

Ekonomia — Wrocław Economic Review 28/4 (2022)

Acta Universitatis Wratislaviensis No 4138

Ekonomia

**Wroclaw Economic Review
28/4 (2022)**

**Pod redakcją
Wioletty Nowak
i Katarzyny Szalonki**

Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego

Rada Naukowa

Walter Block — Loyola University, Nowy Orlean, USA

Bożena Borkowska — Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, Polska

Diana Cibulskiene — Siauliai University, Litwa

Jerzy Jakubczyc — Uniwersytet Wrocławski, Polska

Bogusław Fiedor — Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, Polska

Sergii Y. Kasian — Oles Honchar Dnipropetrovsk National University, Ukraina

Jarosław Kundera — Uniwersytet Wrocławski, Polska

Urszula Kalina-Prasznic — Uniwersytet Wrocławski, Polska

Pier Paolo Saviotti — INRA GAEL, Université Pierre-Mendès-France

Gerald Silverberg — The United Nations University — Maastricht Economic and Social

Research Institute on Innovation and Technology (UNU-MERIT), Maastricht, Holandia

Jerzy Supernat — Uniwersytet Wrocławski

Konstantinos Garoufalis — Piraeus University of Applied Sciences, Greece

Sebastian Jakubowski — Uniwersytet Wrocławski, Polska

Darja Boršič — University of Maribor, Slovenia

Judit Kárpáti-Daróczi — Óbuda University, Budapest, Hungary

Anastasiia Pandas — Odessa State Academy of Civil Engineering and Architecture, Ukraine

Mariya Stankova — South-West University “Neofit Rilski”, Blagoevgrad, Bulgaria

Komitet Redakcyjny

Mariusz Dybał — redaktor naczelny (mariusz.dybal@uwr.edu.pl)

Mateusz Machaj (mateusz.machaj@uwr.edu.pl)

Witold Kwaśnicki

Wioletta Nowak (wioletta.nowak@uwr.edu.pl)

© Copyright by Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego sp. z o.o., Wrocław 2022

ISSN 0239-6661 (AUWr)

ISSN 2658-1310 (EWER)

Wersją pierwotną czasopisma jest wersja elektroniczna

Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego sp. z o.o.

50-137 Wrocław, pl. Uniwersytecki 15

tel. 71 3752474, e-mail: sekretariat@wuwr.com.pl

Spis treści

- Volodymyr Shvets, *Pandemia na Ukrainie. Wyniki autorskiego badania ankietowego* 9
- Ewa Pancer-Cybulska, *Polska gospodarka w warunkach pandemii COVID-19 na tle Unii Europejskiej* 29
- Magdalena Mika, *Postawy Polaków wobec szczepień przeciwko COVID-19* 49
- Magdalena Szpala, *Substytucja leków w aptece ogólnodostępnej podczas pandemii COVID-19* 67
- Mateusz Grajek, Martina Grot, Maria Kujawińska, Weronika Gwioździk, Paulina Helisz, Agnieszka Białek-Dratwa, *Zaburzenia odżywiania a postrzeganie obrazu ciała wśród kobiet po urodzeniu dziecka w okresie postpandemicznym* 85
- Henryk Mruk, *Kultura pracy a jakość życia* 97
- Ewa Tańska, *Rola przywództwa w rozwiązywaniu problemu wypalenia zawodowego w placówce medycznej* 111
- Teresa Janicka-Michalak, *Rodzaje orientacji działania (aktywności) aptek ogólnodostępnych w Polsce* 133
- Konrad Żak, *Zmodyfikowany indeks rozumienia i stosowania marketingu jako instrument oceny aktywności marketingowej aptek ogólnodostępnych w Polsce* 151

Contents

- Volodymyr Shvets, *Pandemic in Ukraine: Results of the author's survey* 9
- Ewa Pancer-Cybulska, *Polish economy in the conditions of the COVID-19 pandemic against the background of the European Union* 29
- Magdalena Mika, *Attitudes of Poles towards vaccination against COVID-19* 49
- Magdalena Szpala, *Drug substitution in the community pharmacy during the COVID-19 pandemic* 67
- Mateusz Grajek, Martina Grot, Maria Kujawińska, Weronika Gwioździk, Paulina Helisz, Agnieszka Białek-Dratwa, *Eating disorders and the perceived body image among women after childbirth in the post-pandemic period* 85
- Henryk Mruk, *Work culture and the quality of life* 97
- Ewa Tańska, *The role of leadership in addressing burnout in a medical institution* 111
- Teresa Janicka-Michalak, *Types of activity orientation in Polish community pharmacies* 133
- Konrad Żak, *Modified comprehension and marketing application index as an instrument for assessing the marketing activity of community pharmacies in Poland* 151

Volodymyr Shvets

ORCID: 0000-0002-9940-689X

Lwowski Uniwersytet Narodowy im. Iwana Franki

shwe@ukr.net

Pandemia na Ukrainie. Wyniki autorskiego badania ankietowego

Artykuł nadesłany: 15.07.2022; artykuł zaakceptowany: 2.11.2022

Kody klasyfikacji JEL: C12, C81, I18, M48

Słowa kluczowe: ankieta, COVID-19, pandemia, przedsiębiorstwa, studenci, sytuacja nadzwyczajna, Ukraina

Abstrakt

Artykuł poświęcony jest pandemii na Ukrainie wywołanej przez wirus SARS-CoV-2. Celem pracy jest analiza wyników badania studentów na temat pandemii opartej na autorskim kwestionariuszu. W artykule przedstawiono kwestie organizacji badania, przeprowadzono analizę osobistego i psychologicznego postrzegania pandemii przez respondentów, oceniono środki legislacyjne i wykonawcze stosowane na Ukrainie w celu ograniczenia pandemii i przeciwdziałania jej rozprzestrzenianiu się. Respondentami w badaniu byli studenci kierunku rachunkowość i podatki na Wydziale Ekonomicznym Lwowskiego Uniwersytetu Narodowego im. Iwana Franki. Spojrzenie studentów tej specjalności jest ważne, ponieważ w przyszłości będą oni dostarczać informacji potrzebnych do podejmowania decyzji podmiotom gospodarczym, co jest istotne w sytuacjach kryzysowych. Ankieta pisemna została przeprowadzona zdalnie po drugim miesiącu trwania pandemii. Kwestionariusz zawierał dwanaście pytań dotyczących postrzegania pandemii i sposobów jej przezwyciężenia. Wyniki badania zostały przeanalizowane w świetle wydarzeń następujących w ciągu roku po przeprowadzeniu badania. Wartością doświadczenia badawczego jest możliwość porównania wyników badania z późniejszymi wydarzeniami i działaniami naprawczymi rządu prowadzącymi do ograniczenia negatywnych skutków pandemii i innych zagrożeń w przyszłości.

Pandemic in Ukraine: Results of the author's survey

Keywords: survey, COVID-19, pandemic, enterprises, students, emergency situation, Ukraine

Abstract

The article is devoted to the pandemic in Ukraine caused by the SARS-CoV-2 virus. The purpose of the study is to analyze the results of a student survey regarding the pandemic, based on the author's questionnaire. The organization of the survey is presented, an analysis of the respondents' personal and psychological perceptions of the pandemic is carried out, legislative and executive measures in Ukraine to limit and prevent the spread of the pandemic are evaluated. Respondents of the survey were students of the Faculty of Economics at Ivan Franko National University of Lviv, specialty accounting and taxation. The vision of the students of this specialty is important, because in the future they will provide information necessary for management decisions of business entities, which is crucial in crisis situations. The written survey was conducted remotely after the second month of the pandemic. The questionnaire comprised 12 questions regarding the perspectives on the pandemic and ways to overcome it. The results of the survey were analyzed based on the following events during the year following the survey. The value of the research experience is that the results of the survey can be compared with subsequent events and government corrective actions to reduce the negative effects of the pandemic and other threats in the future.

Wprowadzenie

Sytuacje kryzysowe komplikują życie i działalność ludzi w każdym kraju świata. Są one trudne do przewidzenia i prognozowania. Sytuacje kryzysowe są jednak wskaźnikami monitorowania systemów zarządzania w różnych sferach działalności człowieka. Stan zagrożenia spowodowany rozprzestrzenianiem się COVID-19, najpierw w Chinach, a później na całym świecie, stał się atrakcyjnym tematem badawczym wśród uczonych i praktyków w 2020 roku. Na Ukrainie, gdzie prawie do marca 2020 roku nie było systematycznych przepisów dotyczących sytuacji nadzwyczajnych¹, rozwój ram prawnych rozpoczyna się w trakcie pandemii².

Celem artykułu jest analiza wyników badania ankietowego. Osiągnięcie tego celu wymaga wykonania kilku zadań: organizacji badania autorskiego, analizy osobistego i psychologicznego postrzegania pandemii, oceny środków ustawodawczych i wykonawczych na Ukrainie stosowanych w celu ograniczenia pandemii i przeciwdziałania jej rozprzestrzenianiu się; oceny profesjonalnego postrzegania pandemii przez przyszłych specjalistów, analizy wizji przyszłej walki z pandemią. Respondentami badania eksperckiego byli studenci kierunku rachunkowość i podatki na Wydziale Ekonomicznym Lwowskiego Uniwersytetu Narodowego im. Iwana Franki. Wybór studentów tej specjalności związany jest z określonym obszarem informacyjnego wspomaganie podejmowania decyzji zarządczych przez podmioty gospodarcze. W końcu to biznes jest najbardziej nara-

¹ <https://www.kmu.gov.ua/npas/5390215> (dostęp: 26.03.2020).

² <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/223-2018-%D0%BF> (dostęp: 26.03.2020).

żony na ryzyko pandemii, a jego praca jest wskaźnikiem sytuacji w całym kraju. W proponowanym badaniu postawiono hipotezę, że wyniki ankiety autorskiej, z jednej strony, i analiza zdarzeń, z drugiej, stanowią podstawę informacyjną metodologii analizy sytuacji nadzwyczajnych, takich jak pandemia spowodowana rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2.

1. Teoretyczny aspekt badań

Ze względu na to, że w momencie rozpoczęcia pandemii brakowało naukowych modeli teoretycznych dotyczących postępowania w sytuacji pandemicznej oraz praktycznego doświadczenia w jej zwalczaniu (Shvets, 2020), jedynie retrospektywna analiza sytuacji może dać odpowiedzi na pytania związane z pandemią. Taka analiza wymaga informacji o związkach przyczynowo-skutkowych pomiędzy aktualnymi zjawiskami a procesami wywołanymi przez pandemię, które mogą pojawić się dopiero z co najmniej rocznym opóźnieniem. Uniemożliwiło to szybkie rozwiązanie kwestii zakończenia pandemii, która doprowadziła do śmierci ponad 1,7 mln ludzi na naszej planecie³. Jednocześnie, aby skutecznie wykorzystać potencjał analizy systemowej w walce z pandemią, wskazane jest zastosowanie jednej z terenowych metod badawczych — badania ankietowego. Wyniki badań przyczynią się w przyszłości do prognozowania skutecznych działań eliminujących skutki takich sytuacji kryzysowych jak pandemia. Naszym zdaniem konieczność stosowania badań ankietowych wśród studentów w sytuacjach kryzysowych uzasadniona jest potrzebą określenia związków przyczynowo-skutkowych pomiędzy postrzeganiem sytuacji kryzysowych a ich skutkami w celu przewidywania ich rozwoju i konsekwencji społeczno-gospodarczych. Zastosowanie takiego badania wraz z późniejszą analizą wyników pozwoli na stworzenie bazy informacyjnej do podjęcia działań prewencyjnych wobec ewentualnych zagrożeń w przyszłości.

2. Metodologia badań

Do ustalenia realności przewidywań respondentów i ich propozycji działań w sytuacji pandemii wykorzystano metody dialektyki, analizy porównawczej i retrospektywnej. Badania pokazały, na ile realistyczne były poglądy badanych studentów Uniwersytetu Lwowskiego dotyczące rozwoju wydarzeń związanych z pandemią. W szczególności są to kwestie organizacji procesu edukacyjnego, sposobów przeciwdziałania pandemii przez państwo w dziedzinie zdrowia i gospodarki. Procedura organizacji badania autorskiego składała się z dwóch etapów. W pierwszym etapie stworzono ankietę, w drugim — przeprowadzono badania. Kwestionariusz

³ <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3338373-sist-oblastej-ukraini-u-cervonij-karantinnij-zoni.html> (dostęp: 25.10.2021).

zawierał dwanaście pytań i wariantów odpowiedzi związanych z pandemią (tabela 1). Jak wynika z danych zawartych w tabeli 1, studenci zostali poproszeni o zaznaczenie wariantów odpowiedzi najbardziej zgodnych ze swoimi przekonaniem i odczuciami na temat postrzegania sytuacji kryzysowych związanych z pandemią oraz podjętych środków bezpieczeństwa i konsekwencji ich wpływu zarówno na proces kształcenia, jak i dalszą rolę specjalistów z dziedziny rachunkowości i podatków w sytuacjach kryzysowych. W badaniu autorskim wzięło udział 128 studentów Wydziału Ekonomicznego Lwowskiego Uniwersytetu Narodowego im. Iwana Franki. Respondentami byli studenci studiów stacjonarnych w wieku od 17 do 22 lat.

Tabela 1. Pytania i warianty odpowiedzi do ankiety dotyczącej pandemii w maju 2020 r.

№	Pytania	Opcje odpowiedzi
1	Jakie uczucia wzbudzało w tobie miasto bez ludzi podczas pandemii?	1. Przygnębienie i przerażenie 2. Poczucie pustki 3. Ciekawość 4. Szczęście
2	Czy widziałeś(-aś) na własne oczy pacjentów z COVID-19?	1. Tak 2. Nie 3. Być może
3	Jak oceniasz zamknięcie sklepów, kawiarni i restauracji?	1. Uważam, że to było niezbędne 2. Oceniam to negatywnie 3. Sądzę, że podjęto zbyt wiele środków ostrożności
4	Czy Ukraina potrzebuje specjalnej regulacji prawnej dotyczącej środków ograniczających podczas pandemii?	1. Tak 2. Nie 3. Trudno powiedzieć
5	Czy uważasz, że nasz rząd podjął wystarczające działania, aby utrzymać dystans społeczny w pandemii?	1. Tak 2. Nie
6	Co jest konieczne, aby uratować gospodarkę i rząd przed kryzysem po pandemii?	1. Należy opracować rządowy plan ratowania gospodarki poprzez pożyczki preferencyjne 2. Trzeba przeznaczać pieniądze na ludność, aby poprawić budżety rodzinne i konsumpcję 3. Powinno się przydzielać środki przedsiębiorcom na ratowanie i tworzenie miejsc pracy
7	Jak pandemia wpłynęła na twoje finanse osobiste?	1. Moje możliwości finansowe się obniżyły 2. Pojawiły się nowe pomysły dotyczące zarabiania pieniędzy i perspektyw zawodowych 3. Nic się nie zmieniło
8	Jaką formę nauczania uważasz za najbardziej efektywną dla siebie?	1. Tradycyjny, prawdziwy wykład 2. Wykład przez Zoom, Moodle, MS Teams 3. Lektura podręcznika
9	Jak pandemia wpłynie na pracę księgowych i biegłych rewidentów?	1. Zwiększy się ilość prac księgowych 2. Zwiększy się ilość pracy analitycznej 3. Nie widzę znaczących zmian

10	Co zrobisz, aby uniknąć ryzyka przyszłych epidemii?	1. Zaszczepię się 2. Kupię polisę ubezpieczeniową 3. Więcej zainwestuję w swoje zdrowie i uniknę kontaktu z chorymi
11	Czy musisz się zbadać na obecność wirusa, jeśli ktoś z mojego otoczenia miał kontakt z chorymi?	1. Oczywiście, że tak 2. Nie, ale muszę zastosować więcej środków zapobiegawczych 3. Tylko, jeśli wystąpią gorączka i osłabienie
12	Czy istnieje potrzeba zamknięcia publicznego dostępu do parków i lasów w przypadku pandemii?	1. Tak 2. Nie 3. Nie wiem

Źródło: opracowanie własne.

Drugi etap organizowania autorskiej ankiety w warunkach kwarantanny mógł odbyć się tylko online. Ankieta została wysłana na adresy mailowe studentów pod koniec kwietnia i w pierwszym tygodniu maja 2020 roku, czyli w drugim miesiącu od ogłoszenia pandemii na Ukrainie.

3.1. Analiza osobistego i psychologicznego postrzegania pandemii

Do analizy osobistego i psychologicznego postrzegania pandemii z kwestionariusza w tabeli 1 wykorzystano wyniki odpowiedzi na trzy pierwsze pytania. Najbardziej właściwe jest przedstawienie i podsumowanie wyników badania w formie tabel (tabele 2–4). Jak wynika z danych zawartych w tabeli 2, największa liczba badanych studentów (72 osoby) wyraziła uczucie pustki. Druga co do wielkości grupa studentów (33 osoby) określiła swoje wrażenie pustego miasta podczas pandemii jako przygnębiające i przerażające. Trzecia co do wielkości grupa (23 osoby) stwierdziła, że jest to interesujące. Żaden z respondentów nie uznał miasta w czasie pandemii za takie, w którym ludzie czują się szczęśliwi.

Tabela 2. Odpowiedzi respondentów na pytanie „Jakie uczucia wzbudzało w tobie miasto bez ludzi podczas pandemii?”

Opcje odpowiedzi		Ankietowani studenci	
		liczba osób	% ogółu
1	Przygnębienie i przerażenie	33	25,78
2	Poczucie pustki	72	56,25
3	Ciekawość	23	17,97
4	Szczęście	-	-
	Ogółem	128	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Takie wyniki ankiet wskazują na adekwatną reakcję studentów na sytuację nadzwyczajną w mieście, która nie zapowiada niczego dobrego. Na pytanie o oso-

biste doświadczenia z COVID-19, czyli spotkania z prawdziwymi pacjentami, tylko pięciu respondentów odpowiedziało twierdząco (tabela 3).

Tabela 3. Odpowiedzi respondentów na pytanie „Czy widziałeś(-aś) na własne oczy pacjentów z COVID-19?”

Opcje odpowiedzi		Ankietowani studenci	
		liczba osób	% ogółu
1	Tak	5	3,91
2	Nie	107	83,59
3	Być może	16	12,50
Ogółem		128	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Jak wynika z tabeli 3, wśród badanych studentów większość (107 respondentów) odpowiedziała „Nie” na pytanie: „Czy widziałeś(-aś) na własne oczy pacjentów z COVID-19?”, zaś 16 respondentów wybrało odpowiedź „Być może”. Przy ocenianiu wyników badania ze szczytu pandemii na Ukrainie konieczne jest przedstawienie statystyk porównawczych dotyczących rozprzestrzeniania się chorób. Jeśli na przykład 25 kwietnia 2020 roku na Ukrainie na COVID-19 zapadło 477 osób (od początku pandemii — 7647)⁴, to 25 października 2021 r. było 14 634 nowych przypadków COVID-19, a przez cały czas trwania pandemii na Ukrainie zachorowało 2 784 039 osób (2 380 374 osoby wyzdrowiały, 64 202 osoby zmarły i wykonano 14 021 250 testów PCR). Oznacza to, że w ciągu półtora roku na Ukrainie liczba nowych przypadków COVID-19 wzrosła trzydziestokrotnie w porównaniu z czasem, w którym przeprowadzono ankietę. Zatem w momencie przeprowadzania badania tylko 3,91% studentów faktycznie widziało pacjentów z COVID-19.

Odpowiedzi na pytanie o przemyślenia studentów dotyczące zamknięcia zakładów gastronomicznych i produkcyjnych przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Odpowiedzi respondentów na pytanie „Jak oceniasz zamknięcie sklepów, kawiarni i restauracji?”

Opcje odpowiedzi		Ankietowani studenci	
		liczba osób	% ogółu
1	Uważam, że to było niezbędne	107	83,59
2	Oceniam to negatywnie	8	6,25
3	Sądzę, że podjęto zbyt wiele środków ostrożności	13	10,16
4	Ogółem	128	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Jak wynika z tabeli 4, zdecydowana większość studentów (83,59%) uważa, że zamykanie sklepów, restauracji i zakładów przemysłowych jest koniecznym

⁴ <https://www.rbc.ua/ukr/news-1587745753.html> (dostęp: 25.04.2020).

działaniem władz. Jednocześnie 6,25% respondentów ma negatywny stosunek do zamykania lokali gastronomicznych i zakładów produkcyjnych. Ważnym argumentem przemawiającym za ich oglądem sytuacji jest to, że małe i średnie firmy bardzo ucierpiały i trudno będzie im wznowić pracę. Przecież wielu przedsiębiorców prowadziło kawiarnie, restauracje czy kluby nocne w wynajmowanych lokalach i po prostu nie mogło płacić czynszu bez ich funkcjonowania. Trzecia grupa respondentów (10,16%) uważa, że podjęto zbyt wiele środków zapobiegawczych jak na funkcjonowanie ukraińskiej gospodarki, która nie jest zbyt stabilna pod względem finansowym. Oczywiście wstrzymanie produkcji nie jest najlepszym rozwiązaniem w walce z pandemią. Przecież większość producentów może stracić swoją niszę na rynku krajowym lub regionalnym i nie odbudować jej w pewnym segmencie produktów i usług. Skuteczniejszym rozwiązaniem jest przejście na tryb zdalny podczas kwarantanny, co pozwala na zachowanie miejsc pracy i niszy na rynku.

3.2. Ocena działań władz ustawodawczych i wykonawczych prowadzonych w celu zwalczania pandemii

Kwestia oceny działań władzy ustawodawczej i wykonawczej w zakresie zwalczania pandemii jest ważna z dwóch powodów. Po pierwsze, realia pandemii wykazały nieprzygotowanie systemu zarządzania administracyjnego na Ukrainie do realizacji podstawowych zadań związanych z rozprzestrzenianiem się wirusa. W szczególności wynika to z braku kompleksowego wsparcia regulacyjnego dla wdrożenia i funkcjonowania mechanizmu stosunków społeczno-gospodarczych w sytuacji kryzysowej na Ukrainie od początku pandemii (12 marca 2020 r.). Po drugie, w tym czasie nie nastąpiły realne zmiany w ramach regulacyjnych zgodnie z deklarowanym postępowaniem integracji europejskiej. Od początku realizacji umowy stowarzyszeniowej z Unią Europejską zrealizowano jedynie 37% zadań zaplanowanych na 2019 rok⁵. Celowość wprowadzenia środków restrykcyjnych w kontekście badania autorskiego przedstawia tabela 5.

Tabela 5. Odpowiedzi respondentów na pytanie „Czy Ukraina potrzebuje specjalnej regulacji prawnej dotyczącej środków ograniczających podczas pandemii?”

Opcje odpowiedzi		Ankietowani studenci	
		liczba osób	% ogółu
1	Tak	100	78,13
2	Nie	3	2,34
3	Trudno powiedzieć	25	19,53
	Ogółem	128	100,00

Źródło: opracowanie własne.

⁵ <https://www.unn.com.ua/uk/news/1855643> (dostęp: 3.03.2020).

Jak wynika z tabeli 5, zdecydowana większość respondentów (78,13%) uważa, że Ukraina potrzebuje specjalnej regulacji prawnej dotyczącej środków łagodzących skutki pandemii. Prawna regulacja sytuacji nadzwyczajnych umożliwiła przecież natychmiastową reakcję na pojawiające się zagrożenia, a tym samym dostosowanie działań struktur państwowych, społecznych i biznesowych do nowych warunków. Nie tylko zapewni to żywotną działalność całego społeczeństwa, lecz także stanie się czynnikiem stabilizującym i uspokajającym obywateli państwa. Tylko trzech (2,34%) respondentów stwierdziło, że uważa za zbędne specjalne ustawy regulujące środki restrykcyjne w ramach kwarantanny. Zaś 19,53% badanych studentów wybrało odpowiedź „Trudno powiedzieć”. Oceniając działania władz Ukrainy w czasie pandemii, warto zwrócić uwagę na ich pozytywne stanowisko w zakresie wykorzystania doświadczeń krajów Unii Europejskiej (dalej: UE). Takie działania mają większą szansę na sukces w walce z pandemią poprzez działania profilaktyczne. Dlatego działania administracyjne w związku z zagrożeniem pandemią były prowadzone na Ukrainie na wzór działań krajów UE. Głównym celem tych działań było zmniejszenie ryzyka rozprzestrzeniania się wirusa poprzez zwiększenie dystansu społecznego, czyli wprowadzenie ograniczeń w przemieszczaniu się ludzi i ich koncentracji na ograniczonym obszarze (w pomieszczeniach zamkniętych). Ograniczenia te dotyczyły przewozu osób, lokali gastronomicznych, stacjonarnych sieci handlowych. Zakazane były zgromadzenia ludzi w związku ze spektakularnymi wydarzeniami i akcjami masowymi. Działania te przyczyniły się do tego, że ludność Ukrainy nie została znacząco dotknięta pandemią.

Ankieta dotycząca adekwatności środków dystansu społecznego podjętych przez rząd w czasie pandemii wykazała, że większość respondentów popiera wprowadzenie środków restrykcyjnych (tabela 6).

Tabela 6. Odpowiedzi respondentów na pytanie „Czy uważasz, że nasz rząd podjął wystarczające działania, aby utrzymać dystans społeczny w pandemii?”

Opcje odpowiedzi		Ankietowani studenci	
		liczba osób	% ogółu
1	Tak	80	62,5
2	Nie	48	37,5
Ogółem		128	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Jak wynika z tabeli 5, odpowiedzi badanych studentów są następujące: 80 osób (62,5%) odpowiedziało twierdząco, a 48 respondentów (37,5%) odpowiedziało „Nie”, a wśród krytyki działań rządu zauważono, że nie uwzględniono niektórych ograniczeń (dwie osoby). Pomimo pozytywnych działań władz Ukrainy, które podjęły podobne środki jak wysoko rozwinięte kraje UE, na Ukrainie działaniom tym towarzyszy pojawienie się nowych problemów o synergicznym działaniu. Na przykład problemy ograniczeń w przewozach pasażerskich wymagają specjalnego podejścia do organizacji transportu osób w czasie epidemii. Głównym zadaniem sto-

sowania środków ograniczających w przewozie osób jest minimalizacja kontaktów między pasażerami oraz między kierowcą a pasażerami. Jeśli rozwiązanie pierwszego problemu zaczęło się od wprowadzenia ograniczeń liczby pasażerów (najpierw do 10 osób, później o połowę miejsc), to nie podjęto żadnych drastycznych środków ograniczających kontakt kierowcy z pasażerem, poza stosowaniem masek ochronnych i rękawic higienicznych⁶, choć praktyka światowa potwierdza, że wirus najczęściej przenosi się przez banknoty. Wróćmy do pierwszych konsekwencji działań restrykcyjnych. Przede wszystkim jest to zapaść komunikacyjna, która doprowadziła do uniemożliwienia dojazdu pracowników do miejsc pracy, a tym samym groziła gospodarce recesją. Sami przewoźnicy również wpadli w strefę zagrożenia bankructwem, tracąc poprzedni poziom rentowności, a kierowcy znajdują się w epicentrum ryzyka zakażenia poprzez transakcje gotówkowe, z których, w przeciwieństwie do kierowców w UE, nie są jeszcze zwolnieni (karty płatnicze zapobiegają rozprzestrzenianiu się wirusa poprzez gotówkę). Oznacza to, że kopiowanie najlepszych praktyk UE i USA bez rzeczywistych reform nie może być kluczem do sukcesu w przewyciężeniu pandemii lub w innych sytuacjach kryzysowych.

Pytanie o to, jak rząd powinien opracować plan ratowania gospodarki przed skutkami pandemii, wywołało żywą dyskusję, podczas której przyszli specjaliści z zakresu rachunkowości i podatków przedstawili swoją wizję rozwiązania problemu, tym samym odbiegli od zasady wypełniania ankiety poprzez wybór najwłaściwszej odpowiedzi. Trzech respondentów wyraziło opinię, że wszystkie działania powinny być podejmowane przez rząd, a przynajmniej dwa z trzech (tabela 7). Ponadto jedna osoba nie uważała, że rząd powinien podjąć jakiegokolwiek działania.

Tabela 7. Odpowiedzi ankietowanych studentów na pytanie „Co jest konieczne, aby uratować gospodarkę i rząd przed kryzysem po pandemii?”

Opcje odpowiedzi		Ankietowani studenci	
		liczba osób	% ogółu
1	Należy opracować rządowy plan ratowania gospodarki poprzez pożyczki preferencyjne	22	17,19
2	Trzeba przeznaczać pieniądze na ludność, aby poprawić budżety rodzinne i konsumpcję	25	19,53
3	Powinno się przydzielać środki przedsiębiorcom na ratowanie i tworzenie miejsc pracy	80	62,50
4	Nie wybrano żadnej odpowiedzi	1	0,78
Ogółem		128	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Jak wynika z danych przedstawionych w tabeli 7, 22 respondentów (17,19%) opowiedziało się za przewyciężeniem kryzysu poprzez preferencyjne oprocentowanie kredytów. Jednocześnie część respondentów uważa, że konieczne jest

⁶ <https://tsn.ua/groshi/kabmin-rozshiriv-spisok-vidiv-torgivli-ta-diyalnosti-yaki-mozhut-pracyuvati-pid-chas-karantynu-1514748.html> (dostęp: 26.03.2020).

rozszerzenie zakresu świadczeń poprzez dopłaty bezpośrednie i zmniejszenie obciążeń podatkowych. Z kolei 25 osób, czyli 19,53% badanych studentów, uważa, że ważniejsze jest przeznaczenie środków dla ludności na poprawę budżetów rodzinnych i przywrócenie konsumpcji. Przecież przekazanie środków ludności spowoduje wzrost konsumpcji, co zachęci przedsiębiorców do zwiększenia podaży i ratowania miejsc pracy. Pozwoli to nie tylko zwiększyć podaż populacji, lecz także zmniejszy psychologiczny lęk przed zakażeniami wirusowymi po zakończeniu kwarantanny. Większość badanych studentów (62,5%) preferowała trzecią opcję: „Powinno się przydzielać środki przedsiębiorcom na ratowanie i tworzenie miejsc pracy”. Oczywiście jest, że przedsiębiorcom nie tyle trudno będzie rozwijać biznes do poziomu sprzed pandemii, ile czasem w ogóle nie będą w stanie odtworzyć zajmowanej niszy. Co więcej, stanie się tak nie z ich winy, ale w wyniku podjętych przez władze środków zapobiegawczych i ograniczeń. Jednocześnie, zgodnie z decyzją rządu, podmioty gospodarcze zmuszone są do ponoszenia znacznych dodatkowych kosztów na dezynfekcję pomieszczeń i spełnienie warunków niezbędnych do wykonywania pracy lub świadczenia usług dla ludności. W przypadku wsparcia finansowego dla podmiotów gospodarczych istnieje jednak szereg trudności związanych z ewentualnym ryzykiem utraty środków w związku z możliwymi nadużyciami. Dlatego też realizacji działań mających na celu zapewnienie odpowiednio dużych środków finansowych powinny towarzyszyć szczegółowy opis warunków ich zapewnienia, podstawy prawne oraz sprawozdawczość z wykorzystania środków publicznych. Dotyczy to również tworzenia miejsc pracy kosztem środków budżetowych: z jednej strony zapewni to ludności miejsca pracy i siłę nabywczą, co pobudzi wzrost gospodarczy, ale z drugiej strony zwiększa ryzyko naruszeń z powodu niewłaściwego wykorzystania środków publicznych. Rząd Ukrainy zdecydował się na udzielanie preferencyjnych kredytów dla przedsiębiorców. Na dzień 25 października 2021 roku łączny wolumen tych kredytów wynosił ok. 67 mld hrywien. W sumie w ramach tego programu banki udzieliły 25 500 kredytów o wartości 66,9 mld hrywien. W szczególności: 36,92 mld hrywien kredytów antykrzysowych; 8,12 mld hrywien otrzymali przedsiębiorcy na cele inwestycyjne. Z kolei 21,92 mld hrywien zostało wydanych jako refinansowanie wcześniej otrzymanych kredytów.

3.3. Ocena profesjonalnego postrzegania pandemii przez przyszłych specjalistów

W kwestii oceny profesjonalnego postrzegania pandemii przez przyszłych specjalistów z zakresu rachunkowości i podatków zamieszczono przykładowe odpowiedzi na pytanie „Jak pandemia wpłynęła na twoje finanse osobiste?” (tabela 8).

Tabela 8. Odpowiedzi respondentów na pytanie „Jak pandemia wpłynęła na twoje finanse osobiste?”

Opcje odpowiedzi		Ankietowani studenci	
		liczba osób	% ogółu
1	Moje możliwości finansowe się obniżyły	53	41,41
2	Pojawiły się nowe pomysły dotyczące zarabiania pieniędzy i perspektyw zawodowych	20	15,62
3	Nic się nie zmieniło	55	42,97
	Ogółem	128	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Z tabeli 8 wynika, że zmniejszyły się możliwości finansowe studentów. Tę odpowiedź wybrały 53 osoby, czyli 41,41% wszystkich badanych studentów. Drugą odpowiedź wybrało 20 osób (15,62%), które uważają, że stan zagrożenia pandemią dał im nowe pomysły na zarabianie pieniędzy i znalezienie możliwości wykonywania przyszłego zawodu. Trzecią odpowiedź wybrała najliczniejsza grupa badanych studentów — 55 osób (42,97%), które uważają, że nic się nie zmieniło pod wpływem pandemii w ich osobistym portfelu. Oceniając wyniki odpowiedzi na to pytanie, należy zauważyć, że zdecydowaną większość respondentów preferujących trzecią opcję stanowili studenci pierwszego roku. Na pierwszym roku studenci są jeszcze na etapie adaptacji i nie łączą nauki z pracą. Natomiast starsi studenci zaczynają szukać samodzielnych źródeł zarobkowania i łączyć naukę z pracą, dlatego charakteryzują ich dwie pierwsze opcje. Na Lwowskim Uniwersytecie Narodowym im. Iwana Franki prawie wszyscy studenci kierunku rachunkowości i podatki mają pracę od czwartego roku.

Kolejne pytanie w ankiecie związane jest bezpośrednio z procesem edukacyjnym respondentów, dotyczy form kształcenia wyższego i ich efektywności (tabela 9).

Tabela 9. Odpowiedzi respondentów na pytanie „Jaką formę nauczania uważasz za najbardziej efektywną dla siebie?”

Opcje odpowiedzi		Ankietowani studenci	
		liczba osób	% ogółu
1	Tradycyjny, prawdziwy wykład	82	64,06
2	Wykład przez Zoom, Moodle, MS Teams	19	14,85
3	Lektura podręcznika	27	21,09
	Ogółem	128	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Jak wynika z danych zawartych w tabeli 9, zdecydowana większość respondentów preferuje tradycyjną formę wykładów w czasie rzeczywistym — 82 studentów (64%). Natomiast 27 osób (21,09%) uważa, że wygodniej jest pracować z podręcznikami, niż słuchać wykładów. Tylko 19 studentów, czyli 14,85% badanych, lubiło słuchać wykładów przez Zoom i MS Teams. Wyniki ankiety odzwierciedlają wartość prawdziwego wykładu w procesie nauczania oraz możliwość stosowania interaktywnych metod nauczania. Kształcenie na odległość ma wiele wad. Po pierwsze, jest to niemożność kontrolowania studentów, po drugie, istnieje ryzyko wystąpienia awarii technicznych, po trzecie trudno jest poczuć atmosferę, jaka panuje w sali wykładowej. Dlatego na przykład na Lwowskim Uniwersytecie Narodowym im. Iwana Franki w czasie pandemii zastosowano łączone nauczanie dyscyplin akademickich: wykłady — zdalnie, a ćwiczenia — w sali wykładowej.

Kolejne pytanie ankiety dotyczy wpływu pandemii na pracę księgowych i biegłych rewidentów (tabela 10). Naszym zdaniem kwestia ta jest istotna, gdyż wpływ pandemii może spowodować wzrost nieprzewidzianych przychodów dla niektórych firm i spadek przychodów dla innych.

Tabela 10. Odpowiedzi ankietowanych studentów na pytanie „Jak pandemia wpłynie na pracę księgowych i biegłych rewidentów?”

Opcje odpowiedzi		Ankietowani studenci	
		liczba osób	% ogółu
1	Zwiększy się ilość prac księgowych	30	23,44
2	Zwiększy się ilość pracy analitycznej	44	34,37
3	Nie widzę znaczących zmian	53	41,41
4	Nie wybrano odpowiedzi	1	0,78
	Ogółem	128	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Jak wynika z tabeli 10, największa liczba przyszłych specjalistów w dziedzinie rachunkowości i podatków — 53 osoby (41,41%) — nie widzi istotnych zmian w pracy księgowych i biegłych rewidentów. Natomiast 44 osoby, czyli 34,37% respondentów, uważają, że wzrośnie analityczny charakter rachunkowości. Zaś 30 osób (23,44%) zauważyło wzrost obciążenia pracą w dziale księgowości. Oczywiście nie są to wyniki badania praktyków, którzy od jakiegoś czasu pracują w pandemii. Jest to jednak punkt widzenia aktywnych młodych ludzi, którzy postrzegają przyszły segment zawodowy swojej działalności z uwzględnieniem współczesnych realiów technologicznych. Analiza źródeł prawnych i naukowych odnoszących się do problemu sytuacji nieprzewidzianych wykazała, że zarówno podmioty gospodarcze, jak i organy wykonawcze stale borykają się z brakiem instrukcji (protokołów) dotyczących ich optymalnych działań ochronnych. Pandemia 2020–2022 po raz kolejny pokazała proaktywne działania praktyków, które niestety są wynikiem ich własnych prób i błędów. Dlatego wyniki badań studentów

w środowisku naukowym są podobne do decyzji praktyków w sytuacjach kryzysowych. A ponieważ terazniejszość charakteryzuje się obecnością jednej przestrzeni informacyjnej, rozwiązania te mają perspektywę realizacji. Jednocześnie zdarzenia związane z rozprzestrzenianiem się COVID-19 wykazały, jakie problemy występują w reagowaniu systemu poprzez głównych uczestników zdarzeń, czyli władze wykonawcze, banki, samorządy, podmioty gospodarcze oraz ludność. Główną przyczyną był brak instrukcji (protokołów) dla wszystkich instytucji, podmiotów gospodarczych i dla ludności. Nie dziwi więc, że rynek walutowy natychmiast zareagował na niepewność sytuacji. Panika ludności jest przecież nieodłącznym elementem towarzyszącym sytuacjom kryzysowym, a sektor bankowy jako pierwszy dostrzega skutki pandemii, jako że pośredniczy w operacjach rozliczeniowych związanych z zaopatrzeniem ludności w niezbędne dobra i usługi. Dlatego rola Narodowego Banku Ukrainy i jego szybka reakcja na takie sytuacje były niezwykle ważne. Jeśli wziąć pod uwagę poniższe wydarzenia, można stwierdzić, że starania Narodowego Banku Ukrainy o obniżenie stopy procentowej z 13% do 6% w 2020 roku rzeczywiście stały się cywilizowanym sposobem ratowania gospodarki. Jednocześnie pojawił się problem braku bankowych regulacji dotyczących księgowego i analitycznego wsparcia operacji rozliczeniowych w sytuacjach kryzysowych. Na przykład przy stosowaniu społecznych ograniczeń odległości w przewozie osób, lokalach gastronomicznych i stacjonarnych sieciach handlowych płatności gotówkowe nadal odgrywały negatywną rolę. W epicentrum ryzyka zakażenia poprzez transakcje gotówkowe są zarówno kierowcy, jak i kasjerzy, którzy są najbardziej realnymi nosicielami wirusów. Tymczasem płatności kartami płatniczymi zmniejszają ryzyko rozprzestrzenienia się wirusa poprzez użycie gotówki. W sytuacjach kryzysowych środki te powinny być zapewnione zarówno przez rząd, jak i Narodowy Bank Ukrainy. Jednak nawet konta księgowe na Ukrainie nie zawierają odpowiednich kodów kont⁷. Wprawdzie do 27 czerwca 2013 roku Plan Kont dla księgowości aktywów, kapitałów, pasywów i operacji gospodarczych przedsiębiorstw i organizacji przewidywał konto 75 „Przychody nadzwyczajne”, które zawierało dwa subkonta: 751 „Wyrównanie strat nadzwyczajnych” i 752 „Inne dochody nadzwyczajne”. W związku z tym subkonto 751 powinno odzwierciedlać pomoc publiczną (8 tys. hrywien) wypłaconą przez państwo w związku z wprowadzeniem pandemii. Jednak postanowieniem Ministerstwa Finansów Ukrainy nr 627 z dnia 27 czerwca 2013 roku rachunki te zostały zlikwidowane⁸. Podobnie tym samym zarządzeniem w 2013 roku zlikwidowano konto 99 „Wydatki nadzwyczajne”, które zawierało trzy subkonta: 991 „Straty z tytułu klęsk żywiołowych”, 992 „Straty z tytułu katastrof i wypadków spowodowanych przez człowieka” i 993 „Inne wydatki nadzwyczajne”. Pandemia pokazała błędność tych decyzji, które zdecydowanie wymagają rewizji i odpowiedniego

⁷ https://biz.censor.net/news/3295599/obsyag_vidanih_bankami_plgovih_kreditv_dlya_bznesu_dosyag_67_mlyardv (dostęp: 25.10.2021).

⁸ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0893-99> (dostęp: 30.05.2020).

odzwierciedlenia w systemie rachunkowości realiów sytuacji nadzwyczajnych. W szczególności wpływa to na proces uczenia się. Zdaniem studentów, gdyby wiedzieli o kontaktach awaryjnych, mogłoby to zmienić konfigurację wyników ankiety. Należy również zauważyć, że ważnym elementem regulacyjnym dla podmiotów gospodarczych jest obecność statutu, który powinien przewidywać działania podczas pandemii i innych sytuacji nadzwyczajnych. Takie statuty służyłyby jako protokół dla księgowych i organów podatkowych przy odzwierciedlaniu transakcji spowodowanych pandemią. Jak wynika z analizy statutów bankowych, zarządzaniu ryzykiem poświęcony jest osobny dział, ale nie jest on wyszczególniony w protokołach urzędników. Dotyczy to także polityki rachunkowości podmiotów gospodarczych, gdzie niestety problem sytuacji nadzwyczajnych nie został odpowiednio ujęty. Konsekwencje pandemii muszą być wykorzystane przez podmioty gospodarcze do sensownego uzupełniania poleceń dotyczących polityki rachunkowości, odzwierciedlających zmiany, jakie niosą ze sobą sytuacje nadzwyczajne w pracy księgowej i analitycznej, aby być na nie przygotowanym w przyszłości.

3.4. Analiza wizji przyszłej walki z pandemią

Wyniki ankiety eksperckiej przyszłych specjalistów dotyczącej wizji przyszłej walki z pandemią na Ukrainie zostały zawarte w trzech ostatnich pytaniach kwestionariusza (tabele 11–13).

Tabela 11. Odpowiedzi na pytanie „Co zrobisz, aby uniknąć ryzyka przyszłych epidemii?”

Opcje odpowiedzi		Ankietowani studenci	
		liczba osób	% ogółu
1	Zaszczepię się	26	20,31
2	Kupię polisę ubezpieczeniową	9	7,03
3	Więcej zainwestuję w swoje zdrowie i uniknę kontaktu z chorymi	93	72,66
	Ogółem	128	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Na pytanie o obiecujące sposoby uniknięcia niebezpieczeństw związanych z przyszłymi zagrożeniami epidemicznymi największy odsetek respondentów — 93 osoby (72,88%) — stwierdził, że inwestowałby więcej w swoje zdrowie i unikał kontaktowania się z osobami chorymi (tabela 11). Opcję szczepienia preferowało 26 osób (20,31%). Ponadto w dodatkowych komentarzach zwrócono uwagę, że na Ukrainie jest niebezpiecznie nie tylko ze względu na brak zaufania do krajowego systemu opieki zdrowotnej (trzy osoby), lecz także w związku z pojawieniem się nowego, słabo poznanego szczepu wirusa. Trzeci wariant odpowiedzi — ubezpieczenia — zainteresował tylko dziewięć osób, czyli 7,03% respondentów. Analizując wyniki badania przez pryzmat czasu, warto zauważyć, że najszybsze

wskaźniki wyszczepialności na początku 2021 roku miały Izrael (prawie 12%), Bahrajn — 3,49, Wielka Brytania — 1,47 i Stany Zjednoczone — 0,84 %⁹. Jednocześnie pod względem wskaźników ilościowych pierwsze miejsce zajmują w tym czasie Chiny — 4,5 mln dawek, drugie miejsce zajmują Stany Zjednoczone — 2,79 mln dawek, a Wielka Brytania i Izrael podzieliły się trzecim miejscem — po 1 mln dawek. Od początku 2021 roku na Ukrainie nie prowadzono jeszcze masowych szczepień, więc nie ma podobnych statystyk. Wracając do wyników naszej ankiety — należy zauważyć, że młodzi i aktywni ludzie wolą inwestować w swoje zdrowie poprzez uprawianie sportu. Jednocześnie poziom zaufania do systemu opieki zdrowotnej na Ukrainie jest naprawdę niewystarczający. Wynika to zarówno z przyczyn obiektywnych, jak i subiektywnych. Kluczowe jest to, że system opieki zdrowotnej odziedziczony po ZSRR nie został zasadniczo zreformowany na Ukrainie przed rewolucją godności (2014), a przejście do medycyny rodzinnej było opóźnione. Podmiotowość wynikała z konfliktu interesów między władzą wykonawczą, która wdrażała reformy, a firmami farmaceutycznymi, które lobbowały na rzecz swoich interesów za pośrednictwem antypaństwowych sił politycznych (dystrybutorami i dostawcami były głównie firmy rosyjskie). Sytuację komplikował niski poziom wynagrodzeń personelu medycznego. Skuteczniejsze rozwiązanie tego problemu pojawiło się w czasie pandemii dzięki decyzjom rządu i zwiększeniu środków na wynagrodzenia dla lekarzy, którzy bezpośrednio leczyli pacjentów chorych na COVID-19.

Ważnym i kontrowersyjnym pytaniem w ankiecie było poznanie warunków celowości badania na obecność SARS-CoV-2 w organizmie (tabela 12).

Tabela 12. Odpowiedzi na pytanie „Czy muszę się zbadać na obecność wirusa, jeśli ktoś z mojego otoczenia miał kontakt z chorymi?”

Opcje odpowiedzi		Ankietowani studenci	
		liczba osób	% ogółu
1	Oczywiście, że tak	92	71,87
2	Nie, ale muszę zastosować więcej środków zapobiegawczych	6	4,69
3	Tylko, jeśli wystąpią gorączka i osłabienie	30	23,44
4	Ogółem	128	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Jak wynika z tabeli 12, zdecydowana większość respondentów — 92 osoby (71,87%) — pozytywnie ocenia możliwość przebadania się, jeśli ktoś z ich otoczenia jest chory na COVID-19. Natomiast 30 osób (23,44%) uważa, że należy się badać tylko wtedy, gdy ma się gorączkę i czuje się słabo. Za rozszerzeniem stosowania środków profilaktycznych opowiedziało się co najmniej sześciu studentów,

⁹ <https://enovosty.com/uk> (dostęp: 3.01.2021).

czyli 4,69%. Ponadto respondenci widzą potrzebę doprecyzowania okresu testowania, gdyż do trzech dni od zarażenia test raczej nie da pozytywnego wyniku, nawet jeśli wirus jest obecny w organizmie.

Ostatnie pytanie w ankiecie dotyczyło potrzeby (konieczności) zamknięcia publicznego dostępu do parków i lasów w czasie pandemii (tabela 13). Pytanie to zostało postawione ze względu na to, że wirus SARS-CoV-2 szczególnie agresywnie atakuje płuca człowieka, oraz ze względu na znaczenie terenów zielonych dla dotleniania organizmu.

Tabela 13. Odpowiedzi respondentów na pytanie „Czy istnieje potrzeba zamknięcia publicznego dostępu do parków i lasów w przypadku pandemii?”

Opcje odpowiedzi		Ankietowani studenci	
		liczba osób	w % ogółu
1	Tak	51	39,85
2	Nie	59	46,09
3	Nie wiem	18	14,06
4	Ogółem	128	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Jak wynika z danych zawartych w tabeli 13, zamknięcie dostępu do parków i terenów leśnych zebrало najwięcej negatywnych odpowiedzi — 59 respondentów (46,09%). Jednocześnie pojawiły się uwagi o konieczności wzmocnienia nadzoru nad tymi obszarami w celu zapobiegania pijackim imprezom, spotkaniom propagandowym i kampaniom reklamowym. Jednocześnie 18 respondentów, czyli 14% wszystkich badanych studentów, udzieliło odpowiedzi „Nie wiem”. Ujawnione nastroje i postrzeganie postaw restrykcyjnych wśród badanych studentów wskazują na perspektywiczną wizję i świadome podejście do tego, co można, a czego nie można ograniczać w sytuacji kryzysowej, jaką jest pandemia spowodowana rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2.

Główną podstawą finansową zwalczania na Ukrainie pandemii spowodowanej rozprzestrzenianiem się COVID-19 było utworzenie w marcu 2020 roku specjalnego funduszu o nazwie: „Fundusz COVID-19”. Jego zatwierdzony budżet wynosił 64,7 mld hrywien (ok. 2,3 mld USD). Fundusz został utworzony bez wyraźnego uregulowania pozycji wydatków budżetu państwa, którego środki mogły być kierowane na określone dziedziny:

- zapobieganie zachorowaniom i rozprzestrzenianiu się wirusa;
- dofinansowanie wynagrodzeń pracowników medycznych;
- pomoc dla obywateli, zwłaszcza osób starszych;
- pomoc dla rodzin pracowników medycznych, którzy zmarli na COVID-19 w wyniku zwalczania choroby;
- składki na fundusz emerytalny;

— pomoc finansowa dla Funduszu Ubezpieczeń Społecznych w przypadku bezrobocia oraz obowiązkowe państwowe ubezpieczenie społeczne w przypadku bezrobocia;

— przywrócenie funduszu rezerwowego budżetu państwa;

— odtworzenie wydatków budżetu państwa (w tym transferów do budżetów lokalnych).

W ramach rozdysponowania tego funduszu (tabela 14) rząd uzyskał możliwość tworzenia nowych programów budżetowych bez konieczności nowelizacji ustawy budżetowej.

Tabela 14. Wykorzystanie funduszu do walki z COVID-19 przez Ministerstwo Zdrowia Ukrainy w 2020 r.

Kierunki wykorzystywania funduszy	Kwoty (mln hrywien)		Realizacja wydatków	
	plan	wykonanie	mln hrywien	%
Wzrost wynagrodzeń pracowników medycznych	5 955	5 407	-548	90,8
Świadczenie usług medycznych w ramach gwarancji państwowych	5 265	0	-5 265	0,0
Wypożyczenie działów recepcyjnych	3 679	1 927	-1 752	52,38
Zapewnienie laboratoriów i zakup środków ochrony indywidualnej	3 980	1 728	-2 258	43,42
Dotacja do budżetów lokalnych na zaopatrzenie szpitali w tlen	1 467	1 467	-	100,0
Dotacje do systemów rentgenowskich	1 050	1 050	-	100,0
Dotacje do budżetów lokalnych na walkę z COVID-19	259	259	-	100,0
Zakup wentylatorów	100	84	-16	84,0
Dotacja do budżetów lokalnych na budowę tymczasowych szpitali	90,2	90,2	-	100,0
Ogółem	21 845,2	12 012,2	-9 839	54,99

Źródło: opracowanie własne na podstawie: https://www.epravda.com.ua/publications/2020/12/29/669632/?utm_source=traqli&utm_medium=email&utm_campaign=357&tqid=jKKlaiQ6ChcBf7grdEh bUwy4cS_KzoI.N9Dawf4O (dostęp: 29.01.2021).

Jak wynika z tabeli 14, Ministerstwo Zdrowia nie wykorzystało w pełni funduszu (54,99%). Wyjątkiem od tej reguły są te działania, których finansowanie zostało przeniesione do budżetów lokalnych. W takich przypadkach pieniądze od razu trafiały na poziom lokalny od momentu podjęcia decyzji o dofinansowaniu i nie było potrzeby zatwierdzania paszportów programów budżetowych. Według raportu rządowego, jeśli wziąć pod uwagę fundusze ogólne i specjalne Ministerstwa Zdrowia, z funduszu ogólnego wykorzystano 17,8 mld hrywien (z 20,4 mld hrywien), czyli 86,8% zaplanowanej kwoty. Ze specjalnego funduszu 1,4 mld hrywien pozostało niewykorzystane.

Podsumowanie

Wyniki ankiety pokazały, jak realistyczna była wizja badanych studentów Uniwersytetu Lwowskiego dotycząca rozwoju wydarzeń związanych z pandemią. Dotyczy to organizacji procesu edukacyjnego i przeciwdziałania skutkom pandemii przez państwo w zakresie zdrowia i gospodarki. Wyniki autorskiego badania studentów generalnie wskazują na pozytywną ocenę roli władzy wykonawczej na Ukrainie w pierwszej fazie pandemii (marzec–maj 2020), co potwierdziły dalsze wydarzenia. Podjęte w odpowiednim czasie środki odstraszające, zgodne z wymogami UE, zmniejszyły groźny wpływ pandemii na życie i zdrowie ludności Ukrainy.

Niezbędnymi elementami w organizacji przeciwdziałania wpływowi negatywnych czynników w sytuacjach kryzysowych są przede wszystkim zasady naukowe, których przestrzeganie zmniejsza ryzyko wystąpienia zagrożenia. W odniesieniu do środków zwalczania epidemii, jak również podobnych przyczyn powstawania stanów nadzwyczajnych, wyróżnia się następujące zasady: kompleksowość, systematyczność, odpowiedzialność. To samo dotyczy krajowego paradygmatu rachunkowości, analizy i kontroli działalności podmiotów gospodarczych, który powinien być mechanizmem rozwiązywania koncepcyjnych decyzji zarządczych rządu. Pozwoli to na uzasadnienie strategicznej koncepcji zarządzania kryzysowego i określenie konturów informacyjnych relacji między rządami, podmiotami gospodarczymi a ludnością. Jednocześnie nie tylko należy jasno nakreślić system ograniczania, dystrybucji i dostarczania środków wraz z informacją zwrotną, lecz także przyjąć środki ograniczające kontakty między ludźmi w czasie pandemii.

Fundusz Koronawirusowy był koniecznym i z punktu widzenia doświadczeń międzynarodowych uzasadnionym krokiem w celu uzyskania środków i szybko reagowania na pandemię. Administracja funduszem na Ukrainie była jednak mało efektywna. Ze względu na powolne przeznaczanie środków na działania medyczne fundusz był wykorzystywany na potrzeby niemedyczne. Przejściowy spadek zachorowań na COVID-19 latem nie został wykorzystany do zintensyfikowania przygotowań do drugiej fali, która rozpoczęła się jesienią. W efekcie konieczne było pilne przeznaczenie pod koniec roku środków na szczególne potrzeby sektora medycznego, co stworzyło dodatkową presję na stronę wydatkową finansów publicznych. Dlatego ważne jest nie tylko jakościowe planowanie wydatków, lecz także celowe wykorzystanie środków przekazanych zarządzającym funduszami. Nasuwa się pytanie o odpowiedzialność urzędników, którzy nie biorą odpowiedzialności i unikają tworzenia specjalnych programów przeciwdziałania pandemii i jej skutkom. Dlatego systematycznie opracowywane zmiany w regulacyjnych aktach prawnych oraz wsparcie organizacyjno-metodyczne z wykorzystaniem uogólnionych doświadczeń praktycznych w kontekście pandemii związa-

nej z rozprzestrzenieniem się wirusa SARS-CoV-2 stworzą mechanizm ochrony podmiotów gospodarczych w sytuacji zagrożenia. Taka współpraca na poziomie makro- i mikro- jest konieczna z punktu widzenia zapewnienia stabilnego ekonomicznie rozwoju Ukrainy w przyszłości.

Przeprowadzone badania nad postrzeganiem przez studentów sytuacji nadzwyczajnych mogą być wykorzystane jako przykład do określenia możliwych związków przyczynowo-skutkowych pomiędzy zjawiskami i procesami a ich rozwojem i skutkami społeczno-gospodarczymi. Wartość doświadczenia badawczego polega na tym, że wyniki badań można porównać z późniejszymi wydarzeniami i działaniami naprawczymi rządu w celu ograniczenia negatywnych skutków pandemii lub innych zagrożeń, prowadzonymi po to, aby skutecznie zwalczać ich społeczno-gospodarcze konsekwencje.

Bibliografia

Literatura

- Shvets, V. (2020). *Ukrayins'ka paradyhma obliku, analizu i kontrolyu v umovakh nadzvychaynykh sytuatsiy. Suchasnyy stan ta perspektyvy rozvytku obliku, analizu, audytu, zvitnosti i opodatkuvannya v umovakh yevrointehratsiyi 2020*. W: *Suchasnyy stan ta perspektyvy rozvytku obliku, analizu, audytu, zvitnosti i opodatkuvannya v umovakh yevrointehratsiyi: tezy dopovidy II Mizhnarodnoyi naukovo-praktychnoyi internet-konferenciyi 16.04.2020*. Uzhhorod: Vydavnytstvo UzhNU „Hoverla”, 116–119.
- Uzhhorod: Uzhhorods'kyu Natsional'nyy Universytet. [Швецъ, В. (2020). *Українська парадигма обліку, аналізу і контролю в умовах надзвичайних ситуацій*. В: *Сучасний стан та перспективи розвитку обліку, аналізу, аудиту, звітності і оподаткування в умовах євроінтеграції 2020*. 16.04.2020. Ужгород: Видавництво УжНУ „Говерла”, 116–119].

Źródła internetowe

- www1. <https://www.unn.com.ua/uk/news/1855643>. Dostęp: 3.03.2020.
- www2. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1242-13>. Dostęp: 31.01.2021.
- www3. <https://enovosty.com/uk>. Dostęp: 03.01.2021.
- www4. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0893-99>. Dostęp: 30.05.2020.
- www5. <https://tsn.ua/groshti/kabmin-rozshiriv-spisok-vidiv-torgivli-ta-diyalnosti-yaki-mozhut-pracyuvati-pid-chas-karantynu-1514748.html>. Dostęp: 26.03.2020.
- www6. <https://www.epravda.com.ua/publications/2020/12/29/669632>. Dostęp: 1.01.2021.
- www7. <https://www.rbc.ua/ukr/news-1587745753.html>. Dostęp: 25.04.2020.
- www8. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/223-2018-%D0%BF>. Dostęp: 26.03.2020.
- www9. <https://www.kmu.gov.ua/npas/5390215>. Dostęp: 26.03.2020.
- www10. <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3338373-sist-oblastej-ukraini-u-cervonij-karantinnij-zoni.html>. Dostęp: 25.10.2021.
- www11. https://biz.censor.net/news/3295599/obsyag_vidanih_bankami_plgovih_kreditv_dlya_bznesu_dosyag_67_mlyardv. Dostęp: 25.10.2021.

<https://doi.org/10.19195/2658-1310.28.4.2>

Ewa Pancer-Cybulska

ORCID: 0000-0002-4242-8713

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

ewa.pancer-cybulska@ue.wroc.pl

Polska gospodarka w warunkach pandemii COVID-19 na tle Unii Europejskiej

Artykuł nadesłany: 3.07.2022; artykuł zaakceptowany: 2.12.2022

Kody klasyfikacji JEL: D22, E60, H12, H25, I15

Słowa kluczowe: pandemia COVID-19, lockdown, rządowy program pomocowy, skutki gospodarcze pandemii, sekcje EKD

Abstrakt

Celem artykułu jest ukazanie, jaki wpływ na polską gospodarkę miała pandemia COVID-19 w porównaniu do sytuacji w krajach członkowskich Unii Europejskiej. Chodzi o najważniejsze skutki gospodarcze, które wystąpiły w warunkach aktywnego wspierania gospodarki przez rządowy program antykryzysowy łagodzący negatywne skutki wywołane pandemią w latach 2020–21 (tarcza antykryzysowa). Analizie poddano program rządowy oraz wskaźniki rynku pracy — stopę bezrobocia i zmiany liczby pracujących w ujęciu branżowym. Sytuacja w Unii Europejskiej została omówiona z wykorzystaniem podstawowych wskaźników makroekonomicznych, jak dynamika wzrostu PKB oraz dług i wynik sektora finansów publicznych — każdy z tych wskaźników odnotował efekty zamknięcia gospodarki. Sekcje PKD „Zakwaterowanie i gastronomia” oraz „Handel; naprawy pojazdów samochodowych” najbardziej odczuły skutki kryzysu. Są też branże, które odnotowały pozytywne efekty działalności mimo lockdownu, na przykład „Informacja i komunikacja”. Wskaźniki sytuacji w Polsce w ujęciu makroekonomicznym sytuują ją w grupie krajów, które skutecznie przeciwdziałają skutkom pandemii, co dobrze wróży na okres odbudowy gospodarki po pandemii.

Polish economy in the conditions of the COVID-19 pandemic against the background of the European Union

Abstract

The aim of the article is to show what impact the COVID-19 pandemic had on the Polish economy compared to other European Union member states. The aim is to show the most important economic effects which occurred in the conditions of active support for the economy by the government's anti-crisis program mitigating the negative effects caused by the pandemic in 2020–21 (anti-crisis shield). The government program and labor market indicators — the unemployment rate and changes in the number of employees in industry terms — were analyzed. The situation in the European Union was discussed using key macroeconomic indicators such as GDP growth dynamics as well as the debt and performance of the public finance sector, each of which recorded the effects of the shutdown. NACE sections "Accommodation and gastronomy" and "Trade; repairs of motor vehicles" have been hit hardest by the crisis. There are also industries which have recorded positive effects despite the lockdown, e.g., "Information and communication." Indicators of the situation in Poland from a macroeconomic perspective place it in the group of countries which effectively counteract the effects of the pandemic, which bodes well for the period of economic recovery after the crisis.

Keywords: COVID-19 pandemic, lockdown, government aid program, economic impact of the pandemic, NACE sections

Wstęp

Potrzeba wsparcia dla gospodarki w postaci odrębnej polityki pojawiła się wraz z ogłoszeniem pandemii COVID-19 wywołanej przez koronawirusa SARS-CoV-2. Błyskawiczne rozprzestrzenianie się choroby od momentu jej oficjalnego ujawnienia przez Chiny¹, ze wskazaniem ogniska w Wuhan, pociągnęło za sobą pojawianie się jej przypadków niemalże równocześnie na całym świecie. Skala zachorowań i ich przebieg oraz rosnąca śmiertelność były podstawą do ogłoszenia pandemii i podejmowania działań ratunkowych, a także możliwej profilaktyki. Pod egidą WHO w poszczególnych krajach budowano scenariusze rozwoju pandemii oraz poszukiwano środków zaradczych. W trudnej sytuacji znalazły się sektory ochrony zdrowia, podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej i szpitalnictwa, które stały się bezpośrednio zaangażowane w walkę z chorobą. Zarówno od strony organizacyjnej, jak i zaopatrzenia medycznego oraz wykwalifikowanych służb ratowniczych i epidemiologicznych czy kadr medycznych ujawniły się niedobory prawie we wszystkich krajach. Bez względu na istniejący system ochrony zdrowia sytuacja ta wynikała z niespotykanej skali i niespotykanego tempa zachorowań na COVID-19. Pojawiła się konieczność zwiększenia nakładów materia-

¹ Pojawienie się nowego wirusa zdiagnozowano w Chinach w grudniu 2019 roku, a WHO dopiero 30 stycznia 2020 roku ogłosiła stan globalnego zagrożenia epidemicznego.

łowych i finansowych, nakładów pracy lekarzy oraz personelu specjalistycznego i pomocniczego. Zmianom w systemie ochrony zdrowia pod kątem zwiększenia potencjału lecznictwa covidowego towarzyszyło organizowanie tymczasowych szpitali w obiektach publicznych. Wszystkie te przedsięwzięcia wymagały dodatkowych nakładów nie tylko finansowych, lecz także organizacyjnych i logistycznych.

Uwaga rządu była skoncentrowana przede wszystkim na zdrowiu i życiu obywateli, ale nie mniej ważne okazały się kwestie pomocy finansowej w związku z wystąpieniem sytuacji utraty źródła dochodu lub obniżenia dotychczasowego standardu życia poniżej minimum socjalnego. Było to szczególnie istotne w okresie, gdy w ramach reżimów sanitarnych i prowadzonej polityki rząd ogłaszał zamknięcie gospodarki, co oznaczało całkowite lub częściowe zaprzestanie działalności biznesowej w pewnych dziedzinach. W praktyce okres lockdownu dotyczył wszystkie podmioty gospodarki i jej uczestników — producentów i konsumentów, dostawców, odbiorców, w sektorze prywatnym i publicznym. Wprawdzie wtórne szoki mają głównie charakter makroekonomiczny, ale specyfika pierwotnego szoku powoduje, że skutki dla poszczególnych sektorów są silnie zróżnicowane. Wynika to z ich odmiennej podatności na obostrzenia administracyjne: „Znaczenie szoków sektorowych wydaje się być w dyskusji zbyt słabo wyeksponowane, szczególnie w porównaniu z kryterium wielkości przedsiębiorstw” (Wojtyna, 2020).

Stąd inspiracja do zbadania tej problematyki, do ukazania, w jaki sposób różne branże gospodarki zareagowały na pandemię koronawirusa w Polsce w 2020 roku.

Pandemia COVID-19 okazała się doświadczeniem bardziej drastycznym w skutkach niż ostatni globalny kryzys z lat 2008–2009. Spadek PKB w Unii Europejskiej w 2009 roku wyniósł 3,3%, natomiast w 2020 roku — 6,1%. W Polsce zanotowano pierwszy spadek PKB od 27 lat (o 2,2%, a po korekcie z października 2022 — o 2,0%). Wszyscy uczestnicy gospodarki zostali w jakiś sposób dotknięci skutkami pandemii, chociaż rezultaty zamykania gospodarki różnią się ze względu na skalę i rodzaj działalności. Pewne branże i sektory gospodarki ze względu na swój charakter zostały dotknięte najbardziej (Nayak et al., 2021). Są również przedsiębiorstwa, dla których pandemia okazała się szansą rynkową na rozwój. Umiejętność dostosowania się do zmienionych warunków oraz podejmowania właściwych decyzji stała się bardzo ważna dla rządów odpowiedzialnych za gospodarkę krajową oraz zarządów przedsiębiorstw, zarówno dużych, jak i małych i średnich. W warunkach pandemii na znaczeniu zyskały analiza zmian zachowań konsumentów i przedsiębiorstw, kwestie etyczne i aspekty związane z relacjami między pracownikami a przywództwem (Donthu i Gustafsson, 2020).

Badania takie mogą być pomocne dla decydentów politycznych i organów rządowych w podejmowaniu niezbędnych środków, strategii i polityki gospodarczej dla przezwyciężenia wywołanych pandemią problemów w różnych sektorach oraz dla poszukiwania rozwiązań i instrumentów na przyszłość.

Metodologia

Celem artykułu jest ukazanie, jaki wpływ na polską gospodarkę miała pandemia COVID-19 w 2020 roku w porównaniu do sytuacji w krajach członkowskich Unii Europejskiej. Omawia się także rządowy program łagodzenia skutków pandemii COVID-19, skierowany do przedsiębiorstw dotkniętych w różnym stopniu tymi skutkami.

Do opisu skutków pandemii w Polsce zastosowano wskaźniki ilustrujące zmiany zatrudnienia, to jest stopę bezrobocia rejestrowanego oraz bezwzględne i względne zmiany zatrudnienia w branżach najbardziej dotkniętych sytuacją pandemiczną i branżach najbardziej korzystających na niej.

Sytuacja w Unii Europejskiej została omówiona z wykorzystaniem głównych wskaźników makroekonomicznych, jak dynamika wzrostu PKB oraz dług publiczny i wynik sektora finansów publicznych (jako % PKB). Każdy z tych wskaźników odnotował określone reakcje pod wpływem zamknięcia gospodarki. Odnotowano zmiany zachodzące w okresie 2019–2021. Ponadto analizie poddano najważniejsze wskaźniki rynku pracy, który zareagował na zaistniałe zmiany koniunktury gospodarczej; jest to dynamika zatrudnienia oraz stopa bezrobocia w ujęciu Labour Force Survey (LFS), co odpowiada Badaniu Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL). Odmienna metoda zbierania danych oznacza różnice w stosunku do danych sprawozdawczych o zatrudnieniu oraz o bezrobociu rejestrowanym. W odniesieniu do poszczególnych mierników pokazano po cztery najlepsze i najgorsze wyniki w Unii.

Dane makroekonomiczne i branżowe pozwalają na wyciągnięcie ograniczonych wniosków, gdyż nie można wyłączyć skutków pandemii z ogólnych tendencji (na przykład trwającej od lat tendencji zmniejszania zatrudnienia w bankach). Dane o zmianie liczby pracujących nie uwzględniają mikroprzedsiębiorstw, a w zakwaterowaniu i gastronomii oraz handlu dominują właśnie podmioty poniżej dziesięciu pracujących.

Unia Europejska wobec pandemii

Szczególną rolę w czasie kryzysu pandemicznego odegrała Unia Europejska, która podjęła w imieniu państw członkowskich działania usprawniające warunki życia obywateli w warunkach pandemii, porównywalnej do występujących łącznie kryzysów: zdrowotnego, społecznego i gospodarczego.

W niniejszym opracowaniu zdiagnozowano podstawowe problemy przedsiębiorstw, a wśród nich — związane z zatrudnieniem pracowników, z płynnością finansową, z niemożnością realizowania planów biznesowych, co w konsekwencji przekłada się na ryzyko nieprzetrwania na rynku.

W analizie uwarunkowań działania wzięto pod uwagę zamrożenie działalności gospodarczej w wielu krajach i na wszystkich etapach łańcuchów tworzenia wartości oraz niemożność przewidzenia czasu trwania kryzysu. Na podkreślenie zasługują dramatyczne pierwotne prognozy rynku pracy, zwłaszcza dla jego najsłabszych uczestników (na przykład bez kwalifikacji lub o niskich kwalifikacjach, młodzieży, osób 50+) oraz podejmowanie przez wielu uczestników rynku działań nakierowanych na „przetrwanie”.

W reakcji na koronawirusa Unia zaproponowała następujące przedsięwzięcia (Komisja Europejska, 2020a, 15):

1. Uruchomienie „klauzuli wyjścia”, aby umożliwić nadzwyczajne wsparcie podatkowe dla służby zdrowia, osób fizycznych i przedsiębiorstw.
2. Wprowadzenie najbardziej elastycznych zasad pomocy państwa w historii Unii Europejskiej, aby ratować miejsca pracy i przedsiębiorstwa.
3. Wspieranie badań nad szczepionkami, diagnostyką i metodami leczenia.
4. Pomoc w zapewnieniu dostaw sprzętu medycznego: zwiększenie produkcji w Unii Europejskiej i wspólne udzielanie zamówień.
5. Organizacja powrotów obywateli Unii Europejskiej pozostających za granicą.
6. Wydawanie wytycznych w sprawie środków zapobiegających rozprzestrzenianiu się wirusa, a także strategii dotyczących wykonywania testów.
7. Zapewnienie finansowania w ramach inicjatywy inwestycyjnej w odpowiedzi na koronawirusa oraz płynności za pośrednictwem Europejskiego Funduszu Inwestycyjnego.
8. Zapewnienie przepływu towarów i pracowników w ramach jednolitego rynku Unii Europejskiej.

Należy także wskazać inicjatywy Komisji Europejskiej. Zaproponowała ona zmobilizowanie europejskich funduszy strukturalnych i inwestycyjnych (ESIF), które dostosowała elastycznie do potrzeb przedsiębiorstw w zakresie utrzymania płynności oraz dostępu do źródeł finansowania działalności. Fundusze ESIF obejmują między innymi:

1. Wydatki na opiekę zdrowotną.
2. Wsparcie mechanizmów zmniejszonego wymiaru czasu pracy.
3. Zapewnienie kapitału obrotowego na działalność MŚP.

W maju 2020 roku Komisja Europejska przedstawiła projekt kompleksowego planu odbudowy dla Europy towarzyszącego wieloletnim ramom finansowym 2021–2027 (WRF). Plan opiewa na 2,4 bln euro jako pomoc dla państw członkowskich na zlikwidowanie powstałych strat oraz podjęcie zasadniczych działań o charakterze przyszłościowym. Chodzi o właściwe ukierunkowanie podejmowanych inwestycji w odbudowę, tak by realizować pięć celów strategii Europa 2020 (sprawiedliwa, niewykluczająca, cyfrowa, zielona i bardziej odporna Europa). W końcu 2020 roku państwa członkowskie UE uzgodniły powiększenie WRF

2021–2027 do kwoty 1850 mld euro (1100 mld plus dodatkowa kwota 750 mld) pod kątem finansowania planu odbudowy dla Europy. Kwota 750 mld euro (w cenach 2018 r., rewaloryzowana corocznie o 2%) wiąże się z nowym tymczasowym instrumentem Next Generation EU, częściowo o charakterze zwrotnym (360 mld euro), który to instrument jest nadzwyczajnym funduszem zasilanym ze środków uzyskiwanych na rynkach finansowych (Komisja Europejska, 2020b, 4–6). Krajowy Plan Odbudowy udało się uzgodnić z Komisją Europejską w czerwcu 2022 roku, co umożliwi uzyskanie przez Polskę do 2026 roku wsparcia projektów w kwocie 158,5 mld zł, w tym bezzwrotnego 106,9 mld zł.

Rządowy program łagodzenia gospodarczych skutków pandemii COVID-19 w Polsce

W dobie pandemii niemal wszystkie rządy, stosownie do swoich możliwości i założeń uprawianej polityki gospodarczej, wygenerowały pakiety pomocowe dla swoich gospodarek. Było to odpowiedzią na oczekiwania przedsiębiorców, konsumentów i całego społeczeństwa na formułowane przez nich wnioski o wsparcie i pomoc (OECD, 2020a). Wprowadzona 2 marca 2020 roku ustawa (Dz.U. z 2020 r., poz. 374) stanowi podstawowy akt prawny regulujący sprawy pomocy dla poszkodowanych koronawirusem w Polsce. Na podstawie rozporządzeń do ustawy wprowadzane są kolejne edycje tarczy antykryzysowej, w maju 2021 roku obowiązywała tarcza nr 9. Pomoc jest udzielana wszystkim uczestnikom rynku, to jest mikroprzedsiębiorcom, podmiotom z sektora MŚP, dużym przedsiębiorstwom oraz samozatrudnionym. Podobne rozwiązania zostały wprowadzone przez większość rządów w celu łagodzenia uciążliwości wynikających z planowych zamknięć gospodarki w celu przejścia do fazy odbudowy (OECD, 2021).

Całkowita wartość wsparcia w ramach tarczy antykryzysowej w Polsce to 312 mld zł:

- gotówkowy komponent rządowy o wartości około 67 mld (2,9% PKB) — składają się na niego wydatki budżetu państwa, ZUS i funduszy celowych;
- płynnościowy komponent rządowy o wartości około 75,5 mld zł (3,3% PKB) — składają się na niego wakacje kredytowe i odroczone daniny, a także finansowanie płynnościowe w postaci kredytów i kapitału, głównie z wykorzystaniem instrumentów finansowych Grupy Polskiego Funduszu Rozwoju (PFR, BGK, KUKE, ARP);
- pakiet płynnościowy NBP o wartości około 70 mld zł, który zapewni niezbędną płynność i warunki kredytowe;
- tarcza finansowa (100 mld zł) — program wsparcia obsługiwany przez Polski Fundusz Rozwoju; skierowany jest do mikropodmiotów (zatrudniających co najmniej jednego pracownika) oraz małych, średnich i dużych przedsiębiorstw (w sumie do około 670 tys. przedsiębiorców).

Skonfigurowano pięć filarów tarczy, dostosowując ją do potrzeb gospodarki dotkniętej pandemią:

1. Ochrona zdrowia — dofinansowanie służby zdrowia, zwłaszcza obszarów, które są bezpośrednio zaangażowane w działalność medyczną związaną z koronawirusem (7,5 mld zł).

2. Bezpieczeństwo pracowników — ochrona miejsc pracy polskich pracodawców, oferowanie rozwiązań, które pomagają w utrzymaniu etatów, dofinansowania do wynagrodzeń, wynagrodzenia postojowe (30 mld zł).

3. Program inwestycji publicznych — stworzenie Funduszu Inwestycji Publicznych, który ma stanowić impuls rozwojowy dla MŚP przez nowe zamówienia publiczne dla podmiotów działających w obszarach infrastruktury, transformacji energetycznej, cyfryzacji, biotechnologii, farmacji, ochrony środowiska oraz modernizacji szkół i szpitali (30 mld zł).

4. Wzmocnienie systemu finansowego — uruchomienie specjalistycznych instrumentów dla rynku finansowego o charakterze ochronnym dla przedsiębiorstw tego sektora (70,3 mld zł).

5. Finansowanie przedsiębiorstw — instrumenty, które mają pomagać przedsiębiorcom w działalności po ustaniu pandemii (74,2 mld zł).

Zakres wykonania rządowego programu pomocy dla podmiotów dotkniętych pandemią COVID19

Wśród firm, które otrzymały subwencję do maja 2021 roku, było 12 tys. restauracji, 2,7 tys. hoteli i 1,8 tys. obiektów noclegowych oraz 1,6 tys. siłowni i obiektów służących poprawie kondycji fizycznej.

Średnia wypłata dla mikroprzedsiębiorstw wyniosła 83 tys. zł, a dla sektora MŚP — 560 tys. zł. Te liczby są więc realnym wymiarem pomocy państwa dla biznesów poszkodowanych przez pandemię.

Najwięcej pieniędzy do tej pory dostali przedsiębiorcy, którzy z częściowym lockdownem musieli sobie radzić najdłużej, bo od połowy października 2020 roku do drugiego kwartału 2021 roku — chodzi o gastronomię. PFR przyznał subwencje dla 12 tys. przedsiębiorstw tego sektora na kwotę blisko 2 mld zł. Dzięki temu pomoc dostało blisko 90 tys. pracowników. Na drugim i trzecim miejscu są odpowiednio działły:

— sprzedaż detaliczna odzieży prowadzona w wyspecjalizowanych sklepach;

— hotele i podobne obiekty zakwaterowania.

W pierwszej sekcji pomoc otrzymało 4,5 tys. firm na kwotę ponad 400 mln zł. Z kolei wsparcie dla hotelarzy wyniosło 1,2 mld zł. Podmiotów z branży, które dostały takie pieniądze, było ponad 2,7 tys. Działania PFR uchroniły w ten sposób blisko 45 tys. pracowników (Polski Fundusz Rozwoju, 2021).

Wsparcie dotyczyło nie tylko przedsiębiorstw i osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą. Dwa lockdowny w 2020 roku wpłynęły silnie na całą gospodarkę i wyniki działalności firm różnych branż. W efekcie zmalały po raz pierwszy wpływy jednostek samorządu terytorialnego z udziału w podatku dochodowym od osób fizycznych (o 1,7%), a w bardzo wielu gminach także od osób prawnych. Największe zmniejszenie wpłacanych podatków dotyczyło sekcji zakwaterowanie i gastronomia. Duże ograniczenie ruchu turystycznego wystąpiło także w 2021 roku i ucierpiały na tym gminy osiągające wpływy z opłaty miejscowej i opłaty uzdrowskiej. Utworzenie Rządowego Funduszu Inwestycji Lokalnych (RFIL) w lipcu 2020 roku pozwoliło samorządom aplikować o dotacje inwestycyjne, głównie infrastrukturalne (nawet do 100% wydatków) w celu zniwelowania negatywnych skutków zmniejszonych dochodów dla rozwoju lokalnego. Od 1 stycznia 2021 roku dotacje te są wykazywane w osobnym paragrafie klasyfikacji budżetowej i tym samym także w ministerialnej bazie Rb27S. Rządowe wsparcie dla samorządów w związku z pandemią koronawirusa w 2021 roku wyniosło:

- 905,9 mln zł — środki z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 na rzecz inwestycji związanych z przeciwdziałaniem pandemii (bez środków RFIL);

- 2856,6 mln zł — dofinansowanie inwestycji ze środków RFIL.

W kwietniu 2022 roku, po upływie dwóch lat od uruchomienia programów pomocowych w formie tarcz antykryzysowych i finansowych, Ministerstwo Rozwoju i Technologii dokonało ich podsumowania², z którego wynika, że w ramach wszystkich tarcz PFR:

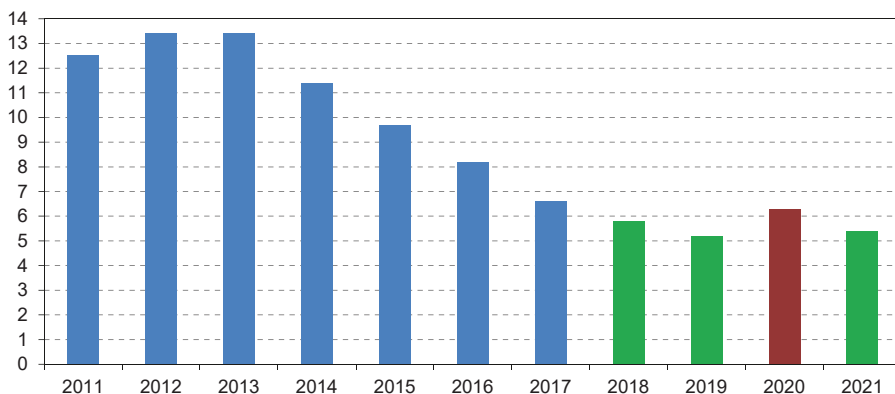
- wsparcie otrzymało około 353 tys. przedsiębiorców;
- wysokość wsparcia wyniosła około 73,2 mld zł;
- w ramach umorzeń na kontach przedsiębiorców zostanie około 43,8 mld zł, a 29,4 mld zł będzie zwrócone do PFR;
- większość podmiotów, które otrzymały pomoc w postaci tarczy finansowej PFR, nadal funkcjonuje;
- tarcza finansowa chroniła podczas pandemii 3,2 mln miejsc pracy;
- według szacunków — bez programu spadek zatrudnienia wyniósłby blisko 900 tys. zamiast 272 tys. w drugim kwartale 2020 roku. Oznacza to, że tarcza uratowała około 600 tys. miejsc pracy;
- warto podkreślić, że całkowity koszt programu przez dziesięć lat wyniesie poniżej 2% PKB;
- spośród ponad 350 tys. przedsiębiorstw tylko 19 jest w restrukturyzacji, a 167 — w likwidacji;
- zaledwie 0,05% firm nie zdołało przetrwać;

² <https://www.gov.pl/web/rozwój-technologie/pfr-podsumowal-program-tarcz-finansowych-pfr---skuteczna-ochrona-bezpieczenstwa-ekonomicznego-pracownikow-i-przedsiębiorstw-podczas-pandemii> (dostęp: 27.06.2022).

— pomiędzy 1 marca 2020 roku a 31 grudnia 2021 roku przybyło około 129 tys. aktywnych jednoosobowych działalności gospodarczych, to jest przyrosło ich o mniej więcej 5,2%.

Wybrane skutki ekonomiczne pandemii w Polsce

Można podjąć próbę szacowania liczby ochronionych miejsc pracy w wyniku programu rządowego, ale zawsze będzie ona obciążona błędem ze względu na konieczność stosowania arbitralnych założeń upraszczających. Z pewnością program rządowy doprowadził do zapewnienia minimalnej płynności finansowej i w efekcie przetrwania wielu firm, ochrony miejsc pracy oraz nie dopuścił do wysokiego bezrobocia rejestrowanego. Warto podkreślić, że było ono w 2020 roku niższe niż przed 2018 rokiem. Z kolei w 2021 roku gospodarka odrobiła znaczną część strat, czego skutkiem było obniżenie bezrobocia do poziomu jedynie nieco wyższego niż w najlepszym 2019 roku (wykres 1).

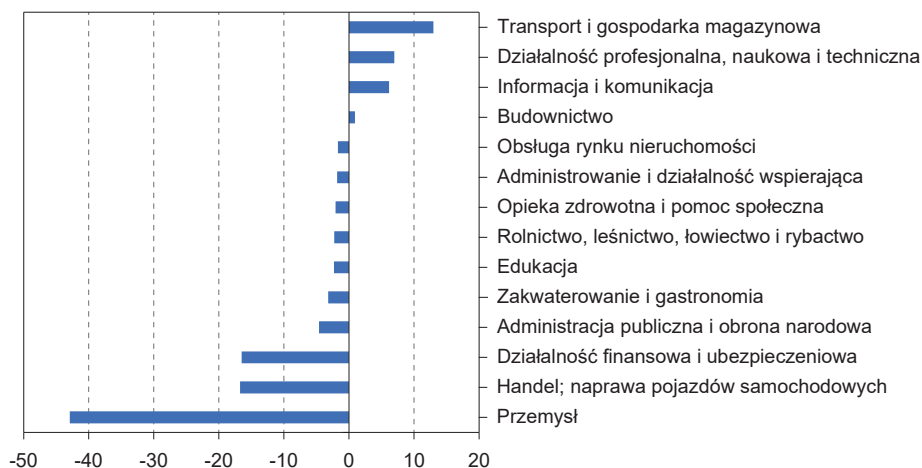


Wykres 1. Stopa bezrobocia rejestrowanego w Polsce (stan na koniec roku w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

W 2020 roku w Polsce nastąpił spadek zatrudnienia w gospodarce, jednakże w mniejszej skali, niż oczekiwano tego w okresie pierwszego i drugiego lockdownu. W ujęciu bezwzględnym największy spadek dotyczył sekcji PKD o dużym zatrudnieniu, w tym przede wszystkim przemysłu i handlu (wykres 2). Były jednak też sekcje PKD notujące wzrost liczby pracujących, jednoznacznie związane ze zmianami stylu życia w okresie pandemii:

- informacja i komunikacja;
- działalność naukowa, profesjonalna i techniczna;
- opieka zdrowotna (ale stratę poniosły prywatne gabinety);
- niektóre segmenty handlu (spożywczy, drogą elektroniczną) i transportu (usługi kurierskie).



Wykres 2. Zmiany liczby zatrudnionych w Polsce w 2020 roku według sekcji PKD (bez mikroprzedsiębiorstw oraz rolnictwa indywidualnego) w tysiącach

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

W ujęciu względnym największy wzrost liczby pracujących wystąpił w sekcjach: informacja i komunikacja (o 2,4%), działalność profesjonalna, naukowa i techniczna (2,1%), transport i gospodarka magazynowa (1,8%), budownictwo (0,2%). Największa redukcja zatrudnienia wystąpiła w sekcjach: działalność finansowa i ubezpieczeniowa (o 6,0% — pandemia nieco przyspieszyła trwający proces przechodzenia na e-bankowość), rolnictwie, leśnictwie, łowiectwie i rybactwie (o 2,7% przy generalnie niewielkim zatrudnieniu), zakwaterowaniu i gastronomii (2,0%), handlu i naprawach (1,2%). W grupie mikroprzedsiębiorstw w tych dwóch ostatnich sekcjach wystąpiły znacznie większe redukcje zatrudnienia.

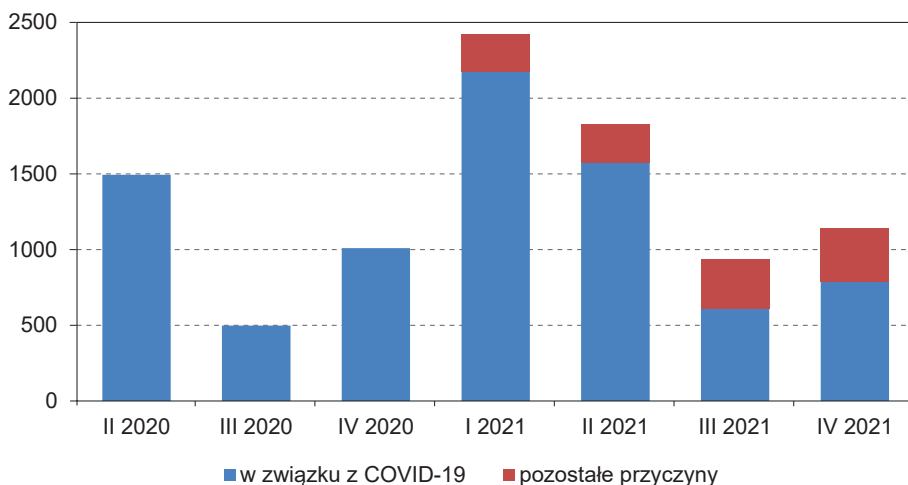
Pandemia przyspieszyła, a niekiedy kreowała przekształcenia zachodzące na rynku pracy:

— istotne redukcje zatrudnienia w niektórych dziedzinach zostały złagodzone wzrostem zatrudnienia w branżach i zawodach związanych między innymi z pracą zdalną, jak handel elektroniczny, usługi kurierskie, informacja i komunikacja, usługi specjalistyczne, w tym marketing, działalność związana z zatrudnieniem, działalność ochroniarska, utrzymanie porządku, a kilka różnych czynników zdecydowało o wzroście zatrudnienia w budownictwie;

— metoda reprezentacyjna BAEL ukazywała w 2020 roku odmienne tendencje niż dane sprawozdawcze przedsiębiorstw i urzędów pracy oraz ZUS — liczba bezrobotnych zarejestrowanych wzrosła w 2020 roku o 179 tys. (grudzień do grudnia), podobnie zmalała liczba ubezpieczonych z tytułu pracy (o 176 tys.), liczba pracujących z wyłączeniem mikroprzedsiębiorstw zmalała o 68 tys., natomiast w ujęciu BAEL liczba bezrobotnych wzrosła o 38 tys. (4,7 razy mniej), a liczba pracujących nie spadła, lecz wzrosła o 47 tys.; uzasadniona jest interpre-

tacja, iż znaczna część osób, z którymi rozwiązano stosunek pracy podjęła własną działalność gospodarczą lub skutecznie szukała pracy w formie umów cywilnoprawnych oraz w szarej strefie (Domagała-Szymonek, 2021); dane BAEL są podstawą porównań międzynarodowych i w efekcie Polska była jedyną dużą unijną gospodarką, która zanotowała w 2020 roku minimalny wzrost liczby pracujących;

— badania BAEL począwszy od drugiego kwartału 2020 roku zostały uzupełnione o pomiar pracy w domu, w tym pracy zdalnej z powodu COVID-19; a od pierwszego kwartału 2021 roku również o dane dotyczące pracy zdalnej z innych przyczyn; za trwały efekt pandemii można uznać upowszechnienie tej formy pracy, gdyż powody inne niż pandemia wykazywało w pierwszym kwartale 2021 roku 250 tys. osób, a w czwartym kwartale już 351 tys.; pomimo stosowania zmniejszonych obostrzeń prawnych związanych z pandemią w drugiej połowie 2021 roku, przyczynę tę wykazywała zbliżona liczba osób, jak rok wcześniej; praca zdalna była stosowana w najszerszym zakresie w pierwszym kwartale 2021 roku, gdy ogólna liczba pracujących w ten sposób wynosiła 2422 tys., co stanowiło 14,7% wszystkich pracujących (z uwzględnieniem w całej populacji między innymi osób pracujących w indywidualnych gospodarstwach rolnych, a także osób wykonujących pracę nierejestrowaną); zmiany w tym zakresie przedstawia wykres 3.



Wykres 3. Liczba pracujących w Polsce w domu w formie zdalnej według kwartałów (w tys.)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Pandemia była w 2020 roku głównym czynnikiem zmian o charakterze makroekonomicznym:

— wzrostu zadłużenia skarbu państwa o 12,8%, czyli 124,1 mld zł (z 973,4 mld zł do 1097,5 mld zł)³ (*Zadłużenie Skarbu Państwa*, b. d.); wyniosło ono 57,5%

³ <https://dane.gov.pl/pl/dataset/164,zaduzenie-skarbu-panstwa> (dostęp: 11.06.2021).

PKB (według ESA 2010), czyli zbliżyło się do konstytucyjnego progu 60% PKB; w informacji kwartalnej Ministerstwa Finansów wzrosła zwłaszcza pozycja „pozostałe” do poziomu 173,5 mld zł, podczas gdy w latach 2011–2019 kształtowała się ona w przedziale 55,0–67,0 mld zł; w efekcie deficyt sektora instytucji rządowych i samorządowych wzrósł z 15,8 mld zł do 161,5 mld zł (według ESA 2010), czyli z 0,7% PKB do 7,0% PKB⁴;

— rosnący dług publiczny oraz utrzymywanie niskich stóp procentowych przez NBP wzmogły presję inflacyjną, a zharmonizowany wskaźnik cen konsumpcyjnych osiągnął 3,7% rok do roku — najwyższy poziom od 2012 roku, w 2021 roku inflacja zwiększyła się do 5,2% (wyższy poziom zharmonizowanych wskaźników cen konsumpcyjnych występował w Polsce do 2001 roku); jeszcze bardziej inflacja przyspieszyła w 2022 roku, co głównie było wywołane zmianami w otoczeniu politycznym Polski, ale w pewnym stopniu było nadal konsekwencją pandemii; w latach 2020 i 2021 oraz na początku 2022 roku Polska miała najwyższą inflację wśród krajów UE27;

— spadku PKB o 2,0% (dane skorygowane, wcześniejsze dane wskazywały spadek o 2,7%, 2,5% i 2,2%); PKB zmniejszył się (w cenach stałych) we wszystkich 16 polskich województwach.

W warunkach recesji gospodarczej istniały sekcje PKD, w których nastąpił wzrost wartości dodanej brutto (WDB). WDB stanowiła 88,4% PKB i spadła w 2020 roku także o 2,0%, a rok później wzrosła o 6,6% przy wzroście PKB o 6,8% (w efekcie udział WDB w PKB liczony w cenach stałych 2015 roku zmalał w 2021 roku do 87,0%). Pandemia COVID-19 przyniosła korzyści dla kilku sekcji PKD (GUS, 2022, 67–69):

— informacja i komunikacja — znacznie wzrosło zapotrzebowanie na usługi informatyczne (wzrost WDB o 7,7%) w warunkach izolacji społecznej (na przykład internet domowy, e-handel, e-administracja) oraz upowszechnienia pracy zdalnej; rok później spadło zapotrzebowanie ze względu na wykonanie wielu zadań w 2020 roku;

— obsługa rynku nieruchomości — wzrost WDB o 4,9% był w dużym stopniu skutkiem — z jednej strony — zwiększonego zainteresowania poprawą warunków mieszkaniowych z powodu przebywania w domu przez większość czasu, a z drugiej strony — chęcią zainwestowania oszczędności w niepewnych warunkach gospodarowania;

— administracja publiczna, edukacja i opieka zdrowotna — w trzech sekcjach PKD ujmowanych łącznie WDB wzrosła o 3,7%, co wynikało ze zwiększonych wydatków administracji publicznej w celu łagodzenia nadzwyczajnej sytuacji; z wyzwania dla systemu edukacyjnego (między innymi zakupu komputerów

⁴ Tabela 4 i 24: https://dane.gov.pl/pl/dataset/1002/resource/30622,aneks-statystyczny-iv-kw-2020-r/table?page=1&per_page=20&q=&sort (dostęp: 11.06.2021).

dla gorzej sytuowanych uczniów) i przede wszystkim ze znacznie zwiększonych nakładów na ochronę zdrowia.

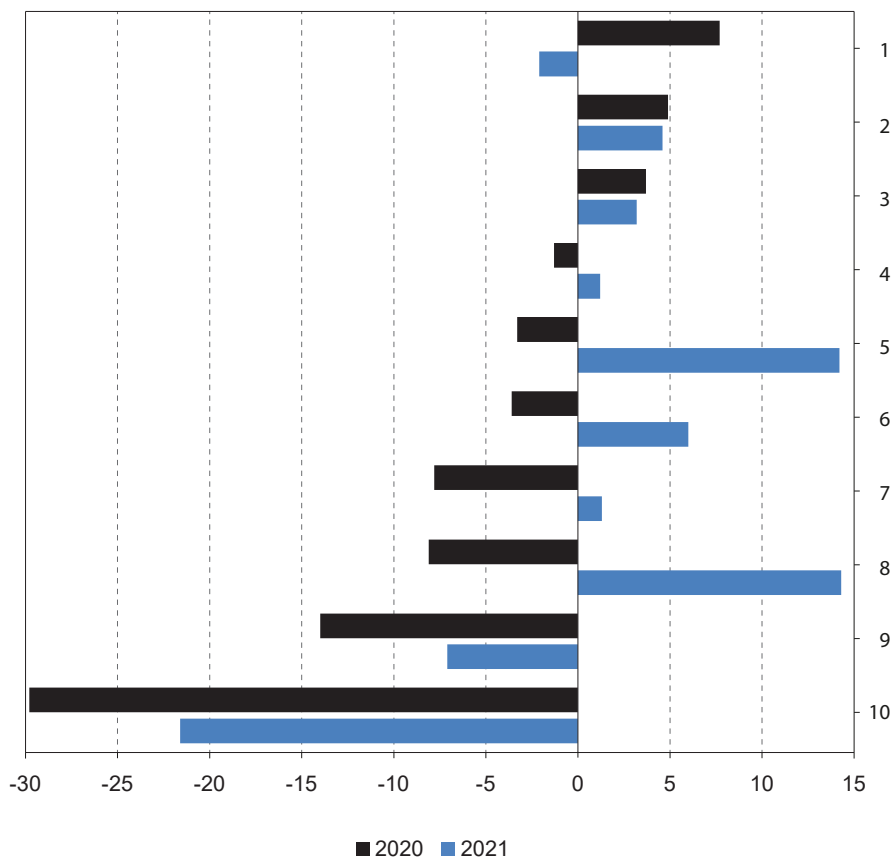
Dominowała jednak tendencja spadkowa:

— w zakwaterowaniu i gastronomii nastąpił rekordowy spadek WDB o 29,8% — miał on charakter bezprecedensowy dla pojedynczej sekcji PKD (lub działu KGN) w powojennej historii kraju; rok później obostrzenia w turystyce i gastronomii nadal obowiązywały, zwłaszcza na początku roku (nie było ich na początku 2020 roku, zabrakło też turystów zagranicznych), co spowodowało kolejny spadek WDB o 21,6%; w stosunku do najlepszego dla branży 2018 roku trzy lata później wartość dodana była mniejsza o 45,0%;

— działalność finansowa i ubezpieczeniowa również w dwóch kolejnych latach odnotowała duży spadek wartości dodanej (o 14,0% i 7,1%) z powodu zmniejszonej skali transakcji i wzrostu konkurencji na rynku finansowym oraz rosnących kosztów e-bankowości;

— w warunkach dwóch lockdownów zmniejszyły się dostawy do sklepów oraz do przedsiębiorstw przemysłowych i budowlanych; rok później sekcja transport i gospodarka magazynowa zanotowała ekonomiczne odbicie i osiągnęła najwyższą dynamikę — WDB wzrosła o 14,3% (podobny wzrost zanotował przemysł — o 14,2%), dotyczy to także przewozów międzynarodowych (Polska jest najważniejszym spedytorem w Unii Europejskiej w międzynarodowym transporcie drogowym); rezultaty zwiększonego popytu na pracowników w tej sekcji są odzwierciedlane bardzo dużym wzrostem wynagrodzeń w tej branży w latach 2021–2022;

— spadek WDB nastąpił także w pozostałych sekcjach PKD: w budownictwie (o 7,8%), handlu (o 3,6%), przemyśle (cztery sekcje PKD — o 3,3%), w działalności profesjonalnej naukowej i technicznej oraz w administrowaniu i działalności wspierającej (dwie sekcje ujmowane łącznie — o 1,3%). Ilustruje to wykres 4.



1. Informacja i komunikacja
2. Obsługa rynku nieruchomości
3. Administracja publiczna i obrona narodowa; obowiązkowe zabezpieczenia społeczne; edukacja; opieka zdrowotna i pomoc społeczna
4. Działalność profesjonalna, naukowa i techniczna; administrowanie i działalność wspierająca
5. Przemysł
6. Handel; naprawa pojazdów samochodowych
7. Budownictwo
8. Transport i gospodarka magazynowa
9. Działalność finansowa i ubezpieczeniowa
10. Zakwaterowanie i gastronomia

Wykres 4. Zmiany wartości dodanej brutto w Polsce w sekcjach PKD (rok do roku, w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Sytuacja w Polsce na tle krajów Unii Europejskiej

Wyniki gospodarcze w 2019 roku niemal w całej UE27 były bardzo dobre, natomiast w 2020 roku nastąpiło ich zdecydowane pogorszenie — w skali większej niż w okresie światowego kryzysu finansowego. Największe problemy ekonomiczne wystąpiły w krajach śródziemnomorskich, które od lat cechują się dużym długiem publicznym i niskim tempem rozwoju. Nie licząc niewielkiej Malty (deficyt na poziomie 8,2% PKB), największy deficyt finansów publicznych był w Hiszpanii i w Rumunii (po 8,0%), we Francji (7,6%) i w Grecji (7,2%). Polski deficyt wyniósł 5,6% PKB i był zbliżony do średniej unijnej (5,3%). W 2019 roku w 17 krajach Unii wystąpiła nadwyżka, a w 2020 roku — tylko w Danii.

Podobnie jak w latach poprzednich, Polska należała do grupy liderów wzrostu gospodarczego (tabela 1).

Tabela 1. Polska na tle krajów UE o najlepszych i najgorszych danych makroekonomicznych w 2020 r.

Kraje		2019	2020	2020–2019 różnica w punktach procentowych	2021 dane wstępne
dynamika PKB w % (rok do roku)					
UE 27		1,8	-5,9	-7,7	5,4
	Polska	4,7	-2,2	-6,9	5,9
4 pierwsze	Irlandia	4,9	5,9	1,0	13,5
	Litwa	4,6	-0,1	-4,7	5,0
	Luksemburg	3,3	-1,8	-5,1	6,9
	Dania	2,1	-2,1	-4,2	4,7
4 ostatnie	Portugalia	2,7	-8,4	-11,1	4,9
	Włochy	0,5	-9,0	-9,5	6,6
	Grecja	1,8	-9,0	-10,8	8,3
	Hiszpania	2,1	-10,8	-12,9	5,1
dług finansów publicznych w % PKB					
UE 27		79,1	91,7	12,6	89,7
	Polska	45,6	57,1	11,5	53,8
4 pierwsze	Estonia	8,6	19,0	10,4	18,1
	Bułgaria	20,0	24,7	4,7	25,1
	Luksemburg	22,3	24,8	2,5	24,4
	Czechy	30,1	37,7	7,6	41,9

4 ostatnie	Hiszpania	98,3	120,0	21,7	118,4
	Portugalia	116,6	135,2	18,6	127,4
	Włochy	134,1	155,3	21,2	150,8
	Grecja	180,7	206,3	25,6	103,3
dynamika zatrudnienia w % (rok do roku)					
UE 27		1,1	-1,4	-2,5	0,7
4 pierwsze	Malta	5,7	2,8	-2,9	1,6
	Luksemburg	3,5	1,9	-1,6	3,1
	Polska	0,0	0,1	0,1	1,5
	Belgia	1,6	0,0	-1,6	1,8
4 ostatnie	Łotwa	-0,1	-2,3	-2,2	-2,6
	Bułgaria	0,3	-2,3	-2,6	0,2
	Estonia	1,3	-2,7	-4,0	0,1
	Hiszpania	2,8	-4,1	-6,9	2,4
stopa bezrobocia w % (średnia w roku)					
UE 27		6,8	7,2	0,4	7,0
4 pierwsze	Czechy	2,0	2,6	0,6	2,8
	Polska	3,3	3,2	-0,1	3,4
	Niemcy	3,0	3,7	0,7	3,6
	Węgry	3,3	4,1	0,8	4,1
4 ostatnie	Litwa	6,3	8,5	2,2	7,1
	Włochy	9,9	9,3	-0,6	9,5
	Hiszpania	14,1	15,5	1,4	14,8
	Grecja	17,9	17,6	-0,3	14,7

Źródło: opracowanie własne na podstawie (European Commission, 2022). Pokazano cztery kraje znajdujące się na szczycie rankingu (pierwsze) oraz cztery zamykające ranking UE27 (ostatnie).

Uszeregowanie państw dotyczy 2020 roku, aby uwypuklić skutki pandemii. W 26 krajach produkt zmalał (bardzo wysokie wskaźniki w Irlandii, a częściowo też w Luksemburgu są zdeterminowane wynikami sektora finansowego i dlatego dane tych państw należy interpretować ostrożnie). Rok później sytuacja poprawiła się i we wszystkich 27 państwach unijnych zanotowano dodatni wzrost gospodarczy. Mimo niekiedy bardzo wysokiej dynamiki aż w dziesięciu państwach był on mniejszy niż regres z roku poprzedniego. Polska osiągnęła w 2020 roku piąty poziom wzrostu gospodarczego w UE.

Najgorsza sytuacja wystąpiła we wszystkich państwach śródziemnomorskich (poza wymienionymi w tabelicy chodzi także o Malte, Chorwację i Francję). Dotyczyło to również zatrudnienia. Po dobrym 2019 roku pogłębiły się problemy hiszpańskiego rynku pracy, bardzo poważne od początku wieku; na kryzys wywołany pandemią silnie zareagowały również liberalne gospodarki małych krajów nadbałtyckich — Łotwa, Litwy i Estonii.

Polska była jedynym dużym krajem Unii Europejskiej, w którym dane o zatrudnieniu według BAEL w pandemicznym 2020 roku nieznacznie poprawiły się w stosunku do 2019 roku, a wyższy wzrost liczby pracujących notowały jedynie dwa państwa mające mniej mieszkańców niż Wrocław — Luksemburg i Malta. W Polsce bezrobocie zmalało. Zarówno w 2020 roku, jak i w 2021 roku pod względem stopy bezrobocia według BAEL Polska zajmowała drugie miejsce w Unii Europejskiej (za Czechami). Warto przypomnieć, że od początku XXI wieku do 2007 roku Polska miała największe bezrobocie.

Pomimo dużego spadku PKB w krajach śródziemnomorskich stopa bezrobocia bardziej niż w Polsce zmalała we Włoszech (o 0,6 punktu procentowego), Francji (o 0,4 punktu procentowego) i w Grecji (o 0,3 punktu procentowego). Zostało to jednak okupione bardzo wysokimi kosztami pakietów pomocowych i dodatkowym zadłużeniem się jednych z najbardziej zadłużonych gospodarek świata. Według danych z marca 2021 roku wartość włoskiego pakietu pomocowego wynosiła 37% krajowego PKB, podczas gdy w większości krajów Unii Europejskiej było to kilkanaście procent (w Polsce 15%). Stąd dług tego kraju wzrósł w relacji do PKB o 21,2 punktu procentowego. Jeszcze bardziej wzrósł dług Grecji (o 25,6 punktu procentowego), Cypru (o 23,9 punktu procentowego) i Hiszpanii (o 21,7 punktu procentowego). W krajach pozaunijnych skala wydatków była znacznie mniejsza, w tym w największych gospodarkach latynoamerykańskich bliska zeru (Pięta, 2021).

Wnioski

Pandemia wpłynęła na niemal wszystkie sfery życia społecznego i ekonomicznego, przyczyniła się także do zmian w popycie, cenach, konsumpcji, inwestycjach, handlu zagranicznym, finansach samorządowych, kondycji finansowej przedsiębiorstw, wysokości emerytur, zmian strukturalnych w gospodarce, w przekrojach regionalnych itp. Ze względu na ograniczone ramy opracowania dokonany w nim przegląd głównych konsekwencji gospodarczych pandemii COVID-19 oraz ochronnych działań władz publicznych ma charakter skrótowy. Z pewnością trwająca pandemia nie tylko była najważniejszą determinantą ekonomiczną minionej dekady (choć dotyczyła tylko ostatniego jej roku), lecz także będzie nadal oddziaływać na polską, unijną i światową gospodarkę w rozpoczętej dekadzie. Rządowy program, zwany tarczą antykryzysową, pozwolił na ochronę miejsc pracy oraz utrzymanie minimalnej płynności finansowej w firmach, które spełniały podstawowe warunki uzyskania wsparcia finansowego. Program nie był w stanie ochronić całej gospodarki przed skutkami pandemii, ale negatywne skutki ekonomiczne mierzone spadkiem PKB były w Polsce mniejsze niż w innych krajach UE. Obserwacje wynikające z zachowania poszczególnych branż gospodarki w warunkach pandemii mogą być wykorzystane do modelowania rządowych działań

ochronnych i wspierających na przyszłość. Skutki pandemii okazały się drastyczne dla niektórych branż, ale korzystne dla innych.

Należy oczekiwać wkrótce pojawienia się obszernych publikacji analitycznych i monografii, a niniejsze opracowanie należy traktować jako próbę syntetycznego ujęcia zagadnienia. Nie jest to zadanie łatwe, gdyż GUS zareagował stosunkowo szybko powstaniem nowych (lecz ograniczonych) przekrojów danych dostosowanych do nowych potrzeb informacyjnych, ale sprawozdawczość urzędowa (rządowa) miała nadal charakter rozproszony, co między innymi utrudniało uzyskanie pełnego obrazu tarczy antykryzysowej.

Literatura

- Domagała-Szymonek, K. (2021). Zagadkowe zjawisko na rynku pracy. Dane sobie przeczą? Oto możliwe wyjaśnienie. Dostęp: 11.05.2021, <https://www.pulshr.pl/wiadomosci/81389.html>.
- Donthu, N., Gustafsson, A. (2020). Effects of COVID-19 on business and research. *Journal on Business Research*, 117, 284–289. DOI: 10.1016/j.jbusres.2020.06.008.
- European Commission. (2022). *European economic forecast — spring 2022. Statistical annex*. Brussels: European Commission.
- GUS. (2020–2022). *Aktywność ekonomiczna ludności Polski. II kwartał 2020 r. — IV kwartał 2021 r.* Warszawa: GUS.
- GUS. (2022). *Rachunki kwartalne produktu krajowego brutto w latach 2017–2021*. Warszawa: GUS.
- Komisja Europejska. (2020a). Fundusze UE pomagają przedsiębiorcom przetrwać pandemię koronawirusa. *Panorama. Wszystko o Europejskiej Polityce Regionalnej i Miejskiej*, 73.
- Komisja Europejska. (2020b). Polityka spójności w obliczu pandemii COVID-19. *Panorama. Wszystko o Europejskiej Polityce Regionalnej i Miejskiej*, 73.
- Moreno-Luna, L., Robina-Ramírez, R., Sánchez-Oro Sánchez, M., Castro-Serrano, J. (2021). Tourism and sustainability in times of COVID-19: The case of Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (4). DOI: 10.3390/ijerph18041859
- Nayak, J., Mishra, M., Naik, B., Swapnarekha, H., Cengiz, K., Shanmuganathan, V. (2021). *An impact study of COVID-19 on six different industries: Automobile, energy and power, agriculture, education, travel and tourism and consumer electronics*. Wiley Public Health Emergency Collection. PMC8014102. Dostęp: 31.05.2021 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/exsy.12677>
- OECD. (2020a). One year of SME and entrepreneurship policy responses to COVID-19: Lessons learned to „build back better”. Dostęp: 29.05.2021, <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/one-year-of-sme-and-entrepreneurship-policy-responses-to-COVID-19-lessons-learned-to-build-back-better-9a230220/#component-d1e2388>.
- OECD. (2020b). Rebuilding tourism for the future: COVID-19 policy responses and recovery. Dostęp: 29.05.2021, <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/rebuilding-tourism-for-the-future-COVID-19-policy-responses-and-recovery-bced9859/>
- OECD. (2021). Supporting jobs and companies: A bridge to the recovery phase. Dostęp: 29.05.2021, <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/supporting-jobs-and-companies-a-bridge-to-the-recovery-phase-08962553/>.
- Piasta, W. (2021). *Z tarczą, czy na tarczy? Jak polska Tarcza Antykryzysowa wypada na tle innych państw?* Dostęp: 12.06.2021, <https://finanse.rankomat.pl/poradniki/polska-tarcza-antykryzysowa>.

- Polski Fundusz Rozwoju. (2021). *Polski Fundusz Rozwoju pomógł już 42 tys. firm w kraju. Wnio-
ski można składać do końca lutego (2021)*. Dostęp: 31.05.2021; <https://businessinsider.com.pl/firmy/tarcza-finansowa-polskiego-funduszu-rozwoju-ile-firm-otrzymalo-wsparcie/zg9dlt5>
- Wojtyna, A. (2020). Jak rozumieć naturę obecnego kryzysu. *Rzeczpospolita*. Dostęp: 19.01.2023, <https://www.rp.pl/Opinie/200429205-Andrzej-Wojtyna-Jak-rozumiec-nature-obecnego-kryzysu.html>.

Akty prawne

Ustawa z dnia 2 marca 2020 roku o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. z 2020 r., poz. 374).

Źródła internetowe

- www1. <https://dane.gov.pl/pl/dataset/164,zaduzenie-skarbu-panstwa>. Dostęp: 11.06.2021.
- www2. https://dane.gov.pl/pl/dataset/1002/resource/30622,aneks-statystyczny-iv-kw-2020-r/table?page=1&per_page=20&q=&sort. Dostęp: 11.06.2021.
- www3. <https://www.gov.pl/web/rozwoj-technologie/pfr-podsumowal-program-tarcz-finansowych-pfr---skuteczna-ochrona-bezpieczenstwa-ekonomicznego-pracownikow-i-przedsiębiorstw-podczas-pandemii>. Dostęp: 27.06.2022.

Magdalena Mika

ORCID: 0000-0003-2124-4840

Uniwersytet Wrocławski

323637@uwr.edu.pl

Postawy Polaków wobec szczepień przeciwko COVID-19

Artykuł nadesłany: 11.06.2022; artykuł zaakceptowany: 11.10.2022

Kody klasyfikacji JEL: I10, I12

Słowa kluczowe: szczepienia, koronawirus, pandemia, postawy Polaków

Abstrakt

Pandemia COVID-19 wpłynęła na życie społeczne i gospodarcze, zaburzając normalny rytm funkcjonowania niemal każdego człowieka. Nadzieją na powrót do normalności było wynalezienie szczepionki i jej działania prewencyjne. Niniejsza praca ma na celu zidentyfikowanie, w jaki sposób przebieg pandemii koronawirusa wpłynął na postrzeganie wakcynacji w społeczeństwie.

Niniejsza praca została napisana na podstawie wykonanych badań wtórnych, to jest analizy danych statystycznych dostępnych w bazach światowych (WHO, Our World In Data) oraz krajowych (CBOS, dane Ministerstwa Zdrowia), obejmujących okres 2019–kwiecień 2022. Ponadto przeprowadzono badania pierwotne, których celem była identyfikacja postaw Polaków wobec szczepień. Badania zostały zrealizowane na próbie 152 respondentów w maju 2022 roku. Zgromadzone wyniki pozwoliły na sformułowanie wniosków. Badania wykazały, że przed pandemią obowiązkowym szczepieniom poddawało się 92 % ankietowanych. Z kolei 76% przyjęło szczepienia przeciw wirusowi SARS-CoV-2. Oznacza to, że 16% było negatywnie nastawionych do szczepienia covidowego. Zaszczepiło się 60% Polaków, czyli o 8 punktów procentowych poniżej średniej europejskiej, a wśród już zaszczepionych ankietowanych tylko 42% planuje przyjąć trzecią dawkę. Ponadto ponad połowa (51%) uważa, że ich wiedza na temat szczepień nie jest wystarczająca.

Attitudes of Poles towards vaccination against COVID-19

Keywords: vaccinations, coronavirus, pandemic, Poles' attitudes

Abstract

The COVID-19 pandemic has affected social and economic life, disrupting the regular rhythm of functioning for almost everyone. The invention of a vaccine and its preventive effects were the main hope for a return to normalcy. This paper aims to investigate how the advance of the coronavirus pandemic influenced the perception of vaccines in society.

The present work was written on the basis of secondary research carried out, i.e., the analysis of statistical data available in global (WHO, Our World In Data) and national (CBOS, Ministry of Health data) databases, covering the period from 2019 to April 2022. In addition, primary research was carried out to identify Poles' attitudes towards vaccination. The research was conducted on a sample of 152 people in May 2022. The results allowed for the formulation of conclusions. Research has shown that 92% of respondents received compulsory vaccines before the pandemic. In contrast, 76% received vaccinations against the SARS-CoV-2 virus, which means that 16% had negative attitude towards covid vaccination. The overall vaccination of Poles is at 60%, which is 8 percentage points below the European average, and among the already vaccinated respondents only 42% plan to take the third dose. Moreover, more than half (51%) believe that their knowledge about vaccination is insufficient.

Wstęp

Rok 2020 będzie bez wątpienia kojarzył się z pandemią choroby COVID-19 oraz towarzyszącym jej obostrzeniom. O ile podjęte, zgodnie z zaleceniami WHO, przez różne państwa kroki mające przeciwdziałać szerzeniu się choroby opóźniły jej rozprzestrzenianie, o tyle były to jedynie działania doraźnie, niemogące funkcjonować przez dłuższy okres. Zaradzić mogła tylko szczepionka, której opracowanie było prawdziwym przełomem w walce z chorobą. Do tej pory duża część społeczeństwa była nastawiona nieufnie wobec szczepień. Celem niniejszego artykułu jest dokonanie identyfikacji postaw Polaków wobec szczepień na COVID-19. W pracy sformułowano hipotezę, że Polacy w porównaniu z mieszkańcami Europy mimo panującego zagrożenia nie wykazują zwiększonych chęci przyjmowania szczepienia. Na początku zaprezentowana zostanie historia rozprzestrzeniania się wirusa od jego pojawienia się w 2019 roku aż do momentu wynalezienia szczepionki. Następnie ukazane zostaną szczepionki dostępne na polskim rynku oraz przebieg pandemii w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem dostępnych w bazach światowych danych dotyczących zachorowań i zgonów. Pozwoli to ocenić efektywność kroków podejmowanych przez państwo polskie. Końcową część pracy stanowić będzie przedstawienie nastawienia obywateli wobec szczepień, ze szczególnym uwzględnieniem szczepień przeciwko SARS-CoV-2. Przedstawione zostaną wybory dotyczące przyjmowania poszczególnych dawek, a także powo-

dy, dla których respondenci zdecydowali się skorzystać z możliwości szczepienia bądź z niego zrezygnować. Dodatkowo zostanie poddana weryfikacji zasadność zarzutów stawianych szczepionkom. W artykule wykorzystano wyniki badania własnego przeprowadzonego przy wykorzystaniu kwestionariusza ankiety online wśród 152 Polaków w wieku powyżej 15 lat w maju 2022 roku, a także wyniki przeprowadzonych badań wtórnych opartych na danych krajowych dostępnych na stronie rządowej poświęconej pandemii i CBOS oraz danych międzynarodowych z baz Our World In Data i WHO.

1. Historia rozprzestrzeniania się COVID-19

Koronawirus SARS-CoV-2 po raz pierwszy został zaobserwowany w chińskim mieście Wuhan w listopadzie 2019 roku. Ze względu na wysoką zaraźliwość szybko rozprzestrzenił się po świecie. Do Polski dotarł wraz z „pacjentem zero” 4 marca 2020 roku. Mężczyzna wracał autokarem z Niemiec po zabiegu medycznym, tak więc jego organizm był osłabiony i bardziej podatny na zakażenie wirusem. Podróż odbywał wraz z 46 innymi osobami, spośród których trzy również zostały pozytywnie zdiagnozowane na obecność choroby (Dąbek, 2021). Dokładnie tydzień później Światowa Organizacja Zdrowia uznała COVID-19 za pandemię, ponieważ wirus był obecny w coraz większej liczbie krajów (w samej tylko Europie zaobserwowano już 20 tys. przypadków i 1 tys. zgonów). W oświadczeniu dr Hans Kluge, dyrektor regionalny WHO w Europie, stwierdził, że każde państwo musi podjąć odpowiednie środki w walce z chorobą, jednakże nie istnieje uniwersalne podejście mogące mieć zastosowanie w całej Europie, zaś każdy kraj powinien znaleźć równowagę między ochroną zdrowia, zapobieganiem problemom społecznym i gospodarczym a poszanowaniem praw człowieka (WHO, 2020).

W Polsce, podobnie jak w wielu krajach na świecie, podjęto szereg działań mających na celu zatrzymanie rozprzestrzeniania się koronawirusa. Między innymi nałożono obowiązek noszenia maseczek i dezynfekcji rąk w miejscach publicznych, restrykcje dotyczące liczby osób mogących wziąć udział w zgromadzeniach czy wprowadzono naukę i pracę w trybie zdalnym. Obostrzenia te stały się jednak powodem kłopotów gospodarczych, co w połączeniu ze stale zwiększającą się liczbą osób zakażonych wywoływało ogólny niepokój społeczeństwa. W obliczu tych problemów kluczowe stało się wynalezienie szczepionki na koronawirusa, która byłaby najlepszą formą prewencji przed rozwojem choroby. W związku z tym wiele ośrodków badawczych na całym świecie podjęło współpracę w celu opracowania szczepionki w możliwie jak najkrótszym czasie. Jej wynalezienie stało się możliwe dzięki opublikowaniu 11 stycznia 2020 roku sekwencji genetycznej wirusa. Z powodu (a jednocześnie dzięki) pandemii procedura dopuszczenia szczepionki do obrotu została znacznie przyspieszona. W artykule *Covid-19 — szczepionki i szczepienia* autorki nazywają tę procedurę przełomem w dziedzinie wakcyno-

logii i wskazują na różnicę w czasie jej opracowywania i rejestrowania. Pierwsza szczepionka została udostępniona w jedenaście miesięcy i dziesięć dni od opublikowania kodu genetycznego wirusa, zaś do tej pory postępowanie to trwało średnio dziesięć lat (Augustynowicz i Jackowska 2021, 16–26).

2. Dostępne w Polsce szczepienia przeciw COVID-19

W Polsce pierwsze szczepienia przeciw wirusowi SARS-Cov-2 zostały dopuszczone do użytku pod koniec grudnia 2020 roku. Na początku dostępne były cztery szczepionki: Comirnaty (Pfizer/BioNTech), Spikevax (Moderna), Vaxzevria (AstraZeneca) oraz COVID-19 Vaccine Janssen (Johnson&Johnson). W późniejszym czasie, pod koniec 2021 roku, do obiegu dopuszczono również Nuvaxovid. Tabela 1 przedstawia terminy wprowadzania do obiegu w Polsce kolejnych szczepionek.

Tabela 1. Szczepionki dostępne na polskim rynku

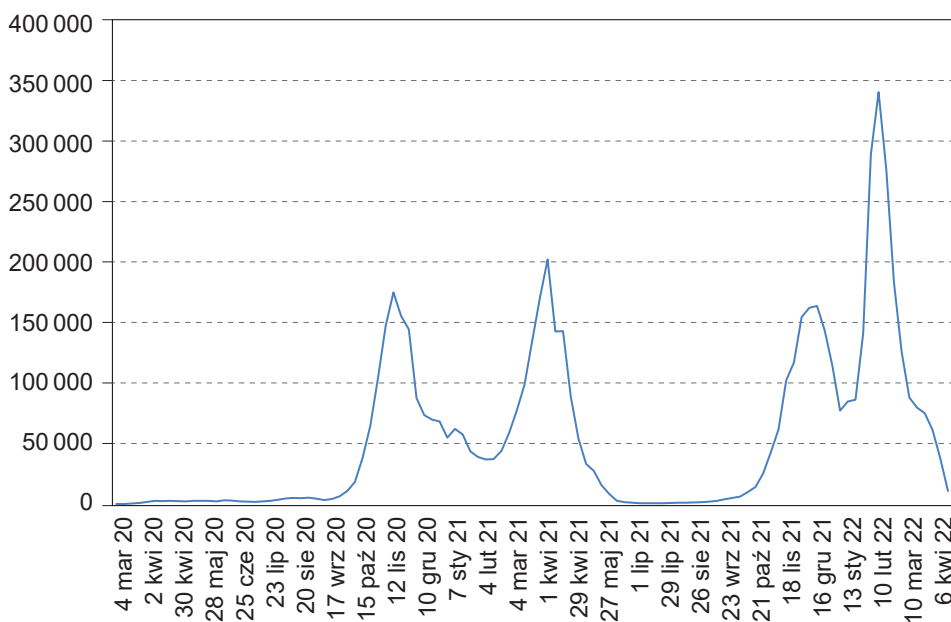
Nazwa	Producent	Data wydania decyzji o dopuszczeniu do obiegu
Comirnaty	Pfizer/BioNTech	21 grudnia 2020
Spikevax (Covid-19 Vaccine Moderna)	Moderna Biotech Spain, S.L.	6 stycznia 2021
Vaxzevria (COVID-19 Vaccine AstraZeneca)	AstraZeneca AB	29 stycznia 2021
COVID-19 Vaccine Janssen	Janssen-Cilag International NV	11 marca 2021
Nuvaxovid	Novavax CZ a.s.	20 grudnia 2021

Źródło: opracowanie własne na podstawie <https://www.urpl.gov.pl/pl/printpdf/6043> (dostęp: 07.04.2022).

Szczepionki Pfizera i Moderny to szczepionki mRNA. Ich działanie polega na wprowadzeniu do organizmu kodu mRNA, utworzonego metodą transkrypcji *in vitro*, na podstawie którego dochodzi do syntezy nowego białka. Ono z kolei wprowadza odporność immunologiczną (Korczmar et al., 2021, 219–220). Warto podkreślić, że szczepionki te nie zawierają żadnej części wirusa, tak jak to się dzieje w przypadku tradycyjnych szczepionek, przez co nie mogą stać się źródłem zakażenia. Szczepionki AstraZeneki i Janssena to szczepionki wektorowe, przenoszące antygen do organizmu pacjenta przy użyciu innego wirusa (adenowirusa szympaniego w przypadku AstraZeneki i typu 26 dla Janssena) (Augustynowicz i Jackowska, 2021, 16–26).

3. Przebieg pandemii w Polsce

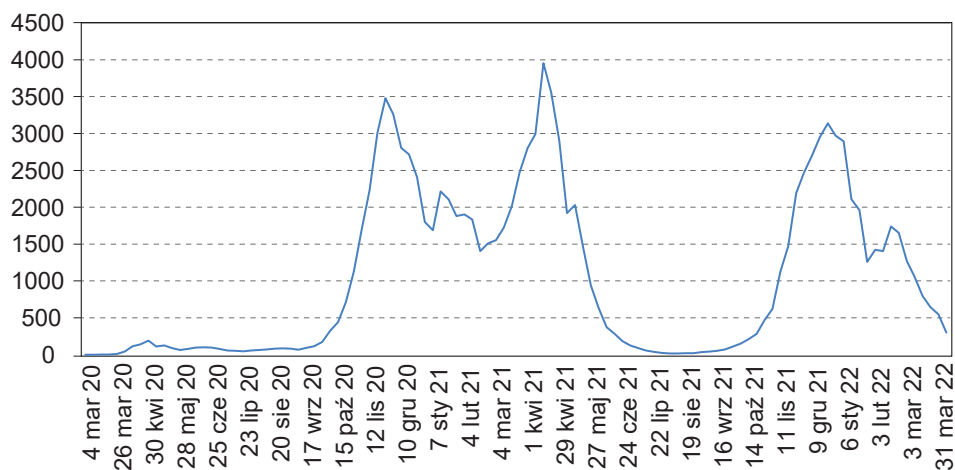
Według stanu na 7 kwietnia 2022 roku w Polsce na COVID-19 od początku pandemii zachorowało 5 975 040 osób, zaś zmarło 115 536, co stanowi około 2% wszystkich zarażonych¹. Warto jednak zaznaczyć, że znaczna część zgonów była spowodowana występowaniem chorób współistniejących. Dzienna liczba zachorowań nie wzrastała liniowo, lecz przychodziła falami, związanymi często z pojawieniem się nowej, szybko rozprzestrzeniającej się mutacji koronawirusa: alfa, beta, gamma, delta i omikron. Wykres 1 pokazuje liczbę nowych zachorowań tygodniowo w Polsce od 4 marca 2020 roku do 6 kwietnia 2022 roku, a wykres 2 pokazuje liczbę zgonów w tym samym przedziale czasowym.



Wykres 1. Liczba nowych zachorowań tygodniowo od 4 marca 2020 roku do 6 kwietnia 2022 roku

Źródło: Our World in Data, <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?facet=none&Metric=Confirmed+cases&Interval=Weekly&Relative+to+Population=false&Color+by+test+positivity=false&country=~POL> (dostęp: 07.04.2022).

¹ <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2> (dostęp: 07.04.2022).



Wykres 2. Liczba zgonów związanych z COVID-19 tygodniowo od 4 marca 2020 roku do 6 kwietnia 2022 roku

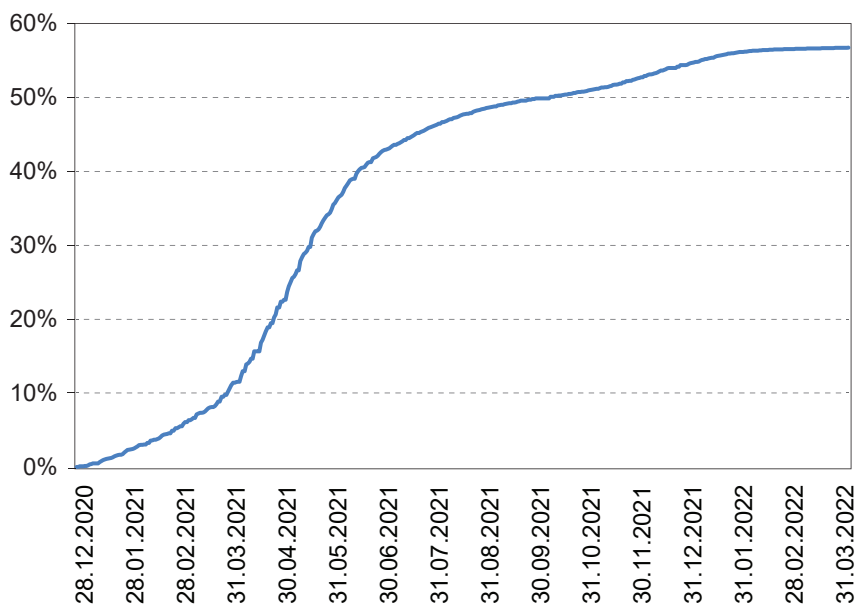
Źródło: Our World in Data, <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?facet=None&Interval=Weekly&Relative+to+Population=False&Color+by+test+positivity=False&country=~POL&Metric=Confirmed+deaths> (dostęp: 07.04.2022).

Początkowo COVID-19 rozwijał się w Polsce dość powoli, co może być związane z decyzją z 12 marca 2020 roku o zamknięciu wszystkich szkół i zawieszeniu aktywności instytucji kulturalnych, a 20 marca o zawieszeniu działalności gastronomicznej i hotelarskiej. Nie bez znaczenia pozostały również kolejne obostrzenia ograniczające przemieszczanie się poza domem do sytuacji niezbędnych, na przykład zakupów. Później jednak obostrzenia były znoszone, co doprowadziło do pierwszego z trzech znacznych wzrostów liczby zachorowań, przypadającego na koniec października i początek listopada 2020 roku (Stróżyk, 2021). Dopiero ponowne zamknięcie szkół 9 listopada 2020 roku rozpoczęło spadek liczby zakażeń. Przyniosło to widoczny na wykresie efekt w postaci pierwszego „dołka”, obrazującego liczbę zachorowań utrzymującą się na niższym poziomie aż do lutego 2021 roku. Rezultat widać również na wykresie zgonów, ukazującym spadek tygodniowej liczby zmarłych nawet poniżej 1500 osób.

27 grudnia 2020 roku odbyły się pierwsze szczepienia przeciwko SARS-Cov-2, jednak już wtedy naukowcy alarmowali, że w celu uzyskania odporności populacji² potrzeba, aby jak najwięcej osób zostało zaszczepionych.

² „Odporność zbiorowiskowa (populacyjna) — to stan, w którym na tyle duża część populacji uzyskuje odporność przeciwko danej chorobie, że szansa na zachorowanie tak osób zaszczepionych jak i nie zaszczepionych jest niewielka. Wraz ze wzrostem liczby zaszczepionych maleje szansa rozprzagalnienia się choroby na danym terenie. Próg wymagany populacji odpornej to

Ze względu na niską liczbę zakażeń 1 lutego 2021 roku zmniejszono restrykcje dotyczące galerii handlowych, a 12 lutego otwarto baseny, kina czy muzea (Naklicka, 2021). Na efekt nie trzeba było długo czekać i około dwóch tygodni później — pod koniec lutego — rozpoczął się kolejny wzrost zachorowań. Wtedy też program szczepień zaczął rozwijać się w pełni, co obrazuje wykres 3. Dzięki niemu liczba zachorowań znacznie spadła i aż do października 2021 roku utrzymywała się na niskim poziomie. Dopiero pojawienie się wariantów delta i omikron spowodowało następne fale pandemii, co przyczyniło się do wystąpienia 27 stycznia 2022 roku dziennego rekordu zachorowań (57 659 przypadków). Tutaj jednak skuteczność działania znów pokazały szczepionki. Przy 58,92% zaszczepionych Polaków, mimo że liczba zakażeń w tamtym okresie przekraczała o mniej więcej jedną trzecią sytuację z poprzedniej fali, liczba zgonów w szczytowym momencie była niższa o blisko jedną czwartą. Bez wątplenia dane te potwierdzają fakt, że szczepienia nie tylko redukują liczbę zakażeń, lecz także wpływają na znacznie łagodniejszy przebieg choroby.



Wykres 3. Procentowy udział Polaków, którzy przyjęli co najmniej jedną dawkę szczepionki przeciw COVID-19 na dzień 12 kwietnia 2022 roku

Źródło: Our World in Data, <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations> (dane na dzień 11.04.2022; dostęp: 12.04.2022).

zwykle 90–95%, jednak należy zaznaczyć, że jest on nieco różny w zależności od choroby” (Janowski i Trzonkowski, 2021, 451–457).

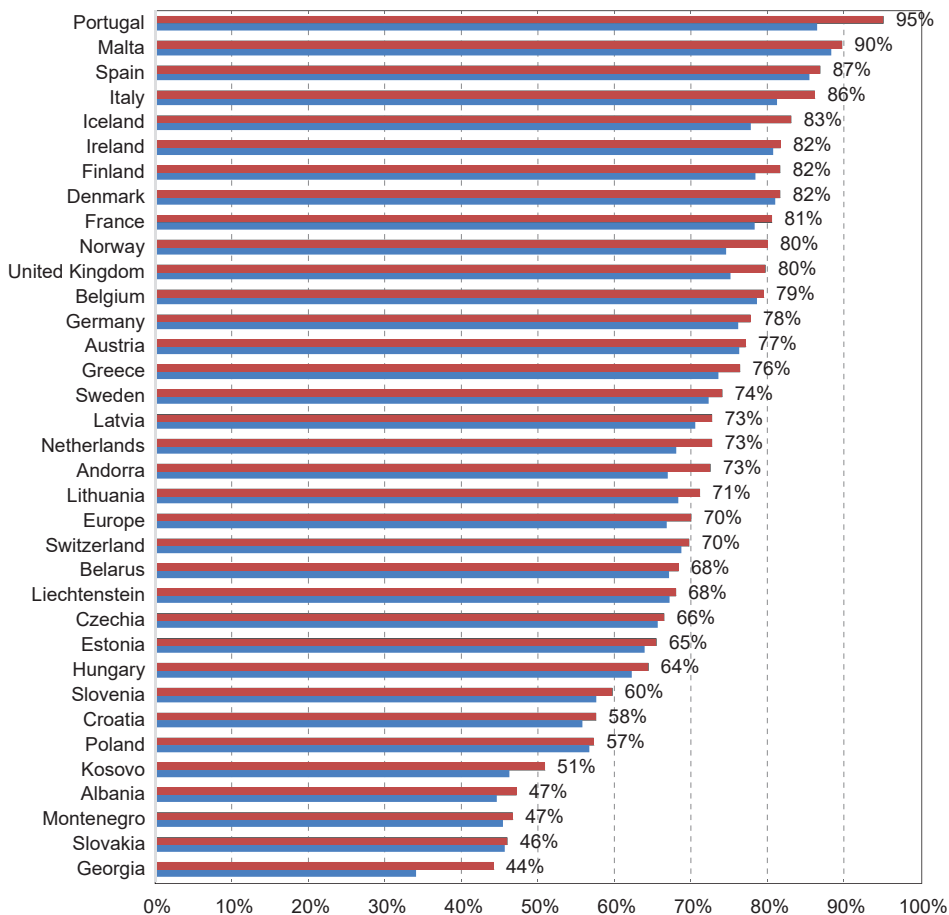
4. Poparcie dla szczepień wśród Polaków

Jak wynika z poprzedniej części pracy, szczepienia ograniczają ryzyko zachorowania i łagodzą przebieg chorób zakaźnych. W ostatnich latach jednakże coraz częstsze są przypadki uchylania się od obowiązkowych szczepień ochronnych, co skutkuje wzrostem liczby niezaszczepionych dzieci (GIS, 2021).

Rezygnację ze szczepienia można zapewne wytłumaczyć coraz szerszym rozprzestrzenianiem się idei antyszczepionkowych, obecnych w mediach społecznościowych, nieraz bazujących na informacjach niepotwierdzonych naukowo. Użytkownicy tych mediów często nie zadają sobie trudu, aby sprawdzić wiarygodność tego, co czytają, zaś wiadomości nieprawdziwe, negujące przydatność wakcynacji powodują ich odejście od programu szczepień (Szalotka, 2020).

Warto przyjrzeć się, czy tendencje rezygnacji ze szczepień obowiązkowych w Polsce mają swoje odbicie w szczepieniach przeciwko COVID-19. Należy tutaj podkreślić, że szczepionka jest obecnie jedyną formą zabezpieczenia przeciwko nawrotowi pandemii czy kolejnym problemom gospodarczym związanym z przymusowym lockdownem. Do tej pory, według badań przeprowadzanych przez CBOS, zwiększała się liczba osób zgadzających się ze stwierdzeniem, że szczepienia są najskuteczniejszą formą ochrony dzieci przed poważnymi chorobami (z 79% w 2013 roku do 93% w 2018 roku). Zwiększa się też odsetek osób negujących stwierdzenie, że szczepionki mogą być przyczyną zaburzeń rozwojowych u dzieci, na przykład autyzmu (z 41% w 2013 roku do 59% w 2018 roku). Wciąż jednak w 2018 roku z tym stwierdzeniem zgadza się 18% ankietowanych i aż 23% nie jest w stanie ocenić prawdziwości tego zdania (CBOS, 2019). Badania z 2020 roku pokazały, że 51% ankietowanych uważa, że należy się szczepić. Tym bardziej ważny jest fakt, że według oficjalnych danych GUS na 38 179 800 ludzi w Polsce, w pełni zaszczepionych przeciw COVID-19 jest 22 410 231 co stanowi 58,6%³. Jest to niewiele więcej niż ogólne poparcie wobec szczepień i na dzień 6 kwietnia 2022 roku stawia to Polskę na dwudziestym ósmym miejscu w Europie i plasuje zdecydowanie poniżej średniej europejskiej, co przedstawia wykres 4. Co więcej, jest to wciąż zbyt mało, by mówić o odporności populacyjnej. Na wykresie niebieskim kolorem zostali zaznaczeni ci, którzy są w pełni zaszczepieni (jedną dawką dla szczepionki Johnson&Johnson, dwiema — dla pozostałych szczepionek), zaś czerwonym — ci, którzy są częściowo zaszczepieni.

³ <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/raport-szczepien-przeciwko-covid-19> (dostęp: 21.04.2022).



Wykres 4. Procentowy udział osób zaszczepionych przeciwko COVID-19 w krajach Europy na dzień 6 kwietnia 2022 roku

Źródło: Our World in Data, <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations> (dane na dzień 06.04.2022; dostęp: 21.04.2022).

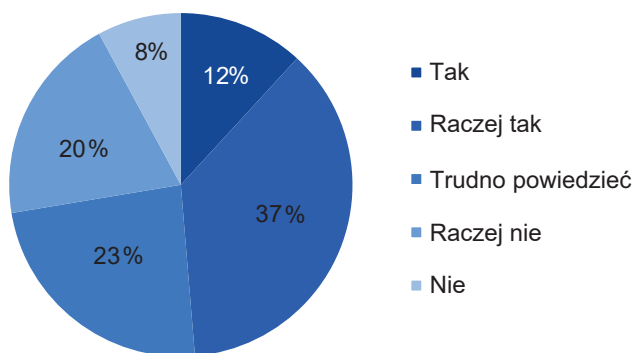
Wykres ten pokazuje też, że na tle Europy Polska nadal pozostaje jednym z krajów najbardziej nieufnych wobec szczepień.

5. Postawy wobec szczepień — wyniki badań ankietowych i wnioski z nich

W celu zbadania postaw Polaków wobec szczepień na COVID-19 przeprowadzono w maju 2022 roku badanie przy wykorzystaniu kwestionariusza ankietowego online na próbie 152 osób. W badaniu wzięły udział osoby z grupy wiekowej po-

wyżej 15 lat. Przeważały kobiety w wieku 19–30 lat (58% badanych), osoby studiujące (42% badanych) i pracujące (33% badanych).

Zdecydowana większość ankietowanych, aż 92%, deklaruje, że przyjęła szczepienia obowiązkowe. Co jednak bardzo ważne, jak wskazuje wykres 5, mimo tak dużego odsetka osób zaszczepionych mniej niż połowa respondentów uważa, że ma dostateczną wiedzę o szczepionkach dostępnych na polskim rynku.

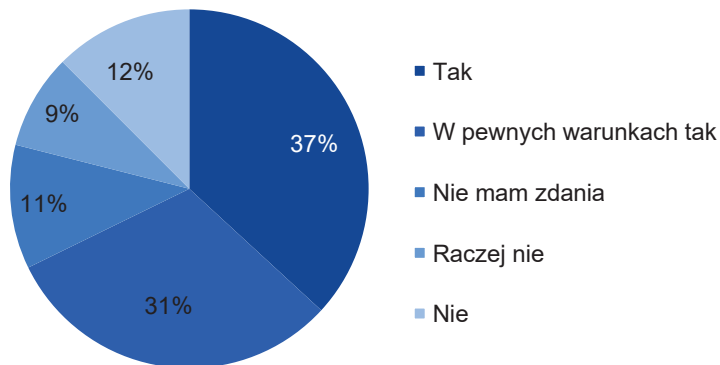


Wykres 5. Opinia respondentów na temat dostateczności poziomu swojej wiedzy na temat szczepień

Źródło: opracowanie własne.

Jeśli wziąć pod uwagę to, że Polacy oceniają swoją wiedzę na temat szczepień jako niewielką, być może jednym z niewielu pozytywnych aspektów pandemii będzie większa świadomość ludzi na temat szczepień. Według przeprowadzonego badania aż 54% ankietowanych stwierdziło, że pandemia COVID-19 zwiększyła ich zainteresowanie tematem szczepień. Należy mieć nadzieję, że w związku z tym ogólna wiedza społeczeństwa będzie na wystarczająco wysokim poziomie, aby ludzie mogli samemu zweryfikować prawdziwość przynajmniej niektórych informacji na temat szczepień, dostępnych w internecie czy zasłyszanych ze źródeł o wątpliwej wiarygodności.

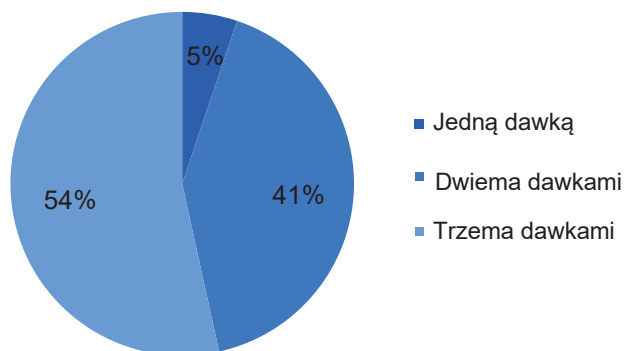
Jednym z bardziej spornych aspektów jest zagadnienie wprowadzenia obowiązku szczepień ochronnych. Z jednej strony takie rozwiązanie mogłoby zapewnić szybkie wykształcenie się odporności populacyjnej i całkowite wyeliminowanie zachorowań na szeroką skalę. Z drugiej strony zmuszenie obywateli do zaszczepienia się wbrew ich woli może być uznane za naruszenie ich wolności. Problem ten należałoby więc rozpatrzeć, biorąc pod uwagę wiele aspektów roznoszenia się chorób. Jak wskazują dane z wykresu 6, większość ankietowanych (68%) byłaby przychylna decyzji o wprowadzeniu obowiązku szczepień ochronnych bądź to całkowicie, bądź w pewnych warunkach. Nie można jednakże stwierdzić żadnej zależności pomiędzy poparciem dla obowiązku szczepień a wiekiem, wykształceniem czy formą aktywności zawodowej.



Wykres 6. Poparcie dla wprowadzenia obowiązku szczepień ochronnych

Źródło: opracowanie własne.

Badanie wykazało, że w przypadku decyzji o podjęciu szczepienia przeciw COVID-19 ponad połowa osób (54%), oprócz przyjęcia podstawowego schematu szczepienia dwiema dawkami, zdecydowała się na przyjęcie trzeciej dawki (przypominającej), co zostało ukazane na wykresie 7⁴. Natomiast nikt spośród badanych nie przyjął jeszcze więcej niż trzech dawek.



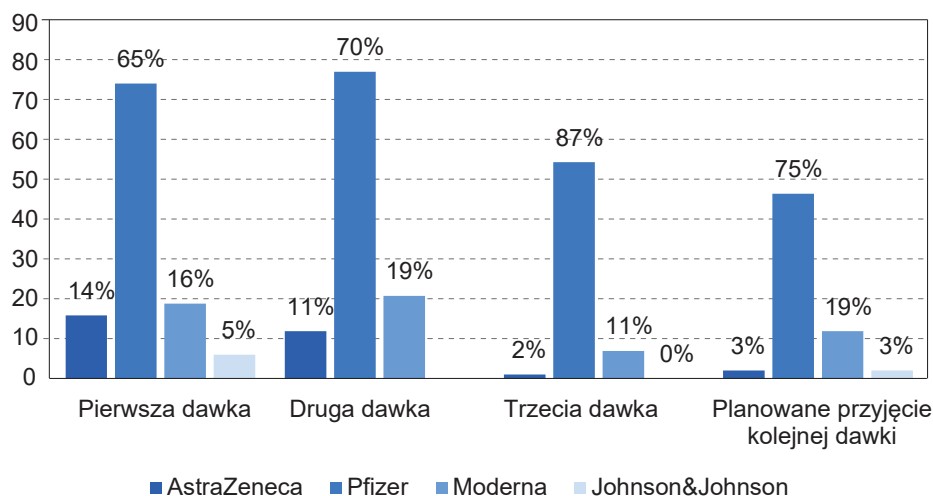
Wykres 7. Liczba dawek, którymi respondenci zostali zaszczepieni przeciw COVID-19

Źródło: opracowanie własne.

Warto też zwrócić uwagę, które szczepionki cieszą się większym powodzeniem, zwłaszcza że początkowo niektóre grupy zawodowe nie dostawały możliwości wyboru specyfiku, na przykład nauczyciele, którym podano szczepionkę AstraZeneki. W późniejszym czasie, przy pozostawieniu tej kwestii do wyboru, zdecydowano się najczęściej na szczepionkę Pfizera, co może być związane z po-

⁴ Ze względu na niewielką liczbę osób, które wybrały na początku jednodawkową szczepionkę Johnson&Johnson (6), można uznać trzecią dawkę za przypominającą.

czątkowym komunikatem ze strony rządu, że AstraZeneca powinna być podawana tylko osobom powyżej sześćdziesiątego roku życia⁵. Zostało to odebrane jako informacja o nieefektywnym działaniu szczepionki i próbie „oddania jej” jakiejś grupie — w tym wypadku nauczycielom (Nowakowska, 2021). Należy również zaznaczyć, że żaden z ankietowanych nie wskazał innej szczepionki niż wymienione cztery.



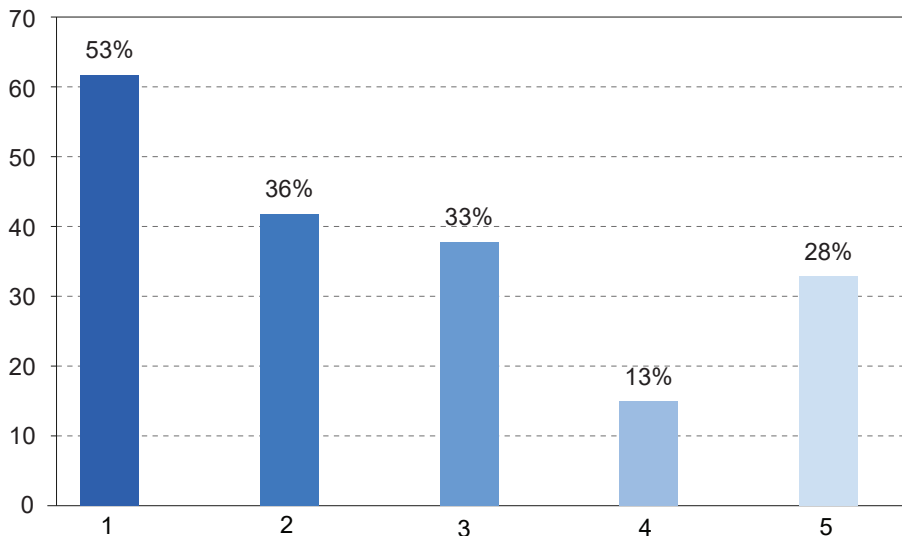
Wykres 8. Szczepionki przyjmowane przez ankietowanych

Źródło: opracowanie własne.

Jeśli wziąć pod uwagę plany związane z chęcią przyjęcia kolejnej dawki przypominającej, można dostrzec tendencję spadkową. Wśród osób, które poddały się szczepieniu trzykrotnie, dwie trzecie — 66% — planuje przyjąć kolejną dawkę, z kolei wśród tych, którzy przyjęli dwie dawki, ponowić szczepienie planuje tylko 42%.

Badanie miało również na celu sprawdzenie motywacji badanych do zaszczepienia się. Najczęściej podawaną przyczyną podjęcia działania prewencyjnego były obawy przed ciężkim przechodzeniem choroby koronawirusa, co wskazało 54%. Kolejnymi częstymi motywami był kontakt z osobami z grupy podwyższonego ryzyka oraz kontakt na co dzień z dużą liczbą osób. Motywacje do zaszczepienia przedstawia wykres 9.

⁵ <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/ruszaja-szczepienia-nauczycieli> (data powstania artykułu: 04.02.2021; dostęp: 13.05.2022).



1. Obawiam się ciężkiego przebiegu choroby COVID-19
2. Mam kontakt z osobami z grupy szczególnie narażonej (osoby starsze, cierpiące na choroby współistniejące)
3. Mam na co dzień kontakt z dużą liczbą osób (na przykład w pracy, na uczelni)
4. Moja grupa zawodowa została objęta szczepieniami
5. Inne

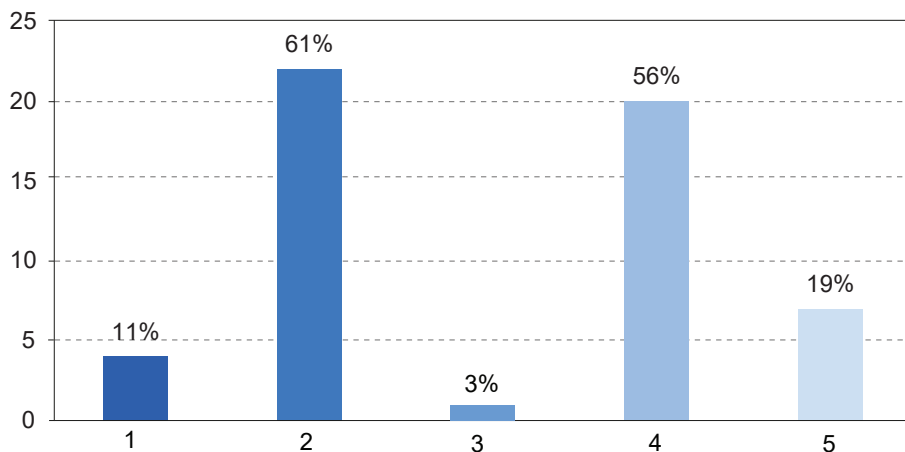
Wykres 9. Motywacje do zaszczepienia się przeciw COVID-19

Źródło: opracowanie własne.

Wśród odpowiedzi „inne” najczęściej podawaną przyczyną były wyjazdy zagraniczne, które wskazało 13%. Z kolei 7% podkreśliło wpływ różnego rodzaju obostrzeń i ograniczeń dla osób niezaszczepionych. Odpowiedzi te uwzględniały możliwość udziału w życiu kulturalnym czy wstępu do miejsc objętych obostrzeniami, ale także pozwolenie na towarzyszenie dzieciom w szpitalu w przypadku hospitalizacji. Pojawiły się również odpowiedzi dotyczące presji społecznej w postaci nacisku ze strony rodziny i osób popierających szczepienie bądź wynikające z obserwacji podjęcia tego środka prewencji wśród znajomych. Spośród ankietowanych 2% zaszczepiło się w celu powrotu do normalności w kontekście społecznym, a 1% osób wskazało jako powód wcześniejsