). W trakcie obserwacji nieuczestniczącej audytor rejestrował przebieg czynności obsługi innych klientów apteki.

Dokonując analizy wyników badania empirycznego, zauważyć należy, że przy poziomie istotności $\alpha = 0{,}05$ i $\chi^2_{0,05,1} = 3{,}8415$ występuje brak statystycznie istotnej zależności korelacyjnej (wartość $\chi^2_{Yates} = 3{,}54$ jest mniejsza od $\chi^2_{0,05,1}$) pomiędzy rodzajem aktywności apteki a informowaniem o możliwości nabycia tańszego zamiennika leku[950]. Przy innym, akceptowalnym teoretycznie poziomie istotności $\alpha = 0{,}1$ wartość $\chi^2_{0,1,1} = 2{,}7055$, zatem wartość $\chi^2_{Yates} = 3{,}54$ jest większa od $\chi^2_{0,1,1} = 2{,}7055$ ($\chi^2_{Yates} \in \langle 2{,}7055, 300\rangle$) – zależność korelacyjna jest istotna, a korelacja niska ($C_{xy} = 0{,}11$). Spowodowane jest to tym, że w 95,83% aptek o orientacji rynkowej (marketingowej) i w 77,17% aptek o orientacji sprzedażowej (dystrybucyjnej) są udzielane informacje o możliwości nabycia tańszego zamiennika leku. Sumarycznie można zatem wskazać, że informowanie o możliwości nabycia w aptece tańszego zamiennika leku jest charakterystyczne dla 78,67% aptek (bez względu na rodzaj aktywności).

5.2.3.6. Wydanie pacjentowi leku wymagającego ordynacji lekarskiej bez konieczności okazania recepty

System prawa farmaceutycznego wskazuje, że produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne są wydawane z apteki ogólnodostępnej przez farmaceutę lub technika farmaceutycznego w ramach jego uprawnień zawodowych na podstawie recepty, bez recepty i na podstawie zapotrzebowania podmiotu wykonującego działalność leczniczą[951]. Lek zastrzeżony do wydawania na receptę może zostać wydany przez farmaceutę posiadającego prawo wykonywania zawodu bez recepty lekarskiej jedynie w przypadku nagłego zagrożenia życia pacjenta,

[950] Wartość $\chi^2_{Yates} = 3{,}54$ należy do przedziału nieodrzuceń H_0 $\langle 0, \chi^2_{0,05,1}\rangle$, co świadczy o statystycznie nieistotnej zależności zmiennych *X* (informowanie pacjenta o możliwości nabycia w aptece tańszego zamiennika leku) i *Y* (orientacja w aktywności apteki).

[951] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 96 ust. 1.

w najmniejszym terapeutycznym opakowaniu (z wyłączeniem środków odurzających, substancji psychotropowych i prekursorów kategorii 1)[952].

Aby ustalić, czy pacjent w aptece może otrzymać lek zastrzeżony do wydawania na receptę bez posiadania (okazania) recepty lekarskiej, audytor prosi pracownika apteki o wydanie takiego leku, lecz nie informuje go o braku recepty. Ocenie podlega udzielenie stosownej informacji w tym zakresie lub fakt wydania leku.

Dokonując analizy wyników badania empirycznego, zauważyć należy, że istnieje niska zależność korelacyjna pomiędzy orientacją aktywności apteki a wydaniem pacjentowi leku zastrzeżonego do wydawania na receptę bez konieczności okazania tej recepty ($C_{xy} = 0,12$). W 4,17% badanych aptek o orientacji rynkowej (marketingowej) i 24,28% aptek o orientacji sprzedażowej (dystrybucyjnej) pacjent może otrzymać lek wymagający ordynacji lekarskiej bez konieczności okazania recepty. Sumarycznie odsetek takich aptek (bez względu na rodzaj aktywności) wynosi 22,67%.

5.2.3.7. Orientacja aktywności apteki a jakość usług farmaceutycznych – podsumowanie

Analizując wyniki badania empirycznego w odniesieniu do poziomu dbałości o jakość świadczonych usług aptek o orientacji rynkowej (marketingowej) i sprzedażowej (dystrybucyjnej), zauważyć należy, co następuje:

- umiarkowana (zauważalna) zależność korelacyjna pomiędzy rodzajem orientacji apteki a daną aktywnością dotyczy takich aspektów (zmiennych), jak:
  - przeprowadzanie wywiadu farmaceutycznego,
  - informowanie pacjenta o skutkach ubocznych i możliwych niepożądanych interakcjach z innymi lekami,
  - informowanie pacjenta o przeciwwskazaniach przy stosowaniu leku w danej jednostce chorobowej (odmowa wydania leku);
- niska zależność korelacyjna pomiędzy rodzajem orientacji apteki a daną aktywnością dotyczy takich aspektów (zmiennych), jak:
  - informowanie pacjenta o działaniu leku (stosowaniu, sposobie przechowywania),
  - wydanie pacjentowi leku wymagającego ordynacji lekarskiej bez konieczności okazania recepty;

[952] Por. tamże, art. 96 ust. 3.

– brak statystycznie istotnej zależności korelacyjnej pomiędzy rodzajem orientacji apteki a daną aktywnością odnosi się do informowania o możliwości nabycia w aptece tańszego zamiennika leku, choć zauważyć należy, że przy innym, teoretycznie akceptowalnym poziomie istotności $\alpha = 0{,}1$ zależność korelacyjna jest istotna, a korelacja niska.

Mając powyższe na uwadze, można przyjąć, że apteki o orientacji sprzedażowej (dystrybucyjnej) w mniejszym stopniu dbają o jakość usług farmaceutycznych niż apteki o orientacji rynkowej (marketingowej), co daje podstawy do pozytywnej weryfikacji hipotezy szczegółowej 2.

5.2.4. Apteka bez farmaceuty a jakość usług farmaceutycznych

W celu weryfikacji hipotezy szczegółowej 3 zakładającej, że upowszechnienie w praktyce rynkowej występowania aptek bez farmaceuty negatywnie wpływa na jakość świadczonych usług farmaceutycznych w aptece ogólnodostępnej, zastosowano metodę obserwacji – *mystery shopper* (*mystery shopping*), wspartą metodą indywidualnych przypadków i analizą statystyczną[953]. Obecność farmaceuty w aptece zweryfikowano na podstawie:

– obserwacji identyfikatorów pracowników (dla realizacji celów badania przyjęto, że brak identyfikatora jest równoznaczny z funkcją technika farmaceutycznego)[954];
– prośby o poradę farmaceuty (audytor wcielający się w rolę pacjenta podczas rozmowy prosi o możliwość kontaktu z farmaceutą, względnie: kierownikiem apteki).

Badanie przeprowadzono w godzinach popołudniowych (po 16.00) oraz w weekendy, co pozwala na zwiększenie prawdopodobieństwa ujawnienia apteki bez farmaceuty. Niedobory farmaceutów bowiem wymuszają na organie prowadzącym, aby w dni powszednie w godzinach porannych obecny był w aptece farmaceuta (najczęściej jest nim kierownik apteki). Spowodowane jest to niską częstotliwością kontroli organów nadzoru farmaceutycznego poza standardowymi godzinami pracy wojewódzkich

[953] Szczegółowo wyznaczniki jakości usług farmaceutycznych przedstawiono w rozdziale 3, a charakterystyka niedoborów farmaceutów w aptekach została przedstawiona w rozdziale 4 (w podrozdziale 4.3.1).

[954] Praktyka wskazuje, że w aptekach bez wystarczającej liczby farmaceutów personel nie nosi identyfikatorów, aby ukryć brak farmaceuty na zmianie (stanowi to odgórne polecenie właściciela albo kierownika apteki).

inspektoratów farmaceutycznych[955]. Liczbę aptek wyodrębnionych według kryterium obecności farmaceuty na zmianie przedstawiono w tabeli 84.

Tabela 84. Apteki według dostępności farmaceuty na zmianie

	MAZOWIECKIE				POMORSKIE				WIELKOPOLSKIE				RAZEM			
	AF	%	ABF	%	AF	%	ABF	%	AF	%	ABF	%	AF	%	ABF	%
Liczba aptek biorących udział w badaniu	69	46,0	81	54,0	21	42,0	29	58,0	49	49,0	51	51,0	139	46,33	161	53,67
RAZEM	150				50				100				300			

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Do oceny jakości usług farmaceutycznych wykorzystano takie same parametry (zmienne), jak w przypadku hipotezy szczegółowej 2. Weryfikację hipotezy szczegółowej 3 oparto na danych zawartych w kwestionariuszach obserwacji i procedurze obserwacji przedstawionej w podrozdziale 5.2.3. Zależności pomiędzy obecnością farmaceuty w aptece a poszczególnymi rodzajami aktywności przedstawiono w tabeli 85.

Dokonując analizy badania empirycznego w zakresie współzależności pomiędzy obecnością farmaceuty w aptece a aktywnością apteki, zauważyć należy, że:

– umiarkowana (zauważalna) zależność korelacyjna odnosi się do takich działań (zmiennych), jak:
  • przeprowadzanie wywiadu farmaceutycznego,
  • informowanie pacjenta o działaniu leku (stosowaniu, sposobie przechowywania),
  • informowanie pacjenta o skutkach ubocznych i możliwych niepożądanych interakcjach z innymi lekami,
  • informowanie o możliwości nabycia w aptece tańszego zamiennika leku,
  • wydanie pacjentowi leku wymagającego ordynacji lekarskiej bez konieczności okazania recepty;
– niska zależność korelacyjna obserwowana jest w odniesieniu do zmiennej „informowanie pacjenta o przeciwwskazaniach przy stosowaniu leku w danej jednostce chorobowej (odmowa wydania leku)".

[955] Por. mgr.farm, *Sprawdziliśmy, gdzie WIF…*, dz. cyt.

Tabela 85. Obecność farmaceuty w aptece a aktywność aptek ogólnodostępnych w Polsce

LP.	WOJEWÓDZTWO / KATEGORIA USŁUG	MAZOWIECKIE			POMORSKIE			WIELKOPOLSKIE			RAZEM		
		AF	ABF	χ^2_{Yates}	AF	ABF	χ^2_{Yates}	AF	ABF	χ^2_{Yates}	AF	ABF	χ^2_{Yates}
		Tak	Tak	C_{xy}	Tak	Tak	C_{xy}	Tak	Tak	C_{xy}	Tak	Tak	C_{xy}
		Nie	Nie		Nie	Nie		Nie	Nie		Nie	Nie	
1	przeprowadzanie wywiadu farmaceutycznego	22	0	27,77	6	1	4,47	15	1	13,21	43	2	49,28
		47	81	0,43	15	28	0,30	34	50	0,36	96	159	0,41
2	informowanie pacjenta o działaniu leku (stosowaniu, sposobie przechowywania)	48	2	72,49	13	1	17,85	29	1	36,29	90	4	131,53
		21	79	0,70	8	28	0,60	20	50	0,60	49	157	0,66
3	informowanie pacjenta o skutkach ubocznych i możliwych niepożądanych interakcjach z innymi lekami	25	0	32,66	10	0	14,41	19	0	21,96	54	0	73,67
		44	81	0,47	11	29	0,54	30	51	0,47	85	161	0,50
4	informowanie pacjenta o przeciwwskazaniach przy stosowaniu leku w danej jednostce chorobowej (odmowa wydania leku)	9	0	9,05	4	0	3,70*	7	0	5,79	20	0	22,56
		60	81	0,25	17	29	0,27	42	51	0,24	119	161	0,27
5	informowanie o możliwości nabycia w aptece tańszego zamiennika leku	69	42	42,43	21	22	4,06	49	33	18,77	139	97	67,89
		0	39	0,53	0	7	0,28	0	18	0,43	0	64	0,48
6	wydanie pacjentowi leku wymagającego ordynacji lekarskiej bez konieczności okazania recepty	1	39	39,20	1	14	9,01	1	12	8,39	3	65	59,99
		68	42	0,51	20	15	0,42	48	39	0,29	136	96	0,45
RAZEM		69	81		21	29		49	51		139	161	
	Zależność silna [07–09]												
	Zależność umiarkowana („zauważalna") [04–06]												
	Zależność słaba (niska) [01–03]												
	* Decyzja niejednoznaczna, przy innym, akceptowalnym teoretycznie poziomie istotności $\alpha = 0,1$, wartość $\chi^2_{0,1,1} = 2,7055$; dla $\chi^2_{Yates} \in \langle 2,7055, n \rangle$ zależność korelacyjna jest istotna.												

AF – apteka, w której obecny jest farmaceuta na zmianie; ABF – apteka bez farmaceuty; $\chi^2_{0,05,1} = 3,8415$

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

W odniesieniu do poszczególnych regionów silna zależność korelacyjna występuje pomiędzy obecnością farmaceuty w aptece a informowaniem pacjenta o działaniu leku (stosowaniu, sposobie przechowywania) w województwie mazowieckim (C_{xy} = 0,70), natomiast niska zależność korelacyjna w odniesieniu do:

– obecności farmaceuty w aptece i przeprowadzania wywiadu farmaceutycznego w województwach pomorskim (C_{xy} = 0,30) i wielkopolskim (C_{xy} = 0,36);
– obecności farmaceuty w aptece i informowania o możliwości nabycia w aptece tańszego zamiennika leku w województwie pomorskim (C_{xy} = 0,28);
– obecności farmaceuty w aptece i wydawania pacjentowi leku wymagającego ordynacji lekarskiej bez konieczności okazania recepty w województwie wielkopolskim (C_{xy} = 0,29);
– obecności farmaceuty w aptece i informowania pacjenta o przeciwwskazaniach przy stosowaniu leku w danej jednostce chorobowej uzasadniającego odmowę wydania leku w województwach mazowieckim (C_{xy} = 0,25), pomorskim (C_{xy} = 0,27[956]) i wielkopolskim (C_{xy} = 0,24).

Obecność farmaceuty w aptece wyznacza dwa typy aptek ogólnodostępnych (apteka, w której obecny jest na zmianie farmaceuta vs. apteka bez farmaceuty), które poprzez zakres swojej aktywności mogą pośrednio wskazywać poziom jakości obsługi (tabela 86).

Tabela 86. Obecność farmaceuty w aptece a jakość usług farmaceutycznych

LP.	WOJEWÓDZTWO / KATEGORIA USŁUG	MAZOWIECKIE		POMORSKIE		WIELKOPOLSKIE		RAZEM	
		AF [%]	ABF [%]	AF [%]	ABF [%]	AF [%]	ABF [%]	AF [%]	ABF [%]
1	przeprowadzanie wywiadu farmaceutycznego	31,88	0,00	28,57	3,45	30,61	1,96	30,94	1,24
2	informowanie pacjenta o działaniu leku (stosowaniu, sposobie przechowywania)	69,57	2,47	61,90	3,45	59,18	1,96	64,75	2,48
3	informowanie pacjenta o skutkach ubocznych i możliwych niepożądanych interakcjach z innymi lekami	36,23	0,00	47,62	0,00	38,77	0,00	38,85	0,00

[956] Zależność istotna i niska zależność korelacyjna występuje przy poziomie istotności α = 0,1. Przy poziomie istotności α = 0,05 brak jest istotnej zależności korelacyjnej pomiędzy analizowanymi zmiennymi.

LP.	WOJEWÓDZTWO / KATEGORIA USŁUG	MAZOWIECKIE		POMORSKIE		WIELKOPOLSKIE		RAZEM	
		AF [%]	ABF [%]	AF [%]	ABF [%]	AF [%]	ABF [%]	AF [%]	ABF [%]
4	informowanie pacjenta o przeciwwskazaniach przy stosowaniu leku w danej jednostce chorobowej (odmowa wydania leku)	13,04	0,00	19,05	0,00	14,29	0,00	14,39	0,00
5	informowanie o możliwości nabycia w aptece tańszego zamiennika leku	100,00	51,85	100,00	75,86	100,00	64,71	100,00	60,25
6	wydanie pacjentowi leku wymagającego ordynacji lekarskiej bez konieczności okazania recepty	1,45	48,15	4,76	48,28	2,04	23,53	2,16	40,37
RAZEM		69	81	21	29	49	51	139	161

AF – apteka, w której obecny jest farmaceuta na zmianie; ABF – apteka bez farmaceuty

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Dokonując oceny aktywności aptek ogólnodostępnych w odniesieniu do dostępności farmaceuty na zmianie (apteka, w której obecny jest na zmianie farmaceuta vs. apteka bez farmaceuty), można zauważyć, że:

- we wszystkich kategoriach usług korzystniej przedstawia się aktywność aptek, w których obecny jest farmaceuta;
- w aptekach bez farmaceuty nie zaobserwowano udzielania informacji pacjentom o skutkach ubocznych i możliwych niepożądanych interakcjach z innymi lekami (w 38,85% aptek, w których obecny był farmaceuta, takowych informacji udzielono) oraz informowania pacjenta o przeciwwskazaniach przy stosowaniu leku w danej jednostce chorobowej, uprawniającej do odmowy wydania leku (w 14,39% aptek, w których obecny był farmaceuta, odmówiono wydania pacjentowi leku z powodu przeciwwskazań);
- w 1,24% aptek bez farmaceuty technik farmaceutyczny przeprowadza wywiad farmaceutyczny, mimo że jest to czynność należąca do wyłącznych kompetencji farmaceuty;
- w 40,37% aptek bez farmaceuty technik farmaceutyczny wydaje pacjentowi lek zastrzeżony do wydawania na receptę bez konieczności posiadania (okazania) recepty (ta aktywność zaobserwowana została w 2,6% aptek, w których obecny na zmianie był farmaceuta);

– w 37,75% aptek bez farmaceuty nie informowano pacjenta o możliwości nabycia w aptece tańszego zamiennika leku, choć takie informacje były udostępnione technikowi farmaceutycznemu w programie aptecznym (wszystkie apteki, w których obecny był farmaceuta, na zmianie takich informacji udzielały);
– w 2,48% aptek bez farmaceuty informowało swoich pacjentów o działaniu leku (stosowaniu, sposobie przechowywania), podczas gdy w 64,75% aptek, w których obecny był farmaceuta na zmianie, takich informacji udzielało.

Mając powyższe na uwadze, można przyjąć, że upowszechnienie w praktyce rynkowej występowania aptek bez farmaceuty negatywnie wpływa na jakość świadczonych usług farmaceutycznych w aptece ogólnodostępnej, co daje podstawy do pozytywnej weryfikacji hipotezy szczegółowej 3.

5.3. Wnioski z badań

5.3.1. Orientacja sprzedażowa (dystrybucyjna) vs. orientacja rynkowa (marketingowa)

Upowszechnienie się orientacji sprzedażowej (dystrybucyjnej) i względnie stały odsetek aptek o orientacji rynkowej (marketingowej) wskazują, że system prawa farmaceutycznego przyczynił się do wykreowania modelu apteki, której aktywność rynkowa oparta jest na zbyciu produktów w krótkim czasie, bez przykładania większej wagi do tego, kto i dlaczego dokonuje zakupu. Brak analizy motywów zakupowych wskazuje, że w aptekach niezwykle rzadko przeprowadza się wywiad farmaceutyczny, który stanowi rodzaj aktywności inicjującej opiekę farmaceutyczną. Koncentracja na realizacji planów sprzedażowych nie pozwala na harmonizację społecznej misji apteki z realizacją celów komercyjnych. Przyczyn takiego stanu rzeczy należy upatrywać w:

– niskiej świadomości ekonomicznej farmaceutów, wynikającej z braku odpowiedniej jakości kształcenia w tym zakresie w toku studiów farmaceutycznych (w programach kształcenia brakuje przedmiotów związanych z zarządzaniem apteką prowadzonych przez profesjonalistów – menedżerów);
– niskiej świadomości prawnej farmaceutów, wynikającej z nieefektywnego kształcenia w zakresie prawa farmaceutycznego (często zajęcia

z prawa farmaceutycznego są prowadzone przez wykładowcę, który ma wykształcenie farmaceutyczne, a nie prawnicze);

– niskiej świadomości farmaceutów w rozumieniu filozofii i istoty marketingu, prowadzącej do nieporozumień w zakresie[957]:
  - rozumienia marketingu – utożsamianie marketingu z reklamą i promocją sprzedaży, zarządzaniem produktem, merchandisingiem, komunikacją z pacjentem, standardami obsługi pacjenta, zarządzaniem sprzedażą,
  - rozumienia celów aktywności marketingowej – ograniczenie celów działalności marketingowej do wsparcia sprzedaży w aptece, pozyskanie klienta do apteki, wzrostu rozpoznawalności apteki (44% farmaceutów nie potrafi wskazać celów aktywności marketingowej),
  - rozumienia instrumentów marketingu – utożsamianie instrumentu marketingu z reklamą i promocją sprzedaży, zarządzaniem produktem, merchandisingiem, sprzedażą (53% farmaceutów nie potrafi wskazać instrumentów marketingu),
  - stosowania marketingu – ograniczenie aktywności marketingowej do reklamy i promocji sprzedaży (32,8% farmaceutów), zarządzania produktem i merchandisingu (57,5% farmaceutów);
– powszechnym w przestrzeni publicznej stosowaniem fachowej terminologii marketingowej do opisu i charakterystyki działań niezwiązanych z aktywnością marketingową (pozorowanie działalności marketingowej);
– postrzeganiu marketingu przez pryzmat patologii w komunikacji marketingowej, wynikającym z błędnego rozumienia jego istoty, czego wyrazem są nieuprawnione opinie przedstawicieli środowiska farmaceutycznego, wskazujące, że marketing „nie licuje z tradycją i historią zawodu farmaceuty", „ingeruje i manipuluje zdrowiem ludzi", „nie wnosi żadnej dodatkowej wartości do profesji", „obniża rangę zawodu, sprowadzając go do kupczenia", „jest potęgowaniem sprzedaży dla zysku"[958];
– błędnym postrzeganiu marketingu jako działalności zmierzającej do przekonania klientów, by kupowali to, co przedsiębiorstwo chce im sprzedać w ustalonym przez siebie sposobie, miejscu i czasie;

[957] Por. K. Żak, *Marketingowe podejście…*, dz. cyt., s. 111; M. McDonald, H. Wilson, *Plany marketingowe*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 37.
[958] Por. T. Taranko, *Perspektywy rozwoju…*, dz. cyt., s. 329.

– restrykcyjnym, choć nieprecyzyjnym i niejasnym systemie polskiego prawa farmaceutycznego, utożsamiającym aktywność marketingową z działalnością reklamową.

Marketingowe podejście do zarządzania apteką pozwala na realizację misji apteki w zgodzie z zasadami etyki i deontologii zawodu farmaceuty, o ile oparte jest na identyfikacji potrzeb nabywców poprzez przeprowadzanie profesjonalnych wywiadów farmaceutycznych. Powiązanie potencjału apteki z oczekiwaniami jej klientów pozwala na zaspokojenie pragnień nabywcy usług farmaceutycznych w sposób optymalny, co przekłada się pozytywnie na wynik ekonomiczny apteki. Jak słusznie wskazują R.D. Buzzell i B.T. Gale, w sektorze gospodarczym zachodzi bezpośredni związek pomiędzy długoterminową rentownością a zdolnością przedsiębiorstwa do rozpoznawania potrzeb klientów i dostarczania im wartości[959]. Z idei marketingu wynika, że wszelkie działania powinny być motywowane pragnieniem zaspokojenia potrzeb klientów, zidentyfikowanych na podstawie badań marketingowych. Zysk nie jest najważniejszym celem, lecz stanowi pochodną działań podejmowanych w celu rozpoznawania potrzeb klienta i dostarczania im wartości[960]. W marketingu podmiotowym punktem wyjścia podejmowanych działań jest konsument (finalny nabywca), natomiast przedmiotowym – rynek, charakteryzowany przez popyt oraz obecne i przyszłe potrzeby nabywców. Z tego względu życie i zdrowie pacjenta w orientacji rynkowej (marketingowej) jest dobrem nadrzędnym, stawianym ponad interes prywatny farmaceuty, apteki oraz przemysłu farmaceutycznego. Upowszechnienie się zatem orientacji sprzedażowej (dystrybucyjnej) w praktyce aptecznej, stanowiącej pochodną restrykcyjnie stosowanego prawa farmaceutycznego, ogranicza prospołeczną aktywność apteki.

5.3.2. Orientacja aktywności apteki a jakość usług farmaceutycznych

Orientacja aktywności apteki jest ściśle powiązana z jakością usług farmaceutycznych, co zostało potwierdzone w wyniku badania empirycznego. Wyznacznikami jakości usług farmaceutycznych było przeprowadzanie wywiadu farmaceutycznego, udzielanie informacji pacjentom (odnośnie do działania, stosowania, sposobu przechowywania leku, o skutkach ubocznych

[959] R.D. Buzzel, B.T. Gale, *The PIMS Principles: Linking Strategy to Performance*, Free Press, New York 1987. Cyt. za: M. McDonald, H. Wilson, *Plany*…, dz. cyt., s. 34.
[960] K. Żak, *Działania marketingowe*…, dz. cyt., s. 333.

i możliwych niepożądanych interakcjach z innymi lekami, o przeciwwskazaniach przy stosowaniu leku w danej jednostce chorobowej, o możliwości nabycia w aptece tańszego zamiennika leku) i procedura wydawania leków (odmowa wydania leku przy występowaniu przeciwwskazań oraz przy braku recepty w sytuacji wydawania leków zastrzeżonych do wydawania na receptę).

Apteki zorientowane rynkowo w większym zakresie przeprowadzają wywiady farmaceutyczne, udzielają informacji pacjentom i kierują się interesem pacjenta niż apteki zorientowane sprzedażowo (tabela 87).

Tabela 87. Orientacja aktywności apteki a jakość usług farmaceutycznych – podsumowanie

LP.	ORIENTACJA KATEGORIA USŁUG	RYNKOWA		SPRZEDAŻOWA		RAZEM	
		N_1	%	N_2	%	N	%
1	przeprowadzanie wywiadu farmaceutycznego	17	70,83	28	10,14	45	15,00
2	informowanie pacjenta o działaniu leku (stosowaniu, sposobie przechowywania)	23	95,83	76	27,54	99	33,00
3	informowanie pacjenta o skutkach ubocznych i możliwych niepożądanych interakcjach z innymi lekami	21	87,50	33	11,96	54	18,00
4	informowanie pacjenta o przeciwwskazaniach przy stosowaniu leku w danej jednostce chorobowej (odmowa wydania leku)	11	45,83	9	3,26	20	6,67
5	informowanie o możliwości nabycia w aptece tańszego zamiennika leku	23	95,83	213	77,17	236	78,67
6	wydanie pacjentowi leku wymagającego ordynacji lekarskiej bez konieczności okazania recepty	1	4,17	67	24,28	68	22,67
RAZEM		24		276		300	

N-próba badawcza (ujęcie sumaryczne); N_1 – liczba aptek o orientacji rynkowej; N_2 – liczba aptek o orientacji sprzedażowej; $N = N_1 + N_2$

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

We wszystkich kategoriach usług apteki o orientacji rynkowej (marketingowej) radzą sobie lepiej niż apteki o orientacji sprzedażowej (dystrybucyjnej). Nie oznacza to jednak, że jakość świadczenia usług farmaceutycznych

w Polsce jest zadowalająca. W 85% badanych aptek nie zaobserwowano przeprowadzania wywiadów farmaceutycznych, co może stanowić barierę w praktycznym sprawowaniu opieki farmaceutycznej. W badanych aptekach nie przywiązuje się większej wagi do obowiązku udzielania informacji pacjentom. W 67% aptek nie udziela się informacji o działaniu, stosowaniu i sposobie przechowywania leku, a tylko w 18% aptek informuje się pacjenta odnośnie do skutków ubocznych i niepożądanych interakcjach z innymi lekami. Niepokojące jest, że w 93,33% aptek nie udziela się informacji o przeciwwskazaniach przy stosowaniu leku w danej jednostce chorobowej, co wskazuje, że w 6,67% aptek pacjent otrzyma lek pomimo występowania przedmiotowych przeciwwskazań. Takie niefrasobliwe podejście do procesu świadczenia usług farmaceutycznych może zagrażać życiu i zdrowiu pacjenta. Również w kategorii wydawania pacjentowi leku zastrzeżonego do wydawania na receptę bez konieczności posiadania (okazania) recepty w 22,67% aptek taki proceder ma miejsce (tylko jeden przypadek w aptece o orientacji rynkowej). Znacznie lepiej przedstawia się sytuacja odnośnie do udzielania informacji o możliwości nabycia w aptece tańszego zamiennika leku. W 78,67% aptek pacjent taką informację otrzyma.

Dokonując oceny jakości udzielanych usług, można zauważyć, że usługi farmaceutyczne mają wyższą jakość w aptekach o orientacji rynkowej (marketingowej) niż w aptekach o orientacji sprzedażowej (dystrybucyjnej). Przyczyn takiego stanu rzeczy należy upatrywać w:

- dominacji celów komercyjnych w działalności operacyjnej aptek, co stanowi pochodną upowszechnienia się orientacji sprzedażowej na aptecznym rynku farmaceutycznym (92% aptek jest zorientowanych sprzedażowo);
- braku świadomości marketingowej przekładającej się na to, że personel aptek nie widzi zasadności angażowania się w jakość usługi farmaceutycznej oraz nie dostrzega powiązań pomiędzy oczekiwaniami i potrzebami klienta (pacjenta) a jego preferencjami odnośnie do wyboru apteki, co w konsekwencji przekłada się na kondycję ekonomiczną apteki;
- niewystarczającej wiedzy fachowej personelu apteki, zwłaszcza w zakresie opieki farmaceutycznej;
- znacznym ograniczeniu przez właściciela apteki roli farmaceuty w procesie obsługi klienta, wynikającym z niskiego stanu zatrudnienia farmaceutów w aptekach – w takich aptekach farmaceuta, którym jest najczęściej kierownik apteki, skupia się na czynnościach

zarządczych (kierowaniu apteką, zarządzaniem asortymentem apteki) i kontrolnych (sprawdzanie recept, kontrola pracy personelu), powierzając obsługę klienta technikowi farmaceutycznemu;
- nieefektywnej optymalizacji kosztowej apteki, której działalność operacyjna opiera się na pracy technika farmaceutycznego (minimalizacji kosztów zatrudnienia);
- braku precyzji prawa farmaceutycznego, sprzyjającej nadinterpretacji ze strony organu prowadzącego aptekę, jak i organu nadzoru farmaceutycznego – nakładane są na aptekarzy dodatkowe zadania i obowiązki bez szczegółowego doprecyzowania w aktach wykonawczych (np. sprawowanie opieki farmaceutycznej) oraz ograniczenia bez wskazania, co jest dozwolone, a co zabronione (np. w kwestii komunikacji marketingowej);
- niskiej świadomości prawnej personelu fachowego, przejawiającej się tym, że pracownik apteki nie wie, co może, a czego mu nie wolno wykonywać w aptece;
- nieefektywnej pracy organów nadzoru farmaceutycznego, potęgującej występowanie zjawisk patologicznych na rynku.

Optymalizacja i racjonalizacja aktywności apteki w zakresie poprawy jakości świadczonych usług wymaga redefinicji misji apteki w świadomości właściciela, farmaceuty i technika farmaceutycznego. Upodmiotowienie klienta (pacjenta) w strategii operacyjnej aptek powinno zostać oparte na orientacji rynkowej (marketingowej), wykorzystującej w pełni potencjał farmaceuty. Wskazana jest również reedukacja części personelu fachowego, zwłaszcza w zakresie sprawowania opieki farmaceutycznej oraz zmiana systemu nadzoru farmaceutycznego. Dotychczasowy model kontroli aptek, oparty wyłącznie na kontroli inspektorów-farmaceutów wydaje się nieefektywny, albowiem nie jest zorientowany na efektywność z uwagi na źle rozumianą solidarność zawodową.

5.3.3. Apteka bez farmaceuty a jakość usług farmaceutycznych

Farmaceuta w aptece jest podstawowym gwarantem jakości usług farmaceutycznych, albowiem ich świadczenie w pełnym zakresie w aptece ogólnodostępnej nie może się odbywać bez udziału farmaceuty. Potwierdza to analiza porównawcza zakresów obowiązków farmaceuty i technika farmaceutycznego w zestawieniu z zadaniami apteki ogólnodostępnej realizowanymi w ramach systemu ochrony zdrowia publicznego. Wyznaczniki jakości usług

farmaceutycznych zostały oparte na zestawie usług farmaceutycznych i aktywności ściśle z nimi związanych, jak w przypadku hipotezy szczegółowej 2 (podrozdział 5.2.3). W aptekach, w których usługi farmaceutyczne świadczą farmaceuci, w większym zakresie przeprowadzane są wywiady farmaceutyczne, udzielane informacje i lepiej rozumiany jest interes pacjenta niż w aptekach bez farmaceuty, świadczących usługi w oparciu o pracę techników farmaceutycznych. Przyczyn takiego stanu rzeczy należy upatrywać w:

- charakterze regulacji prawnych, które wiążą usługi farmaceutyczne z wykonywaniem zawodu farmaceuty (uprawnienia technika farmaceutycznego dotyczą wykonywania niektórych czynności fachowych i pomocniczych);
- większym zakresie wiedzy i wyższym poziomie umiejętności farmaceuty, który ukończył co najmniej pięcioletnie studia na kierunku farmacja, obejmujące co najmniej sześciomiesięczną praktykę zawodową w aptece, i uzyskał tytuł magistra farmacji (technik farmaceutyczny musi ukończyć dwuletnie studium farmaceutyczne i odbyć dwuletnią praktykę w aptece w pełnym wymiarze czasu pracy);
- większym zaangażowaniu farmaceutów w proces świadczenia usług farmaceutycznych wynikający ze zwiększenia odpowiedzialności farmaceuty w zarządzaniu farmakoterapią pacjenta;
- przypisaniu zasad, reguł i norm etyki zawodowej do farmaceuty (technika farmaceutycznego nie obowiązuje Kodeks Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej).

Zauważyć przy tym należy, że w aptekach bez farmaceuty dochodzi do nieuprawnionego zastąpienia farmaceuty pracą technika farmaceutycznego. Usługi zastrzeżone dla farmaceuty w programie aptecznym są zablokowane dla technika farmaceutycznego, więc aby ominąć przedmiotowe ograniczenia uprawnień, technicy (za zgodą właściciela i kierownika apteki) logują się w systemie na koncie farmaceuty. Stanowi to patologię w świadczeniu usług farmaceutycznych i, co niepokojące, nie jest w centrum zainteresowania organów nadzoru farmaceutycznego.

Podsumowanie

Uwarunkowania działalności aptek ogólnodostępnych i świadczenia usług farmaceutycznych mają charakter norm o znaczeniu strategicznym dla efektywnego funkcjonowania rynku farmaceutycznego w Polsce. Specyfika systemu ochrony zdrowia publicznego wskazuje na istotne znaczenie wymiaru prawnego, albowiem wyznacza on dozwolone rodzaje aktywności. Charakter i zakres regulacji pozwalają zidentyfikować możliwe do przyjęcia przez przedsiębiorcę aptecznego orientacje aktywności apteki ogólnodostępnej, a sądownicza linia orzecznicza umożliwia ustalenie obszarów bezpiecznej działalności z punktu widzenia realizacji celów i zadań apteki. Przeprowadzona pogłębiona analiza literatury i aktów prawnych oraz przeprowadzone badania empiryczne pozwoliły na:

- przedstawienie uwarunkowań historycznych rozwoju aptekarstwa na ziemiach polskich;
- charakterystykę otoczenia rynkowego aptek, ze szczególnym uwzględnieniem wpływu wymiaru prawnego na charakter i zakres prowadzonej działalności operacyjnej;
- przedstawienie instrumentów budowy przewag konkurencyjnych;
- opracowanie optymalnego modelu aktywności apteki ogólnodostępnej, który daje gwarancję bezpieczeństwa procesu dystrybucji produktów i usług farmaceutycznych oraz zapewnia wysoki poziom jakości usług farmaceutycznych;
- wskazanie zakresu występowania zjawisk patologicznych oraz identyfikację aptek zagrażających bezpieczeństwu procesu świadczenia usług farmaceutycznych poprzez określenie zasięgu występowania tzw. aptek bez farmaceuty;
- określenie wpływu uwarunkowań prawnych na realizację procesu świadczenia usług farmaceutycznych przez aptekę ogólnodostępną w odniesieniu do jej orientacji aktywności i jakości usług udzielanych przez personel fachowy apteki;

– określenie wpływu ograniczeń w systemie prawa farmaceutycznego na zakres aktywności marketingowej apteki;
– konfrontację rzeczywistej działalności operacyjnej apteki w odniesieniu do jej orientacji aktywności i jakości usług udzielanych przez personel fachowy apteki;
– weryfikację ogólnie sformułowanej koncepcji orientacji rynkowej (marketingowej) i celów rynkowych oraz orientacji sprzedażowej (dystrybucyjnej) i celów sprzedażowych na konkretnej grupie podmiotów – aptek ogólnodostępnych.

Świadczenie usług farmaceutycznych w polskim systemie prawa farmaceutycznego zostało związane z osobą farmaceuty – wysokiej klasy profesjonalisty, którego pozycja zawodowa została podniesiona do rangi samodzielnego zawodu medycznego. Może on ich udzielać w ramach wyodrębnionego materialnie i niematerialnie przedsiębiorstwa – apteki, placówki ochrony zdrowia publicznego. Świadczenie usług farmaceutycznych przez farmaceutę w ramach wykonywania zawodu w aptece ogólnodostępnej uosabia pełnienie misji społecznej, natomiast apteka to również przedsiębiorstwo realizujące cele komercyjne. Z tego względu istotne jest zachowanie równowagi pomiędzy wymiarem społecznym i ekonomicznym. Apteka bowiem nie jest zwykłym podmiotem medycznym, lecz stanowi unikatowe połączenie elementu zawodowego (społecznego) i ekonomicznego (komercyjnego). Hybrydowy charakter powoduje, że spośród pięciu podstawowych orientacji aktywności (produkcyjnej, produktowej, rynkowej, sprzedażowej i holistycznej) apteka może przyjąć jedną z dwóch orientacji: rynkową (marketingową) albo sprzedażową (dystrybucyjną), co zweryfikowano za pomocą zmodyfikowanego indeksu rozumienia i stosowania marketingu. Zauważyć przy tym należy, że pożądanym rodzajem aktywności apteki jest orientacja rynkowa (marketingowa), albowiem pozwala na harmonizację celów społecznych i ekonomicznych apteki w oparciu o normy i reguły prawa farmaceutycznego oraz zasady etyki i deontologii zawodu farmaceuty. Analiza literatury i aktów prawnych pokazuje również, że apteka może akcesoryjnie do przyjętej orientacji podstawowej stosować tzw. orientacje dodatkowe: na uczenie się (na wiedzę), przedsiębiorczą (na przedsiębiorczość) oraz na pracownika (klienta wewnętrznego). Niemniej jednak charakter aktywności wyznacza orientacja podstawowa.

Przeprowadzone badania empiryczne pokazały, że dominującym rodzajem aktywności jest orientacja sprzedażowa (dystrybucyjna), charakterystyczna dla 92% aptek w Polsce. Zestawiając te wyniki z wcześniej prowadzonymi badaniami w tym zakresie, można zauważyć, że ograniczenie

aktywności marketingowej wskutek wprowadzenia zakazu reklamy apteki i jej działalności spowodowało upowszechnienie się orientacji sprzedażowej (dystrybucyjnej) i jednoczesną marginalizację orientacji rynkowej (marketingowej), którą przyjęło tylko 8% aptek ogólnodostępnych (w 2011 r. orientację rynkową przyjęło 18,8% aptek, w 2012 r. – 9% aptek, a w 2018 r. – 11,5% aptek). Przyczyn takiego stanu rzeczy należy upatrywać w:

- presji właścicieli aptek na realizację przez personel apteki planów sprzedażowych jako efekcie działania apteki w warunkach wzmożonej konkurencji (poprzez tzw. rynkowe ustalanie warunków wynagrodzenia);
- niskiej świadomości prawnej i marketingowej właścicieli i personelu aptek, wynikającej z niezrozumienia misji apteki i roli farmaceuty w procesie świadczenia usług farmaceutycznych, przejawiającej się utożsamianiem aktywności marketingowej z patologią rynkową;
- niedostatecznej znajomości oraz lekceważeniu przez personel apteki zasad, reguł i norm etyki zawodowej;
- rygorystycznie egzekwowanym zakazie reklamy apteki i jej działalności, który wskutek przyjętej linii orzeczniczej w sądownictwie administracyjnym ogranicza w praktyce całą aktywność marketingową;
- systemie wysokich kar finansowych za złamanie zakazu reklamy apteki i jej działalności (do 50 tys. PLN);
- niemal natychmiastowo wszczynanemu przez organy nadzoru farmaceutycznego postępowaniu w sprawie naruszenia zakazu reklamy, skutkującym nałożeniem kary finansowej proporcjonalnie do stwierdzonego naruszenia.

Na przestrzeni ostatnich 10 lat (2012–2022) zaobserwowano w aptekach mniejszy zakres aktywności informacyjnej personelu apteki (informowanie o działaniu leku, o skutkach ubocznych i możliwych niepożądanych interakcjach z innymi lekami, o przeciwwskazaniach przy stosowaniu leku w danej jednostce chorobowej), choć zauważyć należy, że wzrósł zasięg udzielania informacji pacjentowi o możliwości nabycia w aptece tańszego zamiennika leku (z 40,2% do 78,67%). Biorąc pod uwagę, że wskazane aktywności są determinantami jakości usług farmaceutycznych, można przyjąć, że sumarycznie pogorszeniu uległa jakość udzielanych usług. Zauważyć przy tym należy, że w aptekach zorientowanych rynkowo odnotowano wzrost w następujących kategoriach:

- informowanie pacjenta o skutkach ubocznych i możliwych niepożądanych interakcjach z innymi lekami (z 81,0% do 87,5%);

– informowanie pacjenta o działaniu leku (z 73,8% do 95,83%);
– informowanie o możliwości nabycia w aptece tańszego zamiennika leku (z 93,7% do 95,83%).

Mocno ograniczona liczba aptek o orientacji rynkowej powoduje, że wymienione powyżej aktywności nie przekładają się na poprawę sytuacji ogółu aptek ogólnodostępnych.

Niepokojącym zjawiskiem na aptecznym rynku farmaceutycznym jest obsługiwanie pacjenta wyłącznie przez technika farmaceutycznego, charakterystyczne dla tzw. apteki bez farmaceuty. Badanie empiryczne wykazało, że w 53,67% aptek nie było wystarczającej liczby zatrudnionych farmaceutów, wskazując tym samym na nieprawidłowości w systemie świadczenia usług farmaceutycznych. Brak farmaceuty na zmianie uniemożliwia udzielanie usług farmaceutycznych oraz sprawowanie opieki farmaceutycznej, a w skrajnych sytuacjach doprowadzić może do zagrożenia zdrowia i życia pacjenta. Pozostawienie przez właściciela apteki bez farmaceuty można przyrównać do funkcjonowania szpitala bez lekarza, dlatego potrzebna jest pilna ingerencja władz państwowych, aby ten proceder wyeliminować. Oczywistym jest, że w aptekach, w których usługi farmaceutyczne świadczą farmaceuci, w większym zakresie przeprowadzane są wywiady farmaceutyczne, udzielane informacje i lepiej rozumiany jest interes pacjenta niż w aptekach bez farmaceuty. Technik farmaceutyczny bowiem wykonuje bardzo wąski zakres zadań i czynności w aptece, które mają charakter pomocniczy względem usług farmaceutycznych świadczonych przez farmaceutę. Mając powyższe na uwadze, należy przyjąć, że orientacja aktywności apteki i niedobory farmaceutów determinują jakość świadczenia usług farmaceutycznych w Polsce. Orientacja rynkowa (marketingowa) i obecność farmaceuty w aptece sprzyjają aktywności projakościowej, natomiast orientacja sprzedażowa (dystrybucyjna) i brak farmaceuty w aptece negatywnie odbijają się na jakości świadczonych usług.

Efektywność systemu ochrony zdrowia publicznego, opartego na świadczeniu usług farmaceutycznych wymaga prowadzenia dalszych badań i analiz w następujących obszarach:
– wpływ rodzaju orientacji aktywności na zakres działalności operacyjnej apteki ogólnodostępnej i jakość procesu świadczenia usług farmaceutycznych;
– wpływ reklamy apteki i jej działalności na indywidualny poziom konsumpcji produktów farmaceutycznych;

– wpływ niedoborów farmaceutów na stan sprawowanej opieki farmaceutycznej.

Przedmiotowe obszary badawcze należałoby powiązać ze strukturą organizacyjną podmiotu (apteka sieciowa vs. apteka niezależna/niesieciowa), okresem rynkowego funkcjonowania apteki oraz wykształceniem właściciela apteki (właściciel farmaceuta vs. właściciel niebędący farmaceutą). Badania należałoby przeprowadzić we wszystkich regionach (województwach), ze szczególnym uwzględnieniem wielkości aglomeracji (duże miasto, małe miasto, wieś) oraz cech lokalizacji (apteka w szpitalu lub przychodni, w galerii handlowej, w centrum miasta lub centrum komunikacyjnym, na gęsto zaludnionym lub rzadko zaludnionym osiedlu, blisko miejsca zamieszkania klienta).

Jakość usług w aptece jest ściśle powiązana z osobą farmaceuty, dlatego podmiot zainteresowany optymalizacją zadowolenia swoich klientów powinien:

– oprzeć proces świadczenia usług farmaceutycznych na profesjonalnie przygotowanym personelu farmaceutycznym (farmaceutach – magistrach farmacji);
– przyjąć orientację rynkową (marketingową) jako podstawę projektowania wszelkiej aktywności apteki;
– opracować długookresową i oryginalną strategię apteki;
– jak najszybciej wdrożyć w aptece opiekę farmaceutyczną, realizowaną w sposób ciągły, a nie doraźny;
– wprowadzić standaryzację obsługi klienta jako element inicjujący zarządzanie jakością usług i doskonalić proces świadczenia usług w oparciu o system okresowych szkoleń pracowników;
– podejmować działania wzbogacające doświadczenia konsumenckie i doskonalące relacje z pacjentami;
– zapewnić integrację funkcji zaopatrywania (zakupów), sprzedaży (świadczenia usług farmaceutycznych), marketingu (komunikacji marketingowej) w oparciu o zasadę: właściwy produkt we właściwym czasie o właściwej cenie we właściwej ilości we właściwym miejscu;
– cyklicznie przeprowadzać badania preferencji i satysfakcji klientów;
– przestrzegać norm prawa farmaceutycznego i zasad etyki oraz deontologii zawodu farmaceuty;
– na bieżąco monitorować efekty swojej aktywności.

Harmonizacja każdego aspektu aktywności apteki pozwoli osiągnąć efekt synergii, który znacznie zwiększy efektywność operacyjną apteki.

Bibliografia

Publikacje zwarte

1. Ackerman, R.W., Bauer, R.A. (1976). *Corporate social responsiveness*. Reston: Reston Publishing.
2. Ackoff, R.L. (1971). Towards a system of systems concepts. *Management Science*, *17* (11), 661–671.
3. Adamczyk, J. (2016). Marketing i reklama apteki. W: M. Krekora, J. Adamczyk (red.), *Meritum Prawo farmaceutyczne* (187–342). Warszawa: Wolters Kluwer.
4. Adamkiewicz-Drwiłło, H.G. (2008). *Współczesna metodologia nauk ekonomicznych*. Toruń: Wydawnictwo „Dom Organizatora".
5. Adamski, J., Urban, K., Warmińska-Friberg, E. (2014). Art. 44 [Substytucja apteczna]. W: J. Adamski, K. Urban, E. Warmińska-Friberg, *Refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Komentarz* (515–525). Warszawa: Lex a Wolters Kluwer business.
6. Alt, R., Puschmann, T. (2005). Developing Customer Process Orientation – The Case of Pharma Corp. *Business Process Management Journal*, *11* (4), 297-315.
7. Apanowicz, J. (2005). *Metodologiczne uwarunkowania pracy naukowej. Prace doktorskie. Prace habilitacyjne*. Warszawa: Difin.
8. Apple, W.S. (1967). Pharmacy's New Rx Evolution. *Journal of the American Pharmaceutical Association*, *7* (9), 474-484.
9. Apple, W.S. (1968). Pharmacists as Professionals. *Journal of the American Pharmaceutical Association*, *8* (7), 344-346.
10. Armstrong, G., Kotler, Ph. (2012). *Marketing. Wprowadzenie*. Warszawa: Oficyna a Wolters Kluwer business.
11. Armstrong, M. (2011). *Zarządzanie zasobami ludzkimi*. Warszawa: Wolters Kluwer business.
12. Armstrong, M., Taylor, S. (2016). *Zarządzanie zasobami ludzkimi*. Warszawa: Wolters Kluwer.

13. Bachnik, K. (2011). Internacjonalizacja przedsiębiorstw a ich konkurencyjność – kontekst skuteczności marketingowej. W: R. Nowacki, M. Strużycki (red.), *Reklama w procesach konkurencji* (67–99). Warszawa: Difin.
14. Backman, J. (1975). *Social responsibility and accountability*. New York: New York University Press.
15. Bańko, M. (2010). *Wielki słownik wyrazów obcych PWN*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
16. Baran, R. (2011). Decyzje związane z dystrybucją. W: L. Garbarski (red.), *Marketing. Koncepcja skutecznych działań* (247–261). Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
17. Baran, R. (2011). Decyzje związane z dystrybucją. W: L. Garbarski (red.), *Marketing. Kluczowe pojęcia i praktyczne zastosowania* (204–213). Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
18. Baran, R. (2011). Decyzje związane z kształtowaniem cen. W: L. Garbarski (red.), *Marketing. Kluczowe pojęcia i praktyczne zastosowania* (192–203). Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
19. Baran, R. (2011). Decyzje związane z kształtowaniem cen. W: L. Garbarski (red.), *Marketing. Koncepcja skutecznych działań* (232–246). Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
20. Barney, J. (1991). Firm Resources and Sustained Competitive Advantage. *Journal of Management*, *17* (1), 99–120.
21. Bartkowiak, G. (2011). *Społeczna odpowiedzialność biznesu w aspekcie teoretycznym i empirycznym*. Warszawa: Difin.
22. Basch Scott, M. (1997). Technology Extends Managed Care Pharmacies' Opportunities, But Threatens Confidentiality. *Employee Benefit Plan Review*, *51* (10), 14–18.
23. Białecki, K. (1968). *Elementy marketingu eksportowego*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne.
24. Białecki, K., Borowski, J., Krzymiński, A.H. (1980). *Marketing w handlu zagranicznym*. Warszawa: PWN.
25. Black, J. (2008). *Słownik ekonomii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
26. Blaug, M. (2000). Konkurencja jako stan końcowy i jako proces. *Rector's Lectures*, *44*. Kraków: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie.
27. Bova, T. (2019). *IQ wzrostu*. Warszawa: MT Biznes.
28. Brandys, J., Skowron, A. (2008). Praktyka farmaceutyczna w zmieniającym się otoczeniu. W: R. Jachowicz (red.), *Farmacja praktyczna* (17–41). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

29. Bratnicki, M. (2011). Przedsiębiorczość organizacyjna: orientacja, dynamiczna zdolność i kontekst. W: R. Krupski (red.), *Rozwój szkoły zasobowej zarządzania strategicznego* (137–160). *Prace Naukowe Wałbrzyskiej Wyższej Szkoły Zarządzania i Przedsiębiorczości*. Wałbrzych: Wydawnictwo Wałbrzyskiej Wyższej Szkoły Zarządzania i Przedsiębiorczości.
30. Bratnicki, M., Gabryś, B.J. (2011). Orientacja przedsiębiorcza a sukces organizacji. *Prace i Materiały Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego*, 4/2, 63–72.
31. Brodie, D.C., Parish, P.A., Poston, J.W. (1980). Societal Needs for Drugs and Drug Related Services. *American Journal of Pharmaceutical Education*, *44* (3), 276–278.
32. Brooks, J.M., Klepser, D.G., Urmie, J.M., Farris, K.B., Doucette, W.R. (2007). Effect of Local Competition on the Willingness of Community Pharmacies to Supply Medication Therapy Management Services. *Journal of Health and Human Services Administration*, *30* (1), 4–27.
33. Bruhn, M. (2002). *Integrierte Kundenorientierung. Implementierung einer kundenorientierten Unternehmensführung*. Wiesbaden: Gabler Verlag.
34. Buzzel, R.D., Gale, B.T. (1987). *The PIMS Principles: Linking Strategy to Performance*. New York: Free Press.
35. Calantone, R.J., Cavusgil, S.T., Zhao, Y. (2002). Learning orientation, firm innovation capability and firm performance. *Industrial Marketing Management*, *31* (6), 515–524.
36. Carroll, A.B. (1979). A three-dimensional conceptual model of corporate social performance. *Academy of Management Review*, *4* (4), 488–499.
37. Carroll, A.B. (1991). The pyramid of corporate social responsibility: toward the moral management of organizational stakeholders. *Business Horizons*, *34* (4), 39–48.
38. Chandra, A., Sikula Sr., A., Paul III, D.P. (2004). Ethical considerations in the marketing of e-health products. *Journal of Medical Marketing*, *4* (2), 110–118.
39. Chauvin, T., Stawecki, T., Winczorek, P. (2011). *Wstęp do prawoznawstwa*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.
40. Committee for Economic Development (1971). *Social responsibilities of business corporations*. New York: Committee for Economic Development.
41. Coulter, R.A. (2016). From Fragmentation to Imagination. Moving to Marketing's Next Era. *Academy of Marketing Science Review*, *6*, 132–141.
42. Covin, J.G., Slevin, D.P. (1989). Strategic management of small firms in hostile and benign environments. *Strategic Management Journal*, *10* (11), 75–87.

43. Czarnecki, A. (2005). Wpływ przepływów informacji na efektywność marketingu. W: W. Wrzosek (red.), *Efektywność marketingu* (150–172). Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
44. Czarnecki, A. (2011). Decyzje związane z procesami komunikacji marketingowej. W: L. Garbarski (red.), *Marketing. Kluczowe pojęcia i praktyczne zastosowania* (214–228). Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
45. Czarnecki, A. (2011). Decyzje związane z procesami komunikacji marketingowej. W: L. Garbarski (red.), *Marketing. Koncepcja skutecznych działań* (262–286). Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
46. Czerw, A. (2008). *Satysfakcja i lojalność klienta na rynku farmaceutycznym*. Warszawa: CeDeWu.
47. Damanpour, F. (1991). Organizational innovation: a meta-analysis of effects of determinants and moderators. *Academy of Management Journal*, *34* (3).
48. Dancey, C.P., Reidy, J. (2011). *Statistics without maths for psychology*. Harlow: Pearson Education.
49. Daszkowska, M. (1998). *Usługi. Produkcja, rynek, marketing*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
50. Davidsson, P., Delmar, F., Wiklund, J. (2002). Entrepreneurship as growth: growth as entrepreneurship. In: M.A. Hitt, R.D. Ireland, S.M. Camp, D.L. Sexton (eds.), *Strategic Entrepreneurship: Creating a New Mindset* (328–340). Oxford: Blackwell Publishers.
51. Davis, K. (1960). Can business afford to ignore social responsibilities? *California Management Review*, *2* (3), 70–76.
52. Davis, K., Blomstrom, R.L. (1975). *Business and society: Environment and responsibility*. 3rd edition. New York: McGraw-Hill.
53. Dąbrowska, A., Słaby, T. (2012). Small Local Stores in Poland: Changes in the Retail Market and Consumer Preferences. *Journal of Management and Financial Science*s, *5* (9).
54. De Clercq, D., Thongpapanl, N., Dimov, D. (2009). When good conflict gets better and bad conflict becomes worse: The role of social capital in the conflict — innovation relationship. *Journal of the Academy of Marketing Science*, *37* (3), 283–297.
55. Dess, G.G., Lumpkin, G.T. (2005). The Role of Entrepreneurial Orientation in Stimulating Corporate Entrepreneurship: Research Briefs. *Academy of Management Executive*, *19* (1).
56. Doyle, P. (2003). *Marketing wartości*. Warszawa: Wydawnictwo Felberg SJA.

57. Drozd, M., Bułaś, L. (2020). Czy nieprawidłowości w aptekach ogólnodostępnych stwierdzone podczas kontroli Inspekcji Farmaceutycznej mogą być miarą jakości usług farmaceutycznych? Część 1. Analiza ogólna. *Farmacja Polska*, *76* (6), 307–311.
58. Drozd, M., Ciećko, S. (2016). Ocena jakości usług farmaceutycznych podczas realizacji recepty lekarskiej. *Farmacja Polska*, *72* (6), 351–358.
59. Drozd, M., Zimmermann, A. (2021). Art. 3. Teza 17. W: A. Zimmermann (red.), *Zawód farmaceuty. Komentarz praktyczny*. Warszawa: Wolters Kluwer.
60. Drucker, P.F. (2005). *Praktyka zarządzania*. Warszawa: MT Biznes.
61. Drucker, P.F. (2009). *Zarządzanie w XXI wieku – wyzwania*. Warszawa: MT Biznes.
62. Drygas, A. (1983). *Aptekarstwo gdańskie 1399–1939*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
63. Drygas, A. (1995). Narodziny leku. Dawne terapie. Lek i jego formy, sposoby wytwarzania i dystrybucji. W: T. Brzeziński (red.), *Historia medycyny* (124–167). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
64. Drzeżdżon, W. (2013). Etyczne aspekty pracy zawodowej. Wybrane zagadnienia. *Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość*, t. 10, 21-35.
65. Dubisz, S. (2003). *Uniwersalny słownik języka polskiego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, t. 1–4.
66. Dyduch, W. (2008). *Pomiar przedsiębiorczości organizacyjnej*. Katowice: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Karola Adamieckiego w Katowicach.
67. East, R., Wright, M., Vanhuele, M. (2011). *Zachowania konsumentów*. Warszawa: Oficyna a Wolters Kluwer business.
68. Eells, R., Walton, C. (1961). *Conceptual foundations of business*. Homewood: Richard D. Irwin.
69. Fill, Ch. (2001). *Marketing Communications: Contexts, Strategies and Applications*. London: Financial Times, Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
70. Fill, Ch. (2009). *Marketing Communications. Interactivity, Communities and Content*. London: Prentice Hall, Pearson Education.
71. Fletcher, W. (2018). *Reklama. Krótkie wprowadzenie*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
72. Francuz, P., Mackiewicz, R. (2007). *Liczby nie wiedzą, skąd pochodzą. Przewodnik po metodologii i statystyce nie tylko dla psychologów*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
73. Friedman, M. (1962). *Capitalism and freedom*. Chicago: University of Chicago Press.
74. Fritz, W. (1996). Market orientation and corporate success: findings from Germany. *European Journal of Marketing*, *30* (8), 59–74.

75. Gableta, M. (2006). Zakres przedmiotowy gospodarowania potencjałem pracy. W: M. Gableta (red.), *Potencjał pracy przedsiębiorstwa* (22–25). Wrocław: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu.
76. Garau, C. (2005). Pharmaceutical marketing on the internet: marketing techniques and customer profile. *The Journal of Consumer Marketing*, *22* (7), 421–439.
77. Garbarski, L. (2001). *Zachowania nabywców*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
78. Garbarski, L. (2011). Istota marketingu. W: L. Garbarski (red.), *Marketing. Koncepcja skutecznych działań* (21–36). Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
79. Garbarski, L. (2011). Istota marketingu. W: L. Garbarski (red.), *Marketing. Kluczowe pojęcia i praktyczne zastosowania* (19–26). Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
80. Garbarski, L. (2011). Segmentacja rynku. W: L. Garbarski (red.), *Marketing. Kluczowe pojęcia i praktyczne zastosowania* (121–132). Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
81. Garbarski, L. (2011). Segmentacja rynku. W: L. Garbarski (red.), *Marketing. Koncepcja skutecznych działań* (157–172). Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
82. Garbarski, L., Rutkowski, I., Wrzosek, W. (2008). *Marketing. Punkt zwrotny nowoczesnej firmy*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
83. Garvin, D.A. (1987). Competing on the Eight Dimensions of Quality. *Harvard Business Review*, *65* (6), 99–110.
84. Garvin, D.A. (1988). *Managing Quality. The Strategic and Competitive Edge*. New York: The Free Press.
85. Gatignon, H., Xuereb, J.M. (1997). Strategic orientation of the firm and new product performance. *Journal of Marketing Research*, *34* (1).
86. Gębczyńska, M. (2017). Konstrukt i wymiary orientacji przedsiębiorczej – analiza teoretyczna. *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej*, *101*, 153–163.
87. Gierszewska, G. (2004). Makrootoczenie. W: *Leksykon zarządzania*. Warszawa: Difin.
88. Gierszewska, G., Romanowska, M. (2009). *Analiza strategiczna przedsiębiorstwa*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
89. Glavas, Ch., Mathews, Sh. (2014). How International Entrepreneurship Characteristics Influence Internet Capabilities for the International Business Processes of the Firm. *International Business Review*, *23* (1).
90. Główny Urząd Statystyczny (1999). *Rocznik statystyczny Rzeczpospolitej Polskiej 1999*. Warszawa: Zakład Wydawnictw Statystycznych.
91. Główny Urząd Statystyczny (2021). *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2020 r.* Warszawa–Kraków: Zakład Wydawnictw Statystycznych.

92. Główny Urząd Statystyczny (2021). *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2020 r. Aneks tabelaryczny*. Warszawa–Kraków: Zakład Wydawnictw Statystycznych.
93. Goban-Klas, T. (1999). *Media i komunikowanie masowe. Teorie i analizy pracy, radia, telewizji i Internetu*. Warszawa–Kraków: Wydawnictwo Naukowe PWN.
94. Golka, M. (1994). *Świat reklamy*. Warszawa: Arita.
95. Grant, R.M. (1998). *Contemporary strategic analysis. Concepts, techniques, applications*. 3rd edition. Malden–Oxford: Blackwell Publishers.
96. Griffin, R.W. (2004). *Podstawy zarządzania organizacjami*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
97. Grinstein, A. (2008). The relationships between market orientation and alternative strategic orientations. A meta-analysis. *European Journal of Marketing*, *42* (1/2), 115–134.
98. Grönroos, Ch. (2006). On defining marketing: finding a new roadmap for marketing. *Marketing Theory*, *6* (4), 395–417.
99. Grunig, J.E., Hunt, T. (1984). *Managing Public Relations*. New Jersey: Holt, Rinehart and Winston.
100. Grzegorczyk, A. (2010). *Reklama*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
101. Grzybczyk, K. (2010). Reklama produktów leczniczych. W: L. Ogiegło (red.), *Prawo farmaceutyczne. Komentarz* (516–620). Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.
102. Grőnroos, Ch. (1984). A Service Quality Model and its Marketing Implication. *European Journal of Marketing*, *18* (4).
103. Guillen, M.F. (2021). 2030. *Jak ścieranie się najwyraźniejszych dzisiejszych trendów przekształci przyszłość wszystkiego*. Warszawa: Studio Emka.
104. Hadji, M., Cocks, G., Muller, J. (2007). Toolkit for leaders: Entrepreneurship and leadership – prerequisites for a winning organization. *Journal of Asian Entrepreneurship and Sustainability*, *3* (3), 1–13.
105. Haedrich, G., Kramer, S. (1992). Verkaufsvőrderung. In: H. Diller (Hg.), *Vahlens Großes Marketing-Lexikon*. München: C.H. Beck, Vahlen.
106. Haffer, M. (1998). *Determinanty strategii nowego produktu polskich przedsiębiorstw przemysłowych*. Toruń: Wydawnictwo UMK.
107. Hamrol, A., Mantura, W. (2002). *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
108. Han, J.K., Kim, N., Srivastava, R.K. (1998). Market orientation and organizational performance: is innovation a missing link? *Journal of Marketing*, *62* (4), 30–45.

109. Harris, R., Seldon, A. (1962). *Advertising and the Public*. London: Andre Deutsch.
110. Hatch, M.J. (1994). *Organization Theory*. Oxford–New York: Oxford University Press.
111. Hay, R.D., Gray, E.R., Gates, J.E. (1976). *Business and society*. Cincinnati: Southwestern Publishing.
112. Henning-Thurau, T., Thurau, C. (2004). Customer orientation of service employees: Its impact on customer satisfaction, commitment, and retention. *International Journal of Service Industry Management*, *15* (5), 460–478.
113. Hepler, Ch.D. (1987). The third wave in pharmaceutical education and the clinical movement. *American Journal of Pharmaceutical Education*, *51* (4), 369–385.
114. Hepler, Ch.D., Strand, L.M. (1990). Opportunities and responsibilities in Pharmaceutical Care. *American Journal of Hospital Pharmacy*, *47* (3), 533–543.
115. Hill, C.W., Jones, G.R. (2009). *Strategic Management Theory. An Integrated Approach*. Mason: South-Western Cengage Learning.
116. Hult, G.T.M., Hurley, R.F., Knight, G.A. (2004). Innovativeness: Its antecedents and impact on business performance. *Industrial Marketing Management*, *34* (33), 429–438.
117. Hult, G.T.M., Ketchen Jr., D.J. (2001). Does market orientation matter? A test of the relationship between positional advantage and performance. *Strategic Management Journal*, *22* (9), 899–906.
118. Hunt, S.D., Morgan, R.M. (1995). The Comparative Advantage Theory of Competition. *Journal of Marketing*, *59* (2), 1–15.
119. Jachim, A. (2006). Reklama. W: B. Szymoniuk (red.), *Komunikacja marketingowa. Instrumenty i metody* (63–108). Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
120. Jacobson, R. (1992). The "Austrian" school of strategy. *Academy of Management Review*. *17* (4), 782–807. DOI: https://doi.org/10.5465/AMR.1992.4279070.
121. Jagielska, M. (2010). Objaśnienia do art. 18a–24a. W: L. Ogiegło (red.), *Prawo farmaceutyczne. Komentarz*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.
122. Jagielska, M. (2010). Obrót produktami leczniczymi. Objaśnienia do art. 65–73. W: L. Ogiegło (red.), *Prawo farmaceutyczne. Komentarz* (621–653). Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.
123. Janicka-Michalak, T. (2022). *Rodzaje orientacji działania (aktywności) aptek ogólnodostępnych w Polsce*. Materiał w trakcie procesu recenzowania i publikacji pokonferencyjnej w ramach Międzynarodowej Konferencji Naukowej „Zdrowie i Style Życia. Ekonomiczne, społeczne i zdrowotne

wyzwania w społeczeństwie postpandemicznym – Wrocław 2022", zrealizowanej 19–20 maja 2022 r. na Wydziale Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego.
124. Janicka-Michalak, T. (2022). *Weksel własny in blanco jako instrument zabezpieczenia kredytu kupieckiego apteki ogólnodostępnej*. Materiał w trakcie procesu recenzowania i publikacji pokonferencyjnej w ramach konferencji naukowej „Nauki o zarządzaniu i jakości wobec współczesnych wyzwań nauki i biznesu w turbulentnym otoczeniu", zrealizowanej 19–21 października 2022 r. na Wydziale Zarządzania Politechniki Rzeszowskiej.
125. Janik, W. (2004). *Przedsiębiorczość i przedsiębiorstwo*. Lublin: Wydawnictwo WSPiA w Lublinie.
126. Jefkins, F., Yadin, D. (2000). *Advertising*. Harlow: Pearson Education.
127. Jonas, A. (2006). Jakość usług. W: A. Czubała, A. Jonas, T. Smoleń, J.W. Wiktor, *Marketing usług* (140–188). Warszawa: Oficyna a Wolters Kluwer business.
128. Jóźwiak, J., Podgórski, J. (2012). *Statystyka od podstaw*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
129. Juran, J.M. (1992). *Juran on Quality by Design. The New Steps for Planning Quality into Goods and Services*. Don Mills: The Free Press.
130. Kaczmarczyk, S. (2015). Budowa podstawowych kategorii nowego marketingu na podstawie krytyki starych paradygmatów. W: M. Gębarowski, A. Gierczak, B. Zatwarnicka-Madura (red.), *Wielowymiarowość współczesnego marketingu* (73–82). Rzeszów: Oficyna Wydawnicza Politechniki Rzeszowskiej.
131. Kaczorowska, I. (2012). Dozwolona promocja apteki w świetle aktualnych przepisów. *Monitor Prawny Kierownika Apteki*, *8*.
132. Kall, J. (2010). *Reklama*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
133. Karasiewicz, G. (1997). *Marketingowe strategie cen*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
134. Karpacz, J. (2012). Swoboda działania jako determinanta zmian w potencjale małych i średnich przedsiębiorstw. *Organizacja i Kierowanie*, 1A.
135. Karpacz, J. (2014). Orientacja organizacji na uczenie się a zmiana rutyn. W: J. Lichtarski, S. Nowosielski, G. Osbert-Pociecha, E. Tabaszewska-Zajbert (red.), *Nowe kierunki w zarządzaniu przedsiębiorstwem – wiodące orientacje* (712–725). *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, *340*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.
136. Karpacz, J. (2018). Orientacja przedsiębiorcza a rozwój zdolności dynamicznych – ujęcie literaturowe. W: J. Paszkowski, E. Stroińska (red.), *Uwarunkowania rozwoju regionalnego i lokalnego* (109–126). Łódź–Warszawa: Wydawnictwo Społecznej Akademii Nauk.

137. Kautsch, M. (2010). Zmiany na rynku świadczeniodawców i świadczeń zdrowotnych w Polsce. W: M. Kautsch (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania* (413–426). Warszawa: Oficyna a Wolters Kluwer business.
138. Kaya, N., Patton, J. (2011). The effects of knowledge-based resources, market orientation and learning orientation on innovation performance: An empirical study of Turkish firms. *Journal of International Development*, *23* (2), 204–219.
139. Keh, H.T., Foo, M.D., Lim, B.C. (2002). Opportunity evaluation under risky conditions: The cognitive processes of entrepreneurs. *Entrepreneurship Theory and Practice*, *27* (2), 125–148.
140. Kidyba, A. (2021). *Prawo handlowe*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.
141. Kienzler, I. (2008). *Leksykon marketingu*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.
142. Kieżun, W. (1997). *Sprawne zarządzanie organizacją*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza SGH w Warszawie.
143. Kim, W.C., Mauborgne, R. (2005). *Strategia błękitnego oceanu. Jak stworzyć wolną przestrzeń rynkową i sprawić, by konkurencja stała się nieistotna*. Warszawa: MT Biznes.
144. Kisielnicki, J. (2013). *Systemy informatyczne zarządzania*. Warszawa: Wydawnictwo Placet.
145. Klich, J. (2010). Organizacje opieki zdrowotnej. W: M. Kautsch (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania* (67–77). Warszawa: Oficyna a Wolters Kluwer business.
146. Klich, J., Kautsch, M. (2010). Elementy otoczenia organizacji. W: M. Kautsch (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania* (101–112). Warszawa: Oficyna a Wolters Kluwer business.
147. Knapp, D.A., Wolk, H.H., Knapp, D.E., Rudy, T.A. (1969). The Pharmacist as a Drug Advisor. *Journal of the American Pharmaceutical Association*, *9* (10), 502–505.
148. Knecht, Z. (2002). *Zarządzanie public relations*. Wrocław: Wyższa Szkoła Zarządzania.
149. Knight, G.A. (2001). Entrepreneurship and Strategy in the International SME. *Journal of International Management*, *7* (3).
150. Kotler, Ph. (1973). The Major Tasks of Marketing Management. *Journal of Marketing*, *37* (4), 42–49.
151. Kotler, Ph. (1994). *Marketing. Analiza, planowanie, wdrażanie i kontrola*. Warszawa: Gebethner & Ska.
152. Kotler, Ph. (2005). *Dziesięć śmiertelnych grzechów marketingu*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.

153. Kotler, Ph., Kartajaya, H., Setiawan, I. (2010). *Marketing 3.0. Dobry produkt? Zadowolony klient? Spełniony Człowiek!* Warszawa: MT Biznes.
154. Kotler, Ph., Armstrong, G., Saunders, J., Wong, V. (2002). *Marketing. Podręcznik europejski*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
155. Kotler, Ph., Caslione, J.A. (2009). *Chaos. Zarządzanie i marketing w erze turbulencji*. Warszawa: MT Biznes.
156. Kotler, Ph., Connor Jr., R.A. (1977). Marketing Professional Services. *Journal of Marketing*, *41* (1), 71–76.
157. Kotler, Ph., Kartajaya, H., Setiawan, I. (2021). *Marketing 5.0. Technologie Next Tech*. Warszawa: MT Biznes.
158. Kotler, Ph., Keller, K.L. (2012). *Marketing*. Poznań: Pearson Education, Rebis.
159. Kotler, Ph., Shalowitz, J., Stevens, R.J. (2011). *Marketing strategiczny w opiece zdrowotnej*. Warszawa: Oficyna a Wolters Kluwer business.
160. Kotler, Ph. (2005). *Marketing*. Warszawa: Rebis.
161. Kowal, W. (2010). Ocena koncepcji marketingowych z perspektywy prakseologii. W: S. Figiel (red.), *Marketing w realiach współczesnego rynku. Strategie i działania marketingowe*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
162. Koźmiński, A.K. (2007). Organizacja. W: A.K. Koźmiński, W. Piotrowski (red.), *Zarządzanie. Teoria i praktyka* (13–44). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
163. Kronus, C.L. (1975). Occupational Values, Role Orientations, and Work Settings: the Case of Pharmacy. *The Sociological Quarterly*, *16* (2), 171–183.
164. Krot, K. (2008). *Jakość i marketing usług medycznych*. Warszawa: ABC a Wolters Kluwer business.
165. Król, H., Ludwiczyński, A. (2014). *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Tworzenie kapitału ludzkiego organizacji*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
166. Krówczyński, L. (1993). *Etyka zawodowa farmaceutów*. Kraków: Colegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.
167. Krzyżanowska, M. (2007). Nowoczesne koncepcje przewagi konkurencyjnej. *Marketing i Rynek*, *9*.
168. Krzyżanowska, M. (2007). Wczesne koncepcje przewagi konkurencyjnej. *Marketing i Rynek*, *8*.
169. Krzyżanowska, M. (2011). Marketing a osiąganie przewagi konkurencyjnej. W: L. Garbarski (red.), *Marketing. Kluczowe pojęcia i praktyczne zastosowania* (37–48). Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.

170. Krzyżanowska, M. (2011). Marketing a osiąganie przewagi konkurencyjnej. W: L. Garbarski (red.), *Marketing. Koncepcja skutecznych działań* (52–65). Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
171. Krzyżanowski, L. (1999). *O podstawach kierowania organizacjami inaczej: paradygmaty – modele – metafory*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
172. Ladinsky, J. (1971). Professions and the Public Interest: Where Does Pharmacy Fit? *American Journal of Pharmacy*, *143* (1), 24–30.
173. Lagae, W. (2005). *Sports Sponsorship and Marketing Communications. A European Perspective*. Harlow: Pearson Education.
174. Landreth, H., Colander, D.C. (2005). *Historia myśli ekonomicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
175. Lauster, P. (1998). *Sprawdź swoją inteligencję. Zbiór testów*. Warszawa: Wydawnictwo W.A.B.
176. Lauterborn, R. (1990). New Marketing Litany: 4P's Passe, C-Words Take Over. *Advertising Age*, *61* (41), 25–27.
177. Lehtinen, U., Lehtinen, J.R. (1991). Two Approaches to Service Quality Dimensions. *The Service Industries Journal*, *11* (3), 287–303.
178. Lewiński, P.H. (2008). *Retoryka reklamy*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
179. Lichtarski, J. (2008). O granicach innowacyjności przedsiębiorstwa. W: H. Bieniok, T. Kraśnicka (red.), *Innowacje zarządcze w biznesie i sektorze publicznym*. Katowice: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Karola Adamieckiego.
180. Linn, L.S., Davis, M.S. (1973). Occupational Orientation and Overt Behavior-The Pharmacist as Drug Adviser to Patients. *American Journal of Public Health*, *63* (6), 502–508.
181. Lukas, B.A., Ferrell, O.C. (2000). The effect of market orientation on product innovation. *Journal of the Academy of Marketing Science*, *28* (2), 239–247.
182. Lumpkin, G.T., Dess, G.G. (1996). Clarifying the entrepreneurial orientation construct and linking it to performance. *Academy of Management Review*, *21* (1), 135–172.
183. Luszniewicz, A., Słaby, T. (1996). *Statystyka stosowana*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
184. Luszniewicz, A., Słaby, T. (2008). *Statystyka z pakietem komputerowym STATISTICA PL. Teoria i zastosowania*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.
185. Łazowski, J. (2003). Opieka farmaceutyczna w Europie. W: *Apteka Plus. Prawo i Zarządzanie*. C.2.3. (1-16). Warszawa: Wydawnictwo dr Josef Raabe Spółka Wydawnicza Sp. z o.o.

186. Łazowski, J. (2003). Podstawy opieki farmaceutycznej. W: *Apteka Plus. Prawo i Zarządzanie*. C.2.1. (1-17). Warszawa: Wydawnictwo dr Josef Raabe Spółka Wydawnicza Sp. z o.o.
187. Łazowski, J. (2005). *Podstawy opieki farmaceutycznej w teorii i praktyce aptecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Farmapress.
188. Łazowski, J. (2005). Skuteczne wdrażanie opieki farmaceutycznej do praktyki aptek ogólnodostępnych. W: J. Brandys (red.), *Opieka farmaceutyczna w prawie i praktyce* (1-17). Warszawa: Dr Josef Raabe Spółka Wydawnicza Sp. z o.o.
189. Makowska, M. (2010). *Etyczne standardy marketingu farmaceutycznego*. Warszawa: CeDeWu.
190. Malorny, Ch. (1999). *TQM umsetzen*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
191. Manne, H., Wallich, H.C. (1972). The modern corporation and social responsibility. *American Enterprise Institute for Public Policy Research*, Washington D.C.
192. Marczak, J.T. (2007). Strategia wdrażania opieki farmaceutycznej. *Biuletyn Naczelnej Rady Aptekarskiej*, *6* (17), 1–12.
193. Marston, J.E. (1963). *The Nature of Public Relations*. New York: McGraw-Hill.
194. Masiakowski, J. (2006). Arogancja „opieki farmaceutycznej". *Aptekarz*, *14* (7/8), 143-147.
195. McCarthy, E.J. (1960). *Basic Marketing. A Managerial Approach*. Homewood: Richard D. Irwin.
196. McCormack, Th.H. (1956). The Druggists' Dilemma: Problems of a Marginal Occupation. *American Journal of Sociology*, *61* (4), 308–315.
197. McDonald, M., Wilson, H. (2012). *Plany marketingowe*. Warszawa: Oficyna a Wolters Kluwer business.
198. McDonald, R., Walley, T. (2011). Zarządzanie technologiami medycznymi i innowacjami w opiece zdrowotnej. W: K. Walshe, J. Smith (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej* (108–126). Warszawa: Oficyna a Wolters Kluwer business.
199. McGuire, J.W. (1963). *Business and society*. New York: McGraw-Hill.
200. McNamara, C.P. (1972). The Present Status of The Marketing Concept. *Journal of Marketing*, *36* (1), 50–57.
201. Meenaghan, T., Shipley, D. (1999). Media effect in commercial sponsorship. *European Journal of Marketing*, *33* (3/4), 328–347.
202. Michalik, M. (2013). Badania marketingowe w aptece. W: H. Mruk (red.), *Marketingowe zarządzanie apteką* (97–108). Warszawa: ABC a Wolters Kluwer business.

203. Michalik, M. (2014). Zachowania nabywców i segmentacja rynku farmaceutycznego. W: M. Michalik, B. Pilarczyk, H. Mruk, *Marketing strategiczny na rynku farmaceutycznym* (79–97). Warszawa: ABC a Wolters Kluwer business.
204. Michalik, M., Pilarczyk, B. (2006). Komunikacja marketingowa (promocja). W: B. Pilarczyk, H. Mruk (red.), *Kompendium wiedzy o marketingu* (210–240). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
205. Mikeal, R.L., Brown, T.R., Lazarus, H.L., Vinson, M.C. (1975). Quality of pharmaceutical care in hospitals. *American Journal of Hospital Pharmacy*, *32* (6), 567–574.
206. Miles, M.P., Arnold, D.R. (1991). The relationship between marketing orientation and entrepreneurial orientation. *Entrepreneurship Theory and Practice*, *15* (4), 49-65.
207. Miller, D. (1983). The correlates of entrepreneurship in three types of firms. *Management Science*, *29* (7), 770–791.
208. Miller, D., Friesen, P.H. (1982). Innovation in conservative and entrepreneurial firms: Two models of strategic momentum. *Strategic Management Journal*, *3* (1), 1–25.
209. Miśkiewicz, T.M. (2013). Marketing na rynku farmaceutycznym w Polsce. W: P. Wyrozębski (red.), *Nauki ekonomiczne a wyzwania gospodarcze. Wyniki badań młodych naukowców Kolegium Zarządzania i Finansów SGH* (149–162). Warszawa: Oficyna Wydawnicza SGH w Warszawie.
210. Molęda, S. (2010). *Prawo dla aptek i farmaceutów*. Warszawa: Medicine Today Poland.
211. Moorman, C., Miner, A. (1998). Organizational improvisation and organizational memory. *The Academy of Management Review*, *23* (4), 698–724.
212. Morgan, R.E., Strong, C.A. (2003). Business performance and dimensions of strategy orientation. *Journal of Business Research*, *56* (3), 163–176.
213. Morris, M.H., Kuratko, D.F., Covin, J.G. (2011). *Corporate entrepreneurship & innovation*. Mason, OH: South-Western/Thomson Publishers.
214. Mruk, H. (2003). Jak skutecznie promować aptekę? W: H. Mruk, *Promocja apteki* (1-21). Warszawa: Wydawnictwo dr Josef Raabe Spółka Wydawnicza Sp. z o.o.
215. Mruk, H. (2003). Programy lojalnościowe w aptece – moda czy konieczność? W: H. Mruk, *Promocja apteki* (1-17). Warszawa: Wydawnictwo dr Josef Raabe Spółka Wydawnicza Sp. z o.o.
216. Mruk, H. (2012). Korzyść dla apteki i pacjenta. Import równoległy. *Manager Apteki*, 6/12, 43-44.
217. Mruk, H. (2013). Konkurencja na rynku aptecznym. W: H. Mruk (red.), *Marketingowe zarządzanie apteką* (47–63). Warszawa: ABC a Wolters Kluwer business.

218. Mruk, H. (2013). Metody analizy otoczenia apteki. W: H. Mruk (red.), *Marketingowe zarządzanie apteką* (35–46). Warszawa: ABC a Wolters Kluwer business.
219. Mruk, H. (2013). Strategie cenowe aptek. W: H. Mruk (red.), *Marketingowe zarządzanie apteką* (170–183). Warszawa: ABC a Wolters Kluwer business.
220. Mruk, H. (2013). Usługi doradztwa siłą apteki. W: H. Mruk (red.), *Marketingowe zarządzanie apteką* (109–121). Warszawa: ABC a Wolters Kluwer business.
221. Mruk, H., Michalik, M. (2010). Sposoby zwiększania skuteczności działania podmiotów w opiece zdrowotnej. W: K. Ryć, A. Sobczak (red.), *Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna? Koncepcje, regulacje, zarządzanie* (167–176). Warszawa: Oficyna a Wolters Kluwer business.
222. Mruk, H., Michalik, M., Barałkiewicz, T. (2006). *Jak zarządzać apteką? Marketing w praktyce*. Warszawa: Wydawnictwo Kwadryga.
223. Mruk, H., Nestorowicz, R. (2007). Istota i ewolucja koncepcji marketingu. W: B. Pilarczyk, H. Mruk (red.), *Kompendium wiedzy o marketingu* (11-28). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
224. Mruk, H., Pilarczyk, B., Sławińska, M. (2015). *Marketing. Koncepcje – strategie – trendy*. Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu.
225. Mudie, P., Cottam, A. (1998). *Usługi. Zarządzanie i marketing*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
226. Munro-Fraser, J. (1954). *A Handbook of Employment Interviewing*. London: Macdonald and Evans.
227. Narver, J.C., Slater, S.E. (1990). The effects of marketing orientation on business profitability. *Journal of Marketing*, *54* (4), 20–35.
228. Nestoruk, I.B. (2008). *Prawo konkurencji*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.
229. Niestrój, R. (2005). Typologia orientacji przedsiębiorstw. *Zeszyty Naukowe Akademii Ekonomicznej w Krakowie*, *677*, 7–15.
230. Niestrój, R. (2012). Istota i znaczenie marketingu. W: A. Czubała (red.), *Podstawy marketingu* (13-36). Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
231. Niewójt, Z. (2003). Zasady Dobrej Praktyki Aptecznej. W: *Apteka Plus. Prawo i Zarządzanie*. B.1.14. (1-20). Warszawa: Wydawnictwo dr Josef Raabe Spółka Wydawnicza Sp. z o.o.
232. Noble, C.H., Sinha, R.K., Kumar, A. (2002). Market Orientation and Alternative Strategic Orientations: A Longitudinal Assessment of Performance Implications. *Journal of Marketing*, *66* (4), 25–39.

233. Nowacki, W. (2004). Formułowanie i wybór strategii marketingowych. W: W. Wrzosek (red.), *Strategie marketingowe* (32–53). Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
234. Nowosielski, S. (2011). Orientacja na pracownika jako klienta wewnętrznego w organizacji. W: M. Gableta, A. Pietroń-Pyszczek (red.), *Człowiek i praca w zmieniającej się organizacji. W kierunku respektowania interesów pracobiorców* (298–309). *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, *223*.
235. Nowotarska-Romaniak, B. (2008). *Marketing usług zdrowotnych. Koncepcja i stosowanie*. Warszawa: ABC a Wolters Kluwer business.
236. Nowotny, I. (1993). *Plan marketingowy. Budowa przyszłości przedsiębiorstwa*. Warszawa: Wydawnictwo Poltext.
237. Obłój, K. (1994). *Strategia sukcesu firmy*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
238. Oeckl, A. (1964). *Handbuch der Public Relations. Theorie und Praxis der Öffentlichkeitsarbeit in Deutschland und in der Welt*. München: Süddeutscher Verlag.
239. Ożóg, M. (2010). *System handlu produktem leczniczym i produktami pokrewnymi. Problematyka prawna*. Warszawa: Lexis Nexis.
240. Pacenti, C.C., Mancini, P. (2015). *Marketing produktów farmaceutycznych. Nowe strategie dla sektora ochrony zdrowia*. Warszawa: CeDeWu.
241. Panas, M. (2005). Korzyści dla apteki z aktywnego promowania zdrowia. W: J. Brandys (red.), *Apteka plus pacjent. Farmaceuta jako profesjonalny doradca.* E.1.1. (1-12). Warszawa: Dr Josef Raabe Spółka Wydawnicza Sp. z o.o.
242. Papińska-Kacperek, J. (2008). Nowa epoka – społeczeństwo informacyjne. W: J. Papińska-Kacperek (red.), *Społeczeństwo informacyjne* (13–46). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
243. Parker, P.F. (1967). Drugs and the People. *American Journal of Hospital Pharmacy*, *24* (7), 351–355.
244. Penna, R.P. (1965). Control of Over-the-Counter Medication through Reclassification. *Journal of the American Pharmaceutical Association*, *5* (11), 584–586.
245. Pentor Research International (2010). Postawy pacjentów wobec zaleceń lekarskich w terapii chorób przewlekłych. W: *Polskiego pacjenta portret własny. Raport o przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych przez polskich pacjentów* (5-24). Warszawa: Fundacja na rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny.

246. Pettijohn, Ch.E., Rozell, E.J., Newman, A. (2010). The relationship between emotional intelligence and customer orientation for pharmaceutical salespeople. A UK perspective. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, *4* (1), 21–39.
247. Pflaum, D., Pieper, W. (1989). *Lexikon der Public Relations*. Landsberg am Lech: Verlag Moderne Industrie.
248. Pierścionek, Z. (2003). *Strategie konkurencji i rozwoju firmy*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
249. Pilarczyk, B. (2008). Uwarunkowania działań marketingowych na rynku farmaceutycznym. W: M. Michalik, B. Pilarczyk, H. Mruk, *Marketing strategiczny na rynku farmaceutycznym* (31–55). Kraków: Oficyna a Wolters Kluwer business.
250. Pilarczyk, B. (2014). Strategia komunikacji masowej na rynku farmaceutycznym. W: M. Michalik, B. Pilarczyk, H. Mruk, *Marketing strategiczny na rynku farmaceutycznym* (202–228). Warszawa: ABC a Wolters Kluwer business.
251. Pilarczyk, B., Rogala, A. (2022). *Komunikacja marketingowa na rynku farmaceutycznym*. Warszawa: CeDeWu.
252. Pilarczyk, B. (2014). Procesy dystrybucji na rynku farmaceutycznym. W: M. Michalik, B. Pilarczyk, H. Mruk, *Marketing strategiczny na rynku farmaceutycznym* (155–179). Warszawa: ABC a Wolters Kluwer business.
253. Pomykalski, A. (2001). *Nowoczesne strategie marketingowe*. Warszawa: Infor.
254. Popper, M., Lipshitz, R. (2000). Organizational learning: Mechanisms, culture and feasibility. *Management Learning*, *31* (2), 181–196.
255. Porter, M.E. (1985). Technology and competitive advantage. *Journal of Business Strategy*, *5* (3), 60–78.
256. Porter, M.E. (1999). Creating Advantage. *Leadership Excellence*, *16* (11), 13-14.
257. Porter, M.E. (2006). Leader as Strategist. Create a unique position. *Leadership Excellence*, *26* (6), 6-7.
258. Porter, M.E. (2010). *Strategia konkurencji. Metody analizy sektorów i konkurentów*. Warszawa: MT Biznes.
259. Prahalad, C.K., Hamel, G. (1990). The Core Competence of the Corporation. *Harvard Business Review*, *68* (3), 79–91.
260. Przydatek, E., Przydatek, J. (1999). *Promocja*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
261. Pytel, K. (2019). *Rekomendacja w aptece. Jak realizować obsługę sprzedażową pacjenta w zgodzie z etyką zawodu farmaceuty*. Borowa Góra: Krzysztof Pytel Szkolenia-Biznes.

262. Quinney, E.R. (1963). Occupational Structure and Criminal Behavior: Prescription Violation by Retail Pharmacists. *Social Problems*, *11* (2), 179–185. DOI: https://doi.org/10.2307/799224.
263. Quinney, E.R. (1964). Adjustment to Occupational Role Strain: The Case of Retail Pharmacy. *The Southwestern Social Science Quarterly*, *44* (4), 367–376.
264. Rauch, A., Wiklund, J., Lumpkin, G.T., Frese, M. (2009). Entrepreneurial orientation and business performance: an assessment of past research and suggestions for the future. *Entrepreneurship Theory & Practice*, *33*, 761–787.
265. Reinartz, W., Kumar, V. (2002). The Mismanagement of Customer Loyalty. *Harvard Business Review*, *80* (7), 86–94.
266. Rembieliński, R., Kuźnicka, B. (1987). *Historia farmacji*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
267. Resnik, D.B., Ranelli, P.L., Resnik, S.P. (2000). The Conflict Between Ethics and Business in Community Pharmacy: What About Patient Counseling? *Journal of Business Ethics*, *28* (2), 179–186.
268. Rodger, A. (1952). *The Seven-point Plan*. London: National Institute of Industrial Psychology.
269. Roeske, W. (1991). *Polskie apteki*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
270. Rogoda, B. (2004). *Polityka cenowa małych i średnich przedsiębiorstw*. Kraków: Oficyna Ekonomiczna.
271. Rogoziński, K. (1998). *Nowy marketing usług*. Poznań: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu.
272. Rogoziński, K. (2012). *Zarządzanie wartością z klientem*. Warszawa: Oficyna a Wolters Kluwer business.
273. Romanowska, M. (2009). *Planowanie strategiczne w przedsiębiorstwie*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
274. Rosen, E. (2003). *Anatomia marketingu szeptanego*. Poznań: Media Rodzina.
275. Roszak, M. (2012). Podstawowe zagadnienia reklamy produktów leczniczych w polskim prawie farmaceutycznym. W: M. Namysłowska (red.), *Reklama. Aspekty prawne* (315–331). Warszawa: LEX a Wolters Kluwer business.
276. Rydel, M. (2001). Komunikacja jako element marketingu. W: M. Rydel (red.), *Komunikacja marketingowa*. Gdańsk: ODDK.
277. Rzemieniak, M. (2006). Marketing bezpośredni. W: B. Szymoniuk (red.), *Komunikacja marketingowa. Instrumenty i metody* (191–204). Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.

278. Rzemieniak, M. (2006). Public relations. W: B. Szymoniuk (red.), *Komunikacja marketingowa. Instrumenty i metody* (109–132). Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
279. Sagan, M. (2010). *Standaryzacja instrumentów marketingu-mix na przykładzie korporacji międzynarodowych w Polsce*. Warszawa: Difin.
280. Scharitzer, D., Kollarits, H.C. (2000). Satisfied Customers: Profitable Customer Relationships: Pharmaceutical Marketing: How Pharmaceutical Sales Representatives Can Achieve Economic Success Through Relationship Management With Settled General Practitioners – An Empirical Study. *Total Quality Management & Business Excellence*, *11* (7), 955–965.
281. Schmidt, F.L., Hunter, J.E. (1998). The validity and utility of selection methods in personnel psychology: practical and theoretical implications of 85 years of research findings. *Psychological Bulletin*, *124* (2), 262–274.
282. Sethi, S.P. (1975). Dimensions of corporate social responsibility. *California Management Review*, *17* (3), 58–64.
283. Shah, R.R., Raymond, A.S. (2009). Regulation of human medicinal products in the European Union. In: J.P. Griffin (ed.), *The textbook of pharmaceutical medicine* (444-499). 6th edition. Oxford, Chichester, Hoboken: BMJ Books.
284. Sherkar, P.D., Ghume, V.K., Kachave, R.N. (2020). Innovative pharmaceutical packaging technology. *World Journal of Advance Healthcare Research*, *4* (6), 26–31.
285. Shostack, G.L. (1982). How to Design a Service. *European Journal of Marketing*, *16* (1), 49–64.
286. Simon, H. (1996). *Zarządzanie cenami*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
287. Simon, H. (2009). *33 sposoby na kryzys gospodarczy. Natychmiastowe rozwiązania dla twojej firmy*. Warszawa: Difin.
288. Singh, A., Sharma, P.K., Malviya, R. (2011). Eco Friendly Pharmaceutical Packaging Material. *World Applied Sciences Journal*, *14* (11), 1703–1716.
289. Sinkula, J.M., Baker, W.E., Noordewier, T. (1997). A framework for market-based organizational learning: Linking values, knowledge, and behaviour. *Journal of the Academy of Marketing Science*, *25* (4), 305–318.
290. Skowron, A. (2005), Proces opieki farmaceutycznej. W: J. Brandys (red.), *Opieka farmaceutyczna w prawie i praktyce* (3–13). Warszawa: Dr Josef Raabe Spółka Wydawnicza Spółka z o.o.
291. Skowron, A. (2008). Opieka farmaceutyczna – Jak zacząć? W: *Aptekarz Polski. Pismo Naczelnej Izby Aptekarskiej*, *27* (5e), 6–7.
292. Skowron, A., Polak, W., Polak, S., Polak, M. (2010). Dokumentowanie opieki farmaceutycznej z wykorzystaniem bazy FONTIC. *Farmacja Polska*, *66* (6), 393–402.

293. Slater, S.F., Narver, J.C. (2000). Intelligence generation and superior customer value. *Journal of the Academy of Marketing Science*, *28* (1), 120–127.
294. Smith, A. (1954). *Badania nad naturą i przyczynami bogactwa narodów*. Warszawa: PWN, t. 2.
295. Smith, G.F. (1993). The Meaning of Quality. *Total Quality Management*, *4* (3), 235-244.
296. Smoleń, T. (2012). Produkt usługowy. W: A. Czubała, A. Jonas, T. Smoleń, J.W. Wiktor, *Marketing usług* (110–139). Warszawa: Oficyna a Wolters Kluwer business.
297. Sora, A. (2007). Międzynarodowa segmentacja rynku. W: E. Duliniec (red.), *Marketing międzynarodowy. Uwarunkowania, instrumenty, tendencje* (183–204). Warszawa: Szkoła Główna Handlowa.
298. Stankiewicz, W. (2007). *Historia myśli ekonomicznej*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
299. Stecki, L. (2000). *Sponsoring*. Toruń: TNOiK „Dom Organizatora".
300. Stefanowicz, A. (2003). Tworzenie i prowadzenie programów lojalnościowych w aptece. W: *Apteka Plus. Prawo i Zarządzanie*. C.3.16. (1-36). Warszawa: Wydawnictwo dr Josef Raabe Spółka Wydawnicza Sp. z o.o.
301. Steiner, G.A. (1975). *Business and society*. 2nd edition. New York: Random House.
302. Steinmann, H., Schreyögg, G. (2001). *Zarządzanie. Podstawy kierowania przedsiębiorstwem. Koncepcje, funkcje, przykłady*. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej.
303. Stępniewska, B. (2008). Wprowadzenie do obrotu produktów leczniczych. W: R. Jachowicz (red.), *Farmacja praktyczna* (537–567). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
304. Stöger, R. (2005). *Geschaeftsprozesse erarbeiten-gestalten-nutzen*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
305. Stoner, J.A.F., Freeman, R.E., Gilbert Jr., D.R. (2001). *Kierowanie*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
306. Styczyński, R. (2008). *Apteka. Zasady opodatkowania i funkcjonowania aptek*. Kraków: Wszechnica Podatkowa.
307. Sulewski, P. (2013). Modyfikacja testu niezależności. *Wiadomości Statystyczne*, *10* (629), 1–19.
308. Sutherland, J., Canwell, D. (2008). *Klucz do marketingu. Najważniejsze teorie, pojęcia, postaci*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
309. Szalonka, K. (2002). *Marketing na rynku farmaceutycznym*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo.
310. Szalonka, K. (2005). *Marketing w aptece*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo.

311. Szalonka, K. (2005). Nowe trendy w rozwoju marketingu na polskim rynku aptecznym w świetle badań. W: G. Rosa, A. Smalec (red.), *Marketing przyszłości. Trendy. Strategie. Instrumenty. Media w kreowaniu wizerunku. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego*, *414*, 138–148. Szczecin: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego.
312. Szalonka, K. (2011). *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
313. Szczęsny, R. (2010). *Reklama farmaceutyczna i pokrewna*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.
314. Szulce, H. (1999). Istota marketingu. W: H. Mruk (red.), *Podstawy marketingu*. Poznań: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu.
315. Szymczak, R. (2018). *Merchandising w aptece, czyli jak dostosować aptekę do oczekiwań pacjenta*. Warszawa: Estmi Consulting.
316. Szymoniuk, B. (2006). Komunikacja marketingowa – istota i proces projektowania. W: B. Szymoniuk (red.), *Komunikacja marketingowa. Instrumenty i metody* (15–38). Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
317. Szymoniuk, B. (2006). Promocja sprzedaży. W: B. Szymoniuk (red.), *Komunikacja marketingowa. Instrumenty i metody* (133–156). Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
318. Świerczyński, M. (2012). Obrót produktami leczniczymi oraz wymagania dotyczące podmiotów prowadzących obrót. W: M. Krekora, M. Świerczyński, E. Traple, *Prawo farmaceutyczne* (390–452). Warszawa: LEX a Wolters Kluwer business.
319. Świerczyński, M. (2012). Reklama produktów leczniczych. W: M. Krekora, M. Świerczyński, E. Traple, *Prawo farmaceutyczne* (303–389). Warszawa: LEX a Wolters Kluwer business.
320. Taranko, T. (2009). Ocena aktywności marketingowej przedsiębiorstw za pomocą indeksu rozumienia i stosowania marketingu. W: R. Niestrój (red.), *Tożsamość i wizerunek marketingu* (164–174). Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
321. Taranko, T. (2010). *Procesy konkurencyjne a strategie produktowo-rynkowe przedsiębiorstw produkcyjnych*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza SGH w Warszawie.
322. Taranko, T. (2011). Analiza warunków działania. W: L. Garbarski (red.), *Marketing. Kluczowe pojęcia i praktyczne zastosowania* (51–75). Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
323. Taranko, T. (2011). Analiza warunków działania. W: L. Garbarski (red.), *Marketing. Koncepcja skutecznych działań* (69–89). Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.

324. Taranko, T. (2011). Decyzje związane z produktem i marką. W: L. Garbarski (red.), *Marketing. Koncepcja skutecznych działań* (195–231). Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
325. Taranko, T. (2012). Perspektywy rozwoju usług medycznych w Polsce. *Handel Wewnętrzny*, *3*, 324–330.
326. Taranko, T. (2015). *Komunikacja marketingowa. Istota, uwarunkowania, trendy*. Warszawa: Oficyna a Wolters Kluwer business.
327. Taranko, T. (2015). Uregulowania w zakresie reklamy w Polsce. W: T. Taranko (red.), *Działania marketingowe i ich uwarunkowania w Polsce* (195–222). Warszawa: Oficyna a Wolter Kluwer Business.
328. Thorner, I. (1942). Pharmacy: The Functional Significance of an Institutional Pattern. *Social Forces*, *20* (3), 321–328. DOI: https://doi.org/10.2307/3005617.
329. Tofts, A. (2011). Zarządzanie zasobami. W: K. Walshe, J. Smith (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej* (486–507). Warszawa: Oficyna a Wolters Kluwer business.
330. Topol, E. (2021). *Medycyna głęboka. Jak sztuczna inteligencja może ponownie uczynić opiekę zdrowotną ludzką*. Warszawa: ITEM Publishing.
331. Trout, J., Rivkin, S. (2004). *Nowe pozycjonowanie. Najważniejsze osiągnięcia w dziedzinie światowych strategii biznesowych*. Kraków: IFC Press.
332. Ulatowska-Szostak, E. (2008). Udział aptek w działaniach z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia w opiniach wybranej grupy pacjentów. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, *89* (2), 269–274.
333. Urban, W. (2018). *Zarządzanie jakością usług*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
334. Wach, K. (2015). Przedsiębiorczość jako czynnik rozwoju społeczno-gospodarczego: przegląd literatury. *Przedsiębiorczość – Edukacja*, *11*, 12–24.
335. Wach, K. (2016). Pomiar internacjonalizacji przedsiębiorstwa z perspektywy przedsiębiorczości międzynarodowej. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, *17* (10), cz. I, 109-126.
336. Wach, K. (2017). Orientacja przedsiębiorcza a wiedza w początkowym i dojrzałym etapie procesu internacjonalizacji przedsiębiorstw. *Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach*, *319*, 268–282.
337. Waniowski, P. (2003). *Strategie cenowe*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
338. Wardwell, W.I. (1963). Limited, Marginal, and Quasi-Practitioners. In: H.E. Freeman, S. Levine, L.G. Reeder (eds.), *Handbook of Medical Sociology*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

339. Wasim Raja, S., Brito Raj, S., Sreedhar, C., Kalaam, E., Nagendra Babu, B., Srikanth, P., Harsha Vardhan, G., Vishnupriya, M., Bhaskar Reddy, K. (2012). Innovations in pharmaceutical packaging – an update. *International Journal of Advanced Biomedical & Pharmaceutical Research*, *1* (1), 29–39.
340. Wawak, S. (2006). *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*. Gliwice: Wydawnictwo Helion.
341. Wieczorowska-Tobis, K. (2011). Hospitalizacja osób starszych jako efekt działań niepożądanych stosowania leków. *Geriatria*, *5*, 122-125.
342. Wiklund, J., Shepherd, D. (2005). Entrepreneurial Orientation and Small Business Performance: A Configurational Approach. *Journal of Business Venturing*, *20* (1), 71–91.
343. Wiktor, J.W. (2001). *Promocja. System komunikacji przedsiębiorstwa z rynkiem*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
344. Wilson, R.M.S., Gilligan, C. (2013). *Strategic Marketing Management. Planning, Implementation and Control*. London, New York: Routledge Taylor & Francis Group.
345. Wojciechowska, R. (2011). *Proces badawczy w naukach ekonomicznych*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza SGH w Warszawie.
346. Wódkowski, A. (2007). *Mystery shopping* – badanie jakości usług. W: D. Maison, A. Noga-Bogumilski (red.), *Badania marketingowe. Od teorii do praktyki* (221–239). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
347. Wójcik, K. (2001). *Public relations od A do Z*. Warszawa: Agencja Wydawnicza „Placet", t. 1.
348. Wójcik, K. (2015). *Public relations. Wiarygodny dialog z otoczeniem*. Warszawa: Oficyna a Wolters Kluwer business.
349. Wrzosek, W. (2002). *Funkcjonowanie rynku*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
350. Wrzosek, W. (2008). Marketing jako źródło kosztów i efektów. W: L. Garbarski (red.), *Koszty i efekty działań marketingowych* (11–24). Warszawa: Oficyna Wydawnicza SGH.
351. Young, G., Smith, K.G., Grimm, C.M. (1996). "Austrian" and industrial organization perspectives on firm – level competitive activity and performance. *Organization Science*, *7* (3), 243-254.
352. Zahra, S.A. (1991). Predictors and financial outcomes of corporate entrepreneurship: An exploratory study. *Journal of Business Venturing*, *6* (4), 259–285.
353. Zahra, S.A. (1993). Environment, corporate entrepreneurship, and financial performance: A taxonomic approach. *Journal of Business Venturing*, *8* (4), 319–340.

354. Zahra, S.A., Garvis, D.M. (2000). International corporate entrepreneurship and firm performance: The moderation effect of international environmental hostility. *Journal of Business Venturing*, *15*, 469–492.
355. Zbierowski, P. (2012). *Orientacja pozytywna organizacji wysokiej efektywności*. Warszawa: Oficyna a Wolters Kluwer business.
356. Zeithaml, V.A., Parasuraman, A., Berry, L.L. (1990). *Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations*, New York: Free Press.
357. Zeithaml, V.A., Rust, R.T., Lemon, K.N. (2001). The Customer Pyramid: Creating and Serving Profitable Customers. *California Management Review*, *43* (4), 118–142.
358. Zimmermann, A. (2007). *Wpływ uregulowań prawnych na sytuację aptekarstwa w Polsce na początku XXI wieku*. Praca doktorska wykonana w samodzielnej pracowni farmacji społecznej Akademii Medycznej w Gdańsku. Gdańsk: Akademia Medyczna w Gdańsku.
359. Zimmermann, A. (2014). *Prawo farmaceutyczne. Kodeks Etyki Aptekarza RP – kształcenie ustawiczne farmaceutów*. Materiały dydaktyczne do kursu. Wrocław: Education & Art – Professional Project.
360. Zimmermann, A. (2021). Art. 27. [Pragmatyki zawodowe farmaceuty]. Teza 20, 26, 30. W: A. Zimmermann (red.), *Zawód farmaceuty. Komentarz praktyczny*. Warszawa: Wolters Kluwer.
361. Zimmermann, A. (2021). Art. 3. Teza 18. W: A. Zimmermann (red.), *Zawód farmaceuty. Komentarz praktyczny*. Warszawa: Wolters Kluwer.
362. Zimmermann, A. (2021). Art. 3. Teza 19. W: A. Zimmermann (red.), *Zawód farmaceuty. Komentarz praktyczny*. Warszawa: Wolters Kluwer.
363. Zimmermann, A. (2021). Art. 3. Teza 33. W: A. Zimmermann (red.), *Zawód farmaceuty. Komentarz praktyczny*. Warszawa: Wolters Kluwer.
364. Żak, K. (2011). Perspektywy rozwoju rynku aptecznego w Polsce. *Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów*. *Zeszyt Naukowy*, *112*, 146-161. Warszawa: Szkoła Główna Handlowa w Warszawie.
365. Żak, K. (2011). Uwarunkowania zachowań pacjentów na aptecznym rynku farmaceutycznym. W: G. Rosa, A. Smalec (red.), *Marketing przyszłości. Trendy. Strategie. Instrumenty. Konsument i przedsiębiorstwo w ewoluującym otoczeniu. Marketing miejsc. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego*, *661*, *Ekonomiczne Problemy Usług*, *73*, 223–235.
366. Żak, K. (2013). Orientacja na klienta jako klasyczny przykład promowania w sektorze publicznym doświadczeń sektora prywatnego. W: W. Kieżun, J. Wołejszo, S. Sirko (red.), *Public management^{2013}. Wyzwania i dylematy zarządzania organizacjami publicznymi*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Obrony Narodowej, t. 2.

367. Żak, K. (2013). Prawne i etyczne aspekty funkcjonowania apteki ogólnodostępnej na rynku farmaceutycznym. *Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów*. *Zeszyt Naukowy*, *126*. Warszawa: Szkoła Główna Handlowa w Warszawie.
368. Żak, K. (2013). Rola i zadania apteki ogólnodostępnej w koncepcji społecznej odpowiedzialności biznesu. W: G. Rosa, A. Smalec (red.), *Marketing przyszłości. Trendy. Strategie. Instrumenty. Wybrane aspekty marketingu w handlu i usługach. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego*, *776*, *Problemy zarządzania, finansów i marketingu*, *31*, 533–548.
369. Żak, K. (2014). *Działania marketingowe aptek a uwarunkowania prawne w Polsce*. Niepublikowana dysertacja doktorska. Warszawa: Szkoła Główna Handlowa w Warszawie.
370. Żak, K. (2015). Profesjonalne zarządzanie zasobami ludzkimi w organizacjach administracji publicznej. Wyzwania i dylematy. W: M. Piotrowska-Trybull (red.), *Społeczeństwo, gospodarka, siły zbrojne – relacje i wyzwania* (92-106). Warszawa: Akademia Obrony Narodowej.
371. Żak, K. (2016). Cele i zadania apteki a jej działalność marketingowa. *Biuletyn Informacyjny Kierownika Apteki*, *55*, 54–59.
372. Żak, K. (2016). Innowacyjne opakowania i produkty lecznicze – nowoczesne technologie a zarządzanie procesem farmakoterapii. W: A. Walaszczyk, I. Jałmużna, J. Lewandowski (red.), *Zarządzanie i bezpieczeństwo w łańcuchu żywnościowym* (217–232). Łódź: Wydawnictwo Politechniki Łódzkiej.
373. Żak, K. (2016). Rekrutacja i selekcja kandydatów do pracy w aptece ogólnodostępnej – wyzwania i dylematy. W: E. Mendyk (red.), *Wyzwania zarządzania zasobami ludzkimi* (242–251). Lublin: Instytut Zarządzania Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie.
374. Żak, K. (2016). Wpływ zmian prawnych na warunki otoczenia ogólnego (makrootoczenia) podmiotów świadczących usługi farmaceutyczne w Polsce. W: J. Mojak, A. Żywicka (red.), *Sytuacja przedsiębiorcy na tle zmian w prawie publicznym i prywatnym w perspektywie europejskiej* (389–409). Lublin: Innowatio Press. Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie.
375. Żak, K. (2017). Implementacja programu opieki farmaceutycznej w aptece ogólnodostępnej – dostosowanie do potrzeb osób niepełnosprawnych. *Ekonomia – Wroclaw Economic Review*, *23* (1), 83–103.
376. Żak, K. (2017). Innowacyjność produktów leczniczych. Wyzwania dla konkurencyjności rynku farmaceutycznego w Polsce. W: M. Stefański (red.), *Prawno-ekonomiczne szanse i bariery rozwoju przedsiębiorczości w Polsce i Europie* (101–124). Lublin: Innowatio Press. Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie.

377. Żak, K. (2017). Promocja usług prozdrowotnych w aptece ogólnodostępnej – ujęcie prawne i ekonomiczne. *Ekonomia – Wroclaw Economic Review*, *23* (4), 293–304.
378. Żak, K. (2018). Budowanie przewagi konkurencyjnej apteki ogólnodostępnej. Wyzwania dla przedsiębiorstwa funkcjonującego w warunkach wzmożonej konkurencji. *Marketing i Rynek*, *3*, 12–20.
379. Żak, K. (2018). Opieka farmaceutyczna czy profesjonalne doradztwo? Bariery wdrażania opieki farmaceutycznej w Polsce. *Ekonomia – Wroclaw Economic Review*, *24* (4), 65–81. DOI: https://doi.org/10.19195/2084-4093.24.4.5.
380. Żak, K. (2018). Orientacja aktywności zarządzania marketingowego a działalność operacyjna aptek ogólnodostępnych w Polsce. *Zarządzanie. Teoria i Praktyka*, *26* (4), 15–22.
381. Żak, K. (2018). Realizacja celów komercyjnych a społeczna misja apteki ogólnodostępnej – konflikt pomiędzy etyką a biznesem jako źródło występowania zjawisk patologicznych na aptecznym rynku farmaceutycznym. *Prakseologia*, *160*, 123–150.
382. Żak, K. (2018). Świadczenie usług farmaceutycznych a promocja usług prozdrowotnych. Zastosowanie instrumentów komunikacji marketingowej w aptece ogólnodostępnej. W: K. Szalonka, J. Widerski (red.), *Zarządzanie komunikacją prozdrowotną* (149-180). *Zeszyty Wydziału Humanistycznego*. Jelenia Góra: Karkonoska Państwowa Szkoła Wyższa w Jeleniej Górze.
383. Żak, K. (2019). Marketingowe podejście do zarządzania a budowanie przewagi konkurencyjnej na aptecznym rynku farmaceutycznym. W: M. Ratajczyk (red.), *Marketing XXI wieku. Konsument – komunikacja – przewaga konkurencyjna* (105–114). Lublin: Wydział Ekonomiczny Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie.
384. Żak, K. (2019). Profesjonalny doradca czy wykwalifikowany sprzedawca? Rola apteki ogólnodostępnej i farmaceuty w systemie ochrony zdrowia publicznego. W: A. Majchrowska, J. Pawlikowski, W. Piątkowski (red.), *Zawody medyczne – ciągłość i zmiana* (101–128). Kraków: Wydawnictwo Universitas.
385. Żak, K. (2020). Inversion in distribution channels on the Polish pharmaceutical market – mechanisms of counteracting illegal export of medicinal products. *Economic and Regional Studies*, *13* (1), 87–114.
386. Żak, K. (2021). Farmaceuta w aptece a jakość usług farmaceutycznych. W: W. Nowak, K. Szalonka (red.), *Zdrowie i style życia. Ekonomiczne, społeczne i zdrowotne skutki pandemii* (277–302). *Prace Naukowe Wydziału Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego*, seria

e-Monografie nr 188, E-Wydawnictwo. Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa. Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego. DOI: https://doi.org/10.34616/142099.

387. Żak, K. (2021). Wpływ niedoborów farmaceutów w aptekach ogólnodostępnych na jakość świadczenia usług farmaceutycznych w Polsce. W: A. Siedlecka, D. Guzal-Dec (red.), *Rynek pracy wobec wyzwań przyszłości – ujęcie interdyscyplinarne* (256–271). Biała Podlaska: Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej.
388. Żak, K. (2022). *Determinanty jakości rekrutacji i selekcji – wyzwania dla efektywności procesów pozyskiwania kandydatów do pracy*. Materiał w trakcie procesu recenzowania i publikacji pokonferencyjnej w ramach II konferencji naukowej „Rynek pracy wobec wyzwań przyszłości – ujęcie interdyscyplinarne", realizowanej 14 września 2022 r. w Akademii Bialskiej Nauk Stosowanych im. Jana Pawła II.
389. Żak, K. (2022). *Kto może być właścicielem apteki? Ograniczenia w udzielaniu zezwoleń na prowadzenie apteki ogólnodostępnej*. Materiał w trakcie procesu recenzowania i publikacji pokonferencyjnej w ramach konferencji naukowej „Nauki o zarządzaniu i jakości wobec współczesnych wyzwań nauki i biznesu w turbulentnym otoczeniu", zrealizowanej 19–21 października 2022 r. na Wydziale Zarządzania Politechniki Rzeszowskiej.
390. Żak, K. (2022). *Uwarunkowania aktywności marketingowej aptek ogólnodostępnych w Polsce*. Materiał w trakcie procesu recenzowania i publikacji pokonferencyjnej w ramach XIII Międzynarodowej Konferencji Naukowej „Przedsiębiorczość w XXI wieku. Oblicza, wyzwania i perspektywy" organizowanej 21–23 września 2022 r. przez Wydział Administracji i Nauk Społecznych Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie i Wołyński Narodowy Uniwersytet im. Łesi Ukrainki w Łucku w Ukrainie.
391. Żak, K. (2022). *Zmodyfikowany indeks rozumienia i stosowania marketingu jako instrument oceny aktywności marketingowej aptek ogólnodostępnych w Polsce*. Materiał w trakcie procesu recenzowania i publikacji pokonferencyjnej w ramach Międzynarodowej Konferencji Naukowej „Zdrowie i Style Życia. Ekonomiczne, społeczne i zdrowotne wyzwania w społeczeństwie postpandemicznym – Wrocław 2022", zrealizowanej 19–20 maja 2022 r. na Wydziale Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego.
392. Żak, K., Żak, Ł. (2011). Reklama produktu leczniczego w świetle przepisów prawnych. *Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów*. *Zeszyt Naukowy*, *114*, 131-149. Warszawa: Szkoła Główna Handlowa w Warszawie.

Akty prawne

Rozporządzenia UE, dyrektywy i konwencje

1. Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., zmieniona następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2, Dz.U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284–285.
2. Dyrektywa Rady Nr 84/450/EWG z dnia 10 września 1984 r. w sprawie zbliżenia przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych Państw Członkowskich dotyczących reklamy wprowadzającej w błąd, Dz.U. UE z dnia 19 września 1984 r., L 250/17, ze zm. (nieobowiązująca).
3. Dyrektywa Rady Nr 89/105/EWG z dnia 21 grudnia 1988 r. dotycząca przejrzystości środków regulujących ustalanie cen na produkty lecznicze przeznaczone do użytku przez człowieka oraz włączenia ich w zakres krajowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych, Dz. Urz. UE z dnia 11 lutego 1989 r., L 40/8, ze zm.
4. Europejska Konwencja o telewizji ponadgranicznej, sporządzona w Strasburgu 5 maja 1989 r., Dz.U. z 1995 r. Nr 32, poz. 160, ze zm.
5. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady Nr 89/552/EWG z dnia 3 października 1989 r. w sprawie koordynacji niektórych przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich dotyczących świadczenia audiowizualnych usług medialnych (dyrektywa o audiowizualnych usługach medialnych), Dz. Urz. UE z dnia 17 października 1989 r., L 298/23, ze zm.
6. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady Nr 2001/83/WE z dnia 6 listopada 2001 r. w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi, Dz. Urz. UE z dnia 28 listopada 2001 r., L 311/67, ze zm.
7. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady Nr 2001/95/WE z dnia 3 grudnia 2001 r. w sprawie ogólnego bezpieczeństwa produktów, Dz. Urz. UE z dnia 3 grudnia 2002 r., L 11/4, ze zm.
8. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady Nr 2003/33/WE z dnia 26 maja 2003 r. w sprawie zbliżenia przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych Państw Członkowskich, odnoszących się do reklamy i sponsorowania wyrobów tytoniowych, Dz. Urz. UE z dnia 20 czerwca 2003 r., L 152/16, ze zm.
9. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady Nr 2006/114/WE z dnia 12 grudnia 2006 r. dotycząca reklamy wprowadzającej w błąd i reklamy porównawczej, Dz. Urz. UE z dnia 27 grudnia 2006 r., L 376/21, ze zm.

10. Rozporządzenie delegowane Komisji (UE) 2016/161 z dnia 2 października 2015 r. uzupełniające dyrektywę 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady przez określenie szczegółowych zasad dotyczących zabezpieczeń umieszczanych na opakowaniach produktów leczniczych stosowanych u ludzi, Dz.U. UE z dnia 9 lutego 2016 r., L 32/1.

Ustawy

1. Ustawa z dnia 25 marca 1938 r. o wykonywaniu zawodu aptekarskiego, Dz.U. z 1938 r. Nr 23, poz. 202 (nieobowiązująca).
2. Ustawa z dnia 15 czerwca 1939 r. o Izbach Aptekarskich, Dz.U. z 1939 r. Nr 55, poz. 346 (nieobowiązująca).
3. Ustawa z dnia 8 stycznia 1951 r. o aptekach, Dz.U. z 1951 r. Nr 1, poz. 2 (nieobowiązująca).
4. Ustawa z dnia 8 stycznia 1951 r. o zniesieniu Izb Aptekarskich, Dz.U. z 1951 r. Nr 1, poz. 3 (nieobowiązująca).
5. Ustawa z dnia 8 stycznia 1951 r. o środkach farmaceutycznych i odurzających oraz artykułach sanitarnych, Dz.U. z 1951 r. Nr 1, poz. 4 (nieobowiązująca).
6. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, Dz.U. z 1964 r. Nr 16, poz. 93, ze zm.
7. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Dz.U. z 1982 r. Nr 35, poz. 230, ze zm.
8. Ustawa z dnia 26 stycznia 1984 r. Prawo prasowe, Dz.U. z 1984 r. Nr 5, poz. 24, ze zm.
9. Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich, Dz.U. z 1991 r. Nr 41, poz. 179, ze zm.
10. Ustawa z dnia 10 października 1991 r., o środkach farmaceutycznych, materiałach medycznych, aptekach, hurtowniach i nadzorze farmaceutycznym, Dz.U. z 1991 r. Nr 105, poz. 452 (nieobowiązująca).
11. Ustawa z dnia 29 lipca 1992 r. o grach losowych i zakładach wzajemnych, Dz.U. z 1992 r. Nr 68, poz. 341, ze zm. (nieobowiązująca).
12. Ustawa z dnia 29 grudnia 1992 r. o radiofonii i telewizji, Dz.U. z 1993 r. Nr 7, poz. 34, ze zm.
13. Ustawa z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, Dz.U. z 1993 r. Nr 47, poz. 211, ze zm.
14. Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, Dz.U. z 1995 r. Nr 10, poz. 55, ze zm.
15. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483, ze zm.
16. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz.U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152, ze zm.

17. Ustawa z dnia 24 lipca 1998 r. o zmianie niektórych ustaw określających kompetencje organów administracji publicznej – w związku z reformą ustrojową państwa, Dz.U. z 1998 r. Nr 106, poz. 668.
18. Ustawa z dnia 7 października 1999 r. o języku polskim, Dz.U. z 1999 r. Nr 90, poz. 999, ze zm.
19. Ustawa z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych, Dz.U. z 2000 r. Nr 94, poz. 1037, ze zm.
20. Ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. Prawo ochrony środowiska, Dz.U. z 2001 r. Nr 62, poz. 627, ze zm.
21. Ustawa z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach, Dz.U. z 2001 r. Nr 97, poz. 1050, ze zm. (nieobowiązująca).
22. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm.
23. Ustawa z dnia 3 lipca 2002 r. Prawo lotnicze, Dz.U. z 2002 r. Nr 130, poz. 1112, ze zm.
24. Ustawa z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną, Dz.U. z 2002 r. Nr 144, poz. 1204, ze zm.
25. Ustawa z dnia 12 grudnia 2003 r. o ogólnym bezpieczeństwie produktów, Dz.U. z 2003 r. Nr 229, poz. 2275, ze zm.
26. Ustawa z dnia 18 grudnia 2003 r. o zakładach leczniczych dla zwierząt, Dz.U. z 2003 r. Nr 11, poz. 95, ze zm.
27. Ustawa z dnia 16 kwietnia 2004 r. o ochronie przyrody, Dz.U. z 2004 r. Nr 92, poz. 880, ze zm.
28. Ustawa z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych i zarządzaniu alternatywnymi funduszami inwestycyjnymi, Dz.U. z 2004 r. Nr 146, poz. 1546, ze zm.
29. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, Dz.U. z 2005 r. Nr 169, poz. 1411, ze zm.
30. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, Dz.U. z 2005 r. Nr 179, poz. 1485, ze zm.
31. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o obrocie instrumentami finansowymi, Dz.U. z 2005 r. Nr 183, poz. 1538, ze zm.
32. Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia, Dz.U. z 2006 r. Nr 171, poz. 1225, ze zm.
33. Ustawa z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, Dz.U. Nr 50, poz. 331, ze zm.
34. Ustawa z dnia 30 marca 2007 r. o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne oraz o zmianie niektórych innych ustaw, Dz.U. z 2007 r. Nr 75, poz. 492.
35. Ustawa z dnia 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym, Dz.U. z 2007 r. Nr 171, poz. 1206, ze zm.

36. Ustawa z dnia 10 stycznia 2008 r. o zmianie ustawy o izbach aptekarskich, Dz.U. z 2008 r. Nr 47, poz. 273.
37. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Dz.U. z 2008 r. Nr 234, poz. 1570.
38. Ustawa z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych, Dz.U. z 2009 r. Nr 201, poz. 1540, ze zm.
39. Ustawa z dnia 25 lutego 2011 r. o substancjach chemicznych i ich mieszaninach, Dz.U. z 2011 r. Nr 63, poz. 322, ze zm.
40. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654, ze zm.
41. Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, Dz.U. z 2011 r. Nr 122, poz. 696, ze zm.
42. Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o kredycie konsumenckim, Dz.U. z 2011 r. Nr 126, poz. 715, ze zm.
43. Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych, Dz.U. z 2011 r. Nr 199, poz. 1175, ze zm.
44. Ustawa z dnia 9 maja 2014 r. o informowaniu o cenach towarów i usług, Dz.U. z 2014 r., poz. 915, ze zm.
45. Ustawa z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta, Dz.U. z 2014 r., poz. 827, ze zm.
46. Ustawa z dnia 9 października 2015 r. o produktach biobójczych, Dz.U. z 2015 r., poz. 1926, ze zm.
47. Ustawa z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców, Dz.U. z 2018 r., poz. 646, ze zm.
48. Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, Dz.U. z 2021 r., poz. 97, ze zm.

Rozporządzenia

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2015 r. w sprawie wymagań Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej, Dz.U. z 2015 r., poz. 381, ze zm.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie wysyłkowej sprzedaży produktów leczniczych, Dz.U. z 2015 r., poz. 481.
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2022 r. w sprawie podmiotów uprawnionych do zakupu produktów leczniczych w hurtowni farmaceutycznej, Dz.U. z 2022 r., poz. 852.

Decyzje, uchwały i kodeksy

1. Decyzja GIF z dnia 26 marca 2007 r., GIF-P-R-481-42/JD/07.
2. Decyzja GIF z dnia 26 marca 2007 r., GIF-P-R-481-44/MSZ/07.
3. Decyzja GIF z dnia 27 marca 2007 r., GIF-P-R-481-45/JD/07.
4. Decyzja GIF z dnia 3 kwietnia 2007 r., GIF-P-R-481-47/JD/07.

5. Decyzja GIF z dnia 4 kwietnia 2007 r., GIF-P-R-481-49/JD/07.
6. Decyzja GIF z dnia 18 kwietnia 2007 r., GIF-P-R-481-52/JD/07.
7. Decyzja GIF z dnia 20 grudnia 2007 r., GIF-P-R-450-99-2/RL/07.
8. Decyzja GIF z dnia 7 lutego 2008 r., GIF-P-R-450-95-2/JD/07/08.
9. Decyzja GIF z dnia 30 lipca 2008 r., GIF-P-R-450-5/JD/08 („Acard").
10. Decyzja GIF z dnia 2 grudnia 2008 r., GIF-P-R-450-71-3/KP/08.
11. Decyzja GIF z dnia 2 czerwca 2009 r., GIF-P-R-450-42-3/KP/09 („Sympramol").
12. Kodeks Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej, uchwała Nr VI/25/2012 VI Krajowego Zjazdu Aptekarzy z dnia 22 stycznia 2012 r., Biuletyn Nr VI/1/2012 Naczelnej Rady Aptekarskiej.
13. Decyzja Mazowieckiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego w Warszawie z dnia 22 marca 2012 r., WIF.WA.II.8523.1.5.2012.RB.
14. Decyzja Mazowieckiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego w Warszawie z dnia 29 czerwca 2012 r., WIF.WA.II.8523.1.18.2012.RB.
15. Decyzja Mazowieckiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego w Warszawie z dnia 9 lipca 2012 r., WIF.WA.II.8523.1.23.2012.RB.
16. Decyzja Mazowieckiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego w Warszawie z dnia 24 lipca 2012 r., WIF.WA.II.8523.1.4.2012.RB.
17. Uchwała nr 187/2020 Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 2020 r. w sprawie przyjęcia Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19.
18. Uchwała Nr 3 Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Aptekarzy z dnia 25 kwietnia 1993 r. w sprawie przyjęcia Kodeksu Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej.
19. Uchwała Nr III/10/99 III Krajowego Zjazdu Aptekarzy z dnia 11 grudnia 1999 r. w sprawie zmiany Kodeksu Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej.
20. Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA (2011). Kodeks Dobrych Praktyk Przemysłu Farmaceutycznego, Współpracy z Przedstawicielami Ochrony Zdrowia i Organizacjami Pacjentów.
21. Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA (2019). Kodeks Dobrych Praktyk Przemysłu Farmaceutycznego, https://www.infarma.pl/assets/files/etyka/201902_Kodeks%20Dobrych%20Praktyk%20PL.pdf.

Orzecznictwo

1. Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 sierpnia 1992 r., K 4/92, OTK 1992, Nr 2, poz. 22.
2. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego w Katowicach z dnia 18 października 1995 r., SA/Ka 1894/94, POP 1998, Nr 2, poz. 62.

3. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego w Katowicach z dnia 18 października 1995 r., SA/Ka 1895/94, POP 1998, Nr 2, poz. 62.
4. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego w Łodzi z dnia 13 lutego 2003 r., I SA/Łd 929/01, POP 2003, Nr 4, poz. 16.
5. Wyrok Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości z dnia 11 grudnia 2003 r., C-322/01, Zb.Orz. 2003, s. I–14887 („Deutscher Apothekerverband").
6. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 29 grudnia 2005 r., I SA/Wa 584/05.
7. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 24 stycznia 2006 r., II OSK 421/05.
8. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 21 kwietnia 2006 r., I SA/Wa 1416/05.
9. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 października 2007 r., II CSK 289/07, OSNC 2008, Nr 12, poz. 140.
10. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 18 grudnia 2009 r., VI SA/Wa 1758/09.
11. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 11 stycznia 2012 r., II GSK 1365/10.
12. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 10 grudnia 2012 r., VI SA/Wa 1756/12.
13. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 20 lipca 2017 r., II GSK 2583/15.
14. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 20 lipca 2017 r., II GSK 3347/15.
15. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 9 stycznia 2019 r., II GSK 1986/18.
16. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 9 stycznia 2019 r., II GSK 1987/18.
17. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 20 marca 2019 r., II GSK 4298/17.
18. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 12 marca 2020 r., II GSK 3613/17.
19. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 27 maja 2020 r., II GSK 79/20.
20. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 5 listopada 2020 r., II GSK 941/18.
21. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 3 grudnia 2020 r., II GSK 917/20.
22. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 11 lutego 2021 r., II GSK 1218/20.

23. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 2 września 2021 r., II GSK 211/21.
24. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 22 października 2021 r., II GSK 937/21.
25. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 22 października 2021 r., II GSK 1281/21.
26. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 26 października 2021 r., II GSK 1527/21.
27. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 25 listopada 2021 r., II GSK 1657/21.
28. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 25 listopada 2021 r., II GSK 1901/21.
29. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 26 listopada 2021 r., II GSK 1938/21.
30. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 3 grudnia 2021 r., II GSK 2269/21.
31. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 11 stycznia 2022 r., II GSK 2398/21.
32. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 1 marca 2022 r., II GSK 1616/18.
33. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 1 marca 2022 r., II GSK 1934/18.
34. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 22 marca 2022 r., II GSK 2610/21.
35. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 28 kwietnia 2022 r., II GSK 1883/18.

Serwisy (strony) internetowe

1. American Marketing Association (2017). *Definitions of Marketing*. Pobrano z: https://www.ama.org/the-definition-of-marketing-what-is-marketing/.
2. American Marketing Association (2022). *Advertising*. Pobrano z: https://www.ama.org/topics/advertising/.
3. American Pharmaceutical Review (2015). *Keystone Folding Box Co. Launches Ecoslide-RX 2.0 Compliance Package*. Pobrano z: https://www.americanpharmaceuticalreview.com/1315-News/170346-Keystone-Folding-Box-Co-Launches-Ecoslide-RX-2-0-Compliance-Package/.
4. Centrum e-Zdrowia, *System e-zdrowie (P1)*. Pobrano z: https://www.cez.gov.pl/pl/nasze-produkty/e-zdrowie-p1.

5. Dopart, P. (2011). *Stora Enso Pharma DDSi Wireless – nowe opakowanie dla branży medycznej*. Pobrano z: https://www.signs.pl/stora-enso-pharma-ddsi-wireless---nowe-opakowanie-dla-branzy-medycznej,12129,artykul.html.
6. Drozd, M. *Jakość usług świadczonych w aptekach ogólnodostępnych*. Pobrano z: https://aptekarz.pl/jakosc-uslug-swiadczonych-w-aptekach-ogolnodostepnych/.
7. E-Recruiter (2019). *Raport Candidate Experience w Polsce 2019*. Pobrano z: https://erecruiter.pl/raport-candidate-experience-w-polsce-2019/.
8. Głowiak, G. (2020). *Skąd pochodzą zamówienia w sklepie internetowym?* Pobrano z: https://eapteki.info/skad-pochodza-zamowienia-w-sklepie-internetowym/.
9. Głowiak, G. (2021). *Ile jest aptek internetowych w Polsce?* Pobrano z: https://eapteki.info/ile-jest-aptek-internetowych-w-polsce/.
10. Główny Urząd Statystyczny. Pobrano z: https://stat.gov.pl/.
11. Grzegorzek, D. (2020). *Pomiar ciśnienia krwi – metody i normy. Jak wybrać aparat do jego mierzenia?* Pobrano z: https://stronazdrowia.pl/pomiar-cisnienia-krwi-metody-i-normy-jak-wybrac-aparat-do-jego-mierzenia/ar/c14-14626643.
12. IMS Health (2011). *Dane narodowe 05/2011*. W: Pricewaterhouse Coopers, *Wkład innowacyjnego przemysłu farmaceutycznego w rozwój polskiej gospodarki*. Raport wrzesień. Pobrano z: https://www.pwc.pl/pl/publikacje/pwc_wklad_innowacyjnego_przemyslu_farmaceutycznego_w_rozwoj_polskiej_gospodarki.pdf.
13. International Public Relations Association (2022). *A new definition of public relations*. Pobrano z: https://www.ipra.org/member-services/pr-definition/.
14. Keystone Folding Box Company, *Ecoslide-RX*. Pobrano z: https://www.ecoslide-rx.com/.
15. Komisja Europejska (2021). *Regional innovation scoreboard 2021*. Pobrano z: https://ec.europa.eu/research-and-innovation/en/statistics/performance-indicators/european-innovation-scoreboard/eis.
16. Kosmetologia Monika Turowska (2017). *Dermokonsultacje dla każdego*. Pobrano z: http://kosmetologia.net/dermokonsultacje-dla-kazdego/.
17. Kucharczyk-Capiga, J. (2019). *Człowiek w świecie VUCA*. Pobrano z: https://www.pwc.pl/pl/artykuly/2019/czlowiek-w-swiecie-VUCA.html.
18. Lingle, R. (2004). *Electronic paperboard blister*. Pobrano z: https://www.packworld.com/design/materials-containers/article/13338957/electronic-paperboard-blister.
19. Locked4Kids (2022). *Difficult for children. Easy for adults*. Pobrano z: https://locked4kids.com/how-it-works/.orientierung-strken-kundennhe-verbessern-tipps-fr_pdf.

20. mgr.farm. (2015). *Byłam pracownikiem apteki sieciowej*. Cz. 1. Pobrano z: https://mgr.farm/opinie/bylam-pracownikiem-apteki-sieciowej-cz-i/.
21. mgr.farm. (2015). *Byłam pracownikiem apteki sieciowej*. Cz. 2. Pobrano z: https://mgr.farm/opinie/bylam-pracownikiem-apteki-sieciowej-cz-ii/.
22. mgr.farm. (2015). *Byłam pracownikiem apteki sieciowej*. Cz. 3. Pobrano z: https://mgr.farm/opinie/bylam-pracownikiem-apteki-sieciowej-cz-3/.
23. mgr.farm. (2018). *Gdyby inspektorzy egzekwowali ten przepis, już dziś nawet połowę aptek należałoby zamknąć*. Pobrano z: https://mgr.farm/aktualnosci/gdyby-inspektorzy-egzekwowali-ten-przepis-juz-dzis-nawet-polowe-aptek-nalezaloby-zamknac/.
24. mgr.farm. (2018). *Sprawdziliśmy, gdzie WIF kontroluje apteki poza godzinami urzędowania. Te dane niepokoją...* Pobrano z: https://mgr.farm/aktualnosci/sprawdzilismy-gdzie-wif-kontroluje-apteki-poza-godzinami-urzedowania-te-dane-niepokoja/.
25. Naczelny Sąd Administracyjny (2022). *Centralna Baza Orzeczeń Sądów Administracyjnych*. Pobrano z: https://orzeczenia.nsa.gov.pl/cbo/query.
26. Osadowski, T. (2021). *Rynek apteczny w Polsce – wczesne podsumowanie 2021roku*. Pobrano z: https://magazyn-recepta.pl/rynek-apteczny-w-polsce-wczesnepodsumowanie-2021-roku/.
27. PEX Pharma Sequence. Pobrano z: https://www.pexps.pl/dla-mediow.html.
28. Pharma Expert, PEX Pharma Sequence. Pobrano z: http://www.pharma-expert.pl/raport-dla-mediow; https://www.pexps.pl/dla-mediow.html.
29. PMR (2018). *Handel internetowy produktami OTC w Polsce 2019. Analiza rynku i prognozy rozwoju na lata 2019–2024*. Pobrano z: https://www.pmr-marketexperts.com/rynek-handluinternetowego-produktami-otc-wzrost-o-jedna-piata-rocznie-2/?gclid=EAIaIQobChMIy8
30. XX07bL-QIVXAWiAx0Maw6TEAAYASAAEgLYOfD_BwE.
31. Prashant, P. (2012). *Recent trends in pharmaceutical packaging. Pobrano* z: http://www.authorstream.com/Presentation/pr.prashant-1430745-recent-trends-in-pharmaceutical-packaging/.
32. Pricewaterhouse Coopers (2011). *Wkład innowacyjnego przemysłu farmaceutycznego w rozwój polskiej gospodarki*. Raport wrzesień. Pobrano z: https://www.pwc.pl/pl/publikacje/pwc_wklad_innowacyjnego_przemyslu_farmaceutycznego_w_rozwoj_polskiej_gospodarki.pdf.
33. Pricewaterhouse Coopers, Baker & McKenzie (2012). *Do trzech razy sztuka – Ustawa Refundacyjna po publikacji trzech pierwszych wykazów. Próba oceny skutków regulacji*. Raport 23 maja 2023. Pobrano z: https://www.pwc.pl/pl/publikacje/raport_ustawa_refundacyjna_po_publikacji_trzech_pierwszych_wykazow.pdf.
34. Rejestry medyczne. *Rejestr Hurtowni Farmaceutycznych*. Pobrano z: https://rejestrymedyczne.ezdrowie.gov.pl/rhf/search/public.

35. Schüller, A.M. (2018). *Kundenorientierung stärken – Kundennähe verbessern. Tipps für eine kundenorientierte Mitarbeiterentwicklung*. Pobrano z: https://nanopdf.com/download/kunden.
36. Skowron, A. (2016). *Umiejętność komunikacji z pacjentem to podstawa opieki farmaceutycznej*. Pobrano z: https://pulsmedycyny.pl/umiejetnosc-komunikacji-z-pacjentem-to-podstawa-opieki-farmaceutycznej-1008974.
37. Waligórski, Ł. (2019). *Techniczka pomyliła dawkę morfiny. Pacjentka nie żyje… Pobrano* z: https://mgr.farm/aktualnosci/techniczka-pomylila-dawke-morfiny-pacjentka-nie-zyje/?s=Techniczka+pomyli%C5%82a+dawk%C4%99+morfiny.+Pacjentka+nie+%C5%BCyje.
38. Waligórski, Ł. (2019). *Technik sam w aptece i źle wydany lek? Kolejny przypadek w Wielkopolsce…*. Pobrano z: https://mgr.farm/aktualnosci/technik-sam-w-aptece-i-zle-wydany-lek-kolejny-przypadek-w-wielkopolsce/.
39. Waligórski, Ł. (2019). *W co drugiej aptece nie było farmaceuty. Oto wynik kontroli Inspekcji*. Pobrano z: https://mgr.farm/aktualnosci/w-co-drugiej-aptece-nie-bylo-farmaceuty-efekty-kontroli-inspekcji/.
40. Wielka Baza ChPL (2022). *Charakterystyka produktu leczniczego*. Pobrano z: http://chpl.com.pl/#detail=7735769!79769634.
41. Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny w Lublinie. *Biuletyn Informacji Publicznej*. *Formularze, zezwolenia, zgody, plik 781*. Pobrano z: https://www.bip.wif.lublin.pl/2020/07/08/karta-informacyjna-apteki/.
42. Związek Przedsiębiorców i Pracodawców (2020). *Rynek apteczny w Polsce 2020*. Pobrano z: https://zpp.net.pl/rynek-apteczny-w-polsce-2020/.

Materiały źródłowe

1. Agencja Reklamowa DOMIGO, Domigo Dorota Dąbska. *Przykłady kategorii*.
2. Buda, W., i in. (2016). Poselski projekt ustawy o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne z dnia 7 grudnia 2016 r. *Sejm Rzeczypospolitej Polskiej*. VIII kadencja, druk 1126. Pobrano z: http://orka.sejm.gov.pl/Druki8ka.nsf/0/DEFD45CE43627FB9C1258087005DD49D/%24File/1126.pdf.
3. DOZ S.A. (2012). *Podręcznik operacyjny DOZ S.A. Pacjent w centrum uwagi*.
4. Grupa Moja Farmacja (2014). *Standard obsługi pacjenta*.
5. Kobel, H. (2005). *European Association of Euro Pharmaceutical Companies*. Regulatory Challenges in the Central & Eastern European Pharmaceutical Market Conference.
6. Lotz, D. (2012). Opinia prawna z dnia 2 kwietnia 2012 r. sporządzona na zlecenie Dolnośląskiej Izby Aptekarskiej. *Biuletyn Dolnośląskiej Izby Aptekarskiej*, *3* (224).

7. Pharma Consulting (2019). *Standardy obsługi pacjenta/klienta. Podstawowe rodzaje wizyt i wskazane zachowanie – archiwizacja danych*. Materiały szkoleniowe.
8. Pismo Głównego Inspektora Farmaceutycznego do Prezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej z dnia 21 marca 2012 r., GIF-P-L-076/163/KP/12.
9. Pismo Prezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej do Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2010 r. pt. „Uwagi samorządu do projektu ustawy o refundacji leków…". *Biuletyn Lubelskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej* (2010), 10–12 (194–197).
10. Pismo Prezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej G. Kucharewicza do Minister Zdrowia E. Kopacz z dnia 7 października 2010, P-286/2010.
11. Stora Enso. *Intelligence in a Package*. ECT Forum 2009.
12. Światowy, G. (1999). *Segmentacja klientów rynku farmaceutycznego według cech behawioralnych*. Warszawa: Międzynarodowa Konferencja „Pharmaceutical Marketing Designed for the New Millenium", 17–18 listopada, maszynopis referatu przygotowanego na konferencję.
13. Traple, E., Adamczyk, J. (2012). *Opinia dotycząca dopuszczalności działań podejmowanych w aptekach sieci Dbam o Zdrowie z perspektywy zakazu reklamy aptek (art. 94a PF)*. Opinia sporządzona na zlecenie DOZ S.A., Kraków, 25 czerwca 2012 r.
14. Żak, K., Barałkiewicz, T. (2018). *„Apteka dla aptekarza" nie uzdrowi sytuacji na aptecznym rynku farmaceutycznym*. Krajowy Zespół ds. Ochrony Zdrowia Sieci Eksperckiej „Lepsza Polska", Lublin, 18 czerwca.

Spis tabel

Tabela 1. Podstawowe definicje terminu „produkt" na gruncie prawa 49
Tabela 2. Formy produktu leczniczego 51
Tabela 3. Kategorie dostępności produktów leczniczych 52
Tabela 4. Warunki (sektory) makrootoczenia 58
Tabela 5. Apteki i punkty apteczne według województw w 2020 r. 72
Tabela 6. Modelowy układ dotychczasowego stanu badań w zakresie orientacji aktywności przedsiębiorstw 139
Tabela 7. Charakterystyka filarów marketingu holistycznego 154
Tabela 8. Dobre i złe praktyki marketingu 158
Tabela 9. Konflikt w aptece według farmaceutów 165
Tabela 10. Konceptualizacje orientacji przedsiębiorczej 171
Tabela 11. Wymiary orientacji przedsiębiorczej 172
Tabela 12. Konstrukt międzynarodowej orientacji przedsiębiorczej 173
Tabela 13. Orientacja rynkowa vs. orientacja sprzedażowa 182
Tabela 14. Reorientacja aptek 183
Tabela 15. Skłonność farmaceutów do naruszania obowiązujących przepisów prawa oraz zasad etyki zawodowej 185
Tabela 16. Ewolucja koncepcji przewagi konkurencyjnej 190
Tabela 17. Bariery wdrożenia opieki farmaceutycznej w aptece ogólnodostępnej według farmaceutów 205
Tabela 18. Przegląd podstawowych definicji jakości 211
Tabela 19. Komponenty społecznie odpowiedzialnej działalności apteki 221
Tabela 20. Podstawowe normy etyczne Kodeksu Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej 226
Tabela 21. Wymagania Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej dotyczące przedsiębiorców prowadzących obrót hurtowy produktami leczniczymi 232

Tabela 22. Struktura Kodeksu Dobrych Praktyk Przemysłu Farmaceutycznego 235
Tabela 23. Wybrane definicje pojęcia „marketing” 239
Tabela 24. Porównanie marketingu 1.0, 2.0, 3.0 243
Tabela 25. Postrzeganie marketingu przez farmaceutów 247
Tabela 26. Charakter działań w odniesieniu do cyklu życia usługi, produktu i produktu usługowego 262
Tabela 27. Specyficzne cechy faz cyklu życia usługi, produktu i produktu usługowego 264
Tabela 28. Charakter działań marketingowych w odniesieniu do cyklu życia usługi, produktu i produktu usługowego 265
Tabela 29. Wybrane definicje pojęcia „cena” 271
Tabela 30. Podstawowe definicje pojęcia „cena” na gruncie prawa 272
Tabela 31. Zasady naliczania urzędowej marży detalicznej 273
Tabela 32. Kategorie dostępności refundacyjnej oraz poziomy odpłatności .. 274
Tabela 33. Funkcje ceny z punktu widzenia nabywców (pacjentów) i przedsiębiorstwa (apteki) 277
Tabela 34. Podstawowe strategie cenowe aptek ogólnodostępnych 277
Tabela 35. Rodzaje dystrybucji na rynku farmaceutycznym 286
Tabela 36. Wybrane definicje komunikacji marketingowej 298
Tabela 37. Porównanie zintegrowanej komunikacji marketingowej z promocją w ujęciu tradycyjnym 300
Tabela 38. Rozwój orientacji komunikacji marketingowej 301
Tabela 39. Cechy komunikacji marketingowej na aptecznym rynku farmaceutycznym 302
Tabela 40. Wybrane definicje reklamy 307
Tabela 41. Podstawowe definicje reklamy na gruncie prawa 315
Tabela 42. Ograniczenia reklamy produktu leczniczego 323
Tabela 43. Wybrane definicje pojęcia „promocja sprzedaży” 332
Tabela 44. Techniki promocji sprzedaży na aptecznym rynku farmaceutycznym 335
Tabela 45. Wybrane definicje public relations 349

Tabela 46. Techniki public relations 353
Tabela 47. Wybrane definicje sponsoringu 356
Tabela 48. Wartości transferowane w zależności od sponsorowanych dziedzin 357
Tabela 49. Podstawowe definicje pojęcia „sponsorowanie" na gruncie prawa 358
Tabela 50. Definicje reklamy działalności apteki w orzecznictwie sądów administracyjnych 368
Tabela 51. Liczba farmaceutów przypadająca na 1 aptekę i punkt apteczny w 2020 r. 402
Tabela 52. Schematy klasyfikacji wymagań wobec kandydata 407
Tabela 53. Prognozowana istotność (ważność) technik selekcyjnych dla wydajności pracy 409
Tabela 54. Przykładowe sytuacje problemowe, jakie mogą się pojawić w teście integralności (uczciwości) (1) 419
Tabela 55. Przykładowe sytuacje problemowe, jakie mogą się pojawić w teście integralności (uczciwości) (2) 420
Tabela 56. Przykładowe sytuacje problemowe, jakie mogą się pojawić w teście integralności (uczciwości) (3) 420
Tabela 57. Przykłady typowych pytań behawioralnych 425
Tabela 58. Przykłady typowych pytań sytuacyjnych 426
Tabela 59. Przykład formularza oceny rozmowy rekrutacyjnej 427
Tabela 60. Determinanty jakości ustrukturyzowanej rozmowy kwalifikacyjnej 428
Tabela 61. Zasady ekspozycji towaru 433
Tabela 62. Prezentacja korzyści w procesie komunikacji z klientem (pacjentem) 436
Tabela 63. Kooperacja z pacjentem w zakresie identyfikacji zaspokajania potrzeb 438
Tabela 64. Przykładowa rekomendacja produktu farmaceutycznego 439
Tabela 65. Środki komunikacji niewerbalnej w aptece i ich znaczenie 440
Tabela 66. Powitanie 445
Tabela 67. Rozpoznanie potrzeb 446

Tabela 68. Prowadzenie wywiadu 447
Tabela 69. Realizacja potrzeby podstawowej 448
Tabela 70. Pacjent po konkretny lek 453
Tabela 71. Pacjent z receptą 454
Tabela 72. Pacjent po poradę 455
Tabela 73. Pacjent niezadowolony 455
Tabela 74. Stwierdzenia opisujące wymiary marketingu 471
Tabela 75. Zmodyfikowana wersja indeksu rozumienia i stosowania marketingu (wersja 2.0) 472
Tabela 76. Liczba aptek wytypowana do badania 478
Tabela 77. Charakterystyka próby badawczej (ujęcie: rodzaj apteki i posiadanie wykształcenia farmaceutycznego przez właściciela) 479
Tabela 78. Charakterystyka próby badawczej (ujęcie: okres funkcjonowania apteki na rynku) 480
Tabela 79. Charakterystyka próby badawczej (ujęcie: charakterystyka personelu) 481
Tabela 80. Schemat empirycznej tablicy korelacyjnej (ETK k x l) 482
Tabela 81. Schemat teoretycznej tablicy korelacyjnej (TTK k x l) 483
Tabela 82. Rozkład wartości punktowej zmodyfikowanego indeksu rozumienia i stosowania marketingu (wersja 2.0) 488
Tabela 83. Orientacja aktywności apteki a jakość usług farmaceutycznych .. 491
Tabela 84. Apteki według dostępności farmaceuty na zmianie 505
Tabela 85. Obecność farmaceuty w aptece a aktywność aptek ogólnodostępnych w Polsce 506
Tabela 86. Obecność farmaceuty w aptece a jakość usług farmaceutycznych 507
Tabela 87. Orientacja aktywności apteki a jakość usług farmaceutycznych – podsumowanie 512

Spis rysunków

Rysunek 1. Struktura podmiotowa rynku farmaceutycznego w Polsce 26
Rysunek 2. Liczba aptek w Polsce w latach 1990–2020 29
Rysunek 3. Wartość sprzedaży na aptecznym rynku farmaceutycznym w latach 2008–2021 31
Rysunek 4. Relacje między podażą a popytem 38
Rysunek 5. Otoczenie apteki ogólnodostępnej 59
Rysunek 6. Wartość sprzedaży na aptecznym rynku farmaceutycznym w 2010 r. 67
Rysunek 7. Polski rynek farmaceutyczny na tle rynków europejskich 68
Rysunek 8. Liczba ludności przypadająca na 1 aptekę w latach 1990–2020 71
Rysunek 9. Liczba ludności na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny według powiatów w 2020 r. 73
Rysunek 10. Cykl życia technologii 80
Rysunek 11. Miejsce Polski w sumarycznym rankingu innowacyjności w 2021 r. 81
Rysunek 12. Miejsce Polski w rankingu cyfryzacji w 2021 r. 81
Rysunek 13. Miejsce Polski w rankingu innowatorów w 2021 r. 82
Rysunek 14. Ranking nakładów na B+R w sektorze przedsiębiorstw w 2021 r. 82
Rysunek 15. Udział wartościowy na rynku aptecznym Rx 83
Rysunek 16. Udział wartościowy w rynku szpitalnym 84
Rysunek 17. Zdalna kontrola efektów farmakoterapii – system Cypak 86
Rysunek 18. Zdalna kontrola efektów farmakoterapii – system Stora Enso Pharma DDSi Wireless 87
Rysunek 19. Opakowanie Locked4Kids 88
Rysunek 20. Dodatkowe systemy zabezpieczeń – blister CR (child resistant) Burgopak 88
Rysunek 21. Opakowanie SHR Stora Enso 89

Rysunek 22. Wskaźniki dawkowania na inhalatorach 90
Rysunek 23. Opakowanie przyjazne środowisku ecoslide-RX 91
Rysunek 24. Ecoslide-RX 2.0 Keystone Folding Box Co. 91
Rysunek 25. Obrót statystycznej apteki w Polsce w okresie 2009–2022 94
Rysunek 26. Kanały dystrybucji na rynku farmaceutycznym 101
Rysunek 27. Kanał handlu równoległego na rynku farmaceutycznym..... 101
Rysunek 28. Otoczenie rynkowe apteki..... 106
Rysunek 29. Siły napędowe konkurencji wewnątrz sektora..... 110
Rysunek 30. Determinanty wyboru hurtowni przez apteki..... 124
Rysunek 31. Determinanty wyboru apteki przez klientów w mieście 129
Rysunek 32. Czynniki wyboru apteki o zbliżonej lokalizacji..... 130
Rysunek 33. Typy orientacji przedsiębiorstw 140
Rysunek 34. Orientacja sprzedażowa 145
Rysunek 35. Orientacja rynkowa 148
Rysunek 36. Model orientacji rynkowej 150
Rysunek 37. Filary marketingu holistycznego..... 153
Rysunek 38. Trzy aspekty orientacji społecznej w marketingu 160
Rysunek 39. Koncepcje i metody zarządzania zorientowane na klienta wewnętrznego..... 178
Rysunek 40. Integracja wewnętrznej i zewnętrznej orientacji na klienta 178
Rysunek 41. Ramy odniesienia dla kształtowania wewnętrznej orientacji na klienta 179
Rysunek 42. Proces planowania wewnętrznej orientacji na klienta 180
Rysunek 43. Rodzaje przewagi konkurencyjnej 191
Rysunek 44. Determinanty wyboru apteki..... 194
Rysunek 45. Proces budowania przewagi konkurencyjnej 197
Rysunek 46. Kategorie społecznej odpowiedzialności biznesu..... 220
Rysunek 47. Ewolucja koncepcji marketingowych 242
Rysunek 48. Pięć pokoleń i ewolucja marketingu 244
Rysunek 49. Pięć pokoleń i ich preferencje wobec marek..... 245

Rysunek 50. Kompozycja instrumentów marketingowych 253
Rysunek 51. Zestawienie 4P–7P i 4C 255
Rysunek 52. Proces odkrycia i przebadania nowej substancji czynnej 257
Rysunek 53. Skala dominacji elementów materialnych i niematerialnych w produktach 259
Rysunek 54. Cykl życia usługi, produktu i produktu usługowego 261
Rysunek 55. Kanały dystrybucji na rynku farmaceutycznym (leki Rx) 281
Rysunek 56. Kanały dystrybucji na rynku farmaceutycznym (leki OTC) 282
Rysunek 57. Miejsce zakupu leków OTC 289
Rysunek 58. Kanały dystrybucji pozaaptecznej leków OTC 289
Rysunek 59. Porównanie liczby aptek zgłoszonych do CSIOZ i aktywnie prowadzących działalność według FreshPharma 292
Rysunek 60. Liczba aptek ogólnodostępnych prowadzących sprzedaż wysyłkową w 2021 r. 293
Rysunek 61. Pochodzenie zamówień w e-commerce 296
Rysunek 62. Częstość kupowania leków OTC w Polsce według miejsca zakupu w 2018 r. 297
Rysunek 63. Rodzaje promocji sprzedaży na aptecznym rynku farmaceutycznym 335
Rysunek 64. Usługi dodatkowe świadczone w aptece 342
Rysunek 65. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi 342
Rysunek 66. Pomiar wzrostu masy ciała w aptece 343
Rysunek 67. Dermokonsultacje w aptece 344
Rysunek 68. Liczba kontroli WIF poza godzinami pracy urzędów w 2017 r. 396
Rysunek 69. Struktura procesu rekrutacji 408
Rysunek 70. Struktura procesu selekcji 409
Rysunek 71. Oczekiwania kandydatów w procesie rekrutacji 412
Rysunek 72. Wybrane profile inteligencji charakterystyczne dla różnych zawodów 417
Rysunek 73. Wygląd zewnętrzny apteki 430
Rysunek 74. Oznaczenie kategorii w aptece 431

Rysunek 75. Przykłady kategorii 432
Rysunek 76. Implementacja kategorii w aptece..... 432
Rysunek 77. Zasięg wzroku klienta 433
Rysunek 78. Procentowy udział grup środków komunikowania w przekazywaniu informacji 442
Rysunek 79. Procedura postępowania z klientem niezadowolonym 443
Rysunek 80. Techniki zbierania informacji oraz metody badawcze zastosowane w procesie analizy danych 470

Konrad Żak - dr inż., nauczyciel akademicki, właściciel firmy doradczej Pharma Consulting zajmującej się optymalizacją działalności biznesowej, projektowaniem i implementacją strategii marketingowych oraz zarządzaniem sprzedażą na rynku farmaceutycznym. Autor wielu publikacji naukowych z zakresu zarządzania i marketingu farmaceutycznego. Ekspert ds. rynku aptecznego w wielu grupach eksperckich. Specjalista ds. marketingu farmaceutycznego i aptecznego współpracujący z wieloma grupami aptek i aptekami indywidualnymi w zakresie opracowywania, implementacji i pomiaru efektywności strategii marketingowych, planowania i organizowania procesu sprzedaży, komunikacji z Klientami oraz prowadzenia badań marketingowych, w tym badań satysfakcji, lojalności i jakości obsługi Klienta.

Teresa Janicka-Michalak – mgr ekonomii, wieloletni praktyk gospodarczy w dziedzinie bankowości i finansów. Absolwentka Wydziału Ekonomii UMCS oraz studiów podyplomowych w zakresie zarządzania i bankowości Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie. Absolwentka studiów doktoranckich Kolegium Zarządzania i Finansów SGH. Wykładowca akademicki. Autorka publikacji naukowych z zakresu finansowania, zarządzania oraz zabezpieczania należności podmiotów sektora finansowego, niefinansowego i sektora farmaceutycznego. Ekspert w zakresie trudnych negocjacji w odzyskiwaniu wierzytelności w postępowaniu przymusowym i restrukturyzacyjnym oraz praktycznego zastosowania weksla własnego in blanco. Trener Biznesu Metodologii SET specjalizujący się w stosowaniu w procesie negocjacyjnym technik komunikacji interpersonalnej, ze szczególnym uwzględnieniem techniki niewerbalnej. Ekspert Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości Programu Operacyjnego Inteligentny Rozwój i Polska Wschodnia.

Z zadowoleniem należy powitać inicjatywę napisania oraz wydania pracy zwartej na temat funkcjonowania aptek na rynku, mającej charakter monografii. Jest to tym bardziej cenne, że praca jest oryginalna, oparta na bogatej literaturze przedmiotu, zawiera także omówienie własnych badań, przeprowadzonych w aptekach, w połowie 2022 roku. Oznacza to, że opracowanie będzie użyteczne dla właścicieli aptek, kierowników, farmaceutów, a także studentów kierunków farmaceutycznych oraz słuchaczy techników farmaceutycznych. Praca może być również interesująca dla producentów leków, którzy utrzymują relacje z hurtowniami farmaceutycznymi oraz aptekami. (...) Rozważania są osadzone w bogatej, właściwie dobranej oraz wykorzystanej literaturze przedmiotu. To duża wartość dla grona przyszłych czytelników. Na bardzo wysoką ocenę zasługuje także zgromadzenie oraz zestawienie wykazu źródeł prawnych. To jest także niezwykle cenne dla czytelników oraz osób, które będą kontynuowały badania nad rynkiem farmaceutycznym oraz aptecznym. Na słowa uznania zasługuje także wysiłek Autorów włożony w przygotowanie wielu schematów oraz zebranie danych źródłowych, prezentowanych w tabelach, zestawieniach oraz na wykresach.

prof. dr hab. Henryk Mruk

Przedstawiona monografia stanowi wartościowe dzieło poświęcone uwarunkowaniom funkcjonowania aptek ogólnodostępnych w Polsce. Problematyka pracy wymaga wszechstronnej znajomości specyfiki branży z punktu widzenia uwarunkowań ekonomicznych jak też prawnych i farmaceutycznych. Dlatego doceniam wiedzę i kwalifikacje Autorów, tym bardziej, że traktuje bardzo szczegółowo i wnikliwie wszystkie aspekty, które mogą mieć wpływ na działalność aptek. Książka opatrzona jest materiałem ilustracyjnym, który ułatwia odbiór treści monografii. Publikacja ma charakter naukowy. Składa się na to bardzo staranny przegląd literatury światowej i polskiej oraz wykonane badania pierwotne. (...) Stwierdzam jednoznacznie, że recenzowana monografia stanowi wartościowe studium poznawcze, które wypełnia lukę piśmienniczą o mechanizmach funkcjonowania rynku aptecznego.

dr hab. Katarzyna Szalonka, prof. UWr

ISBN 978-83-64881-90-9

ABNSIPII WYDAWNICTWO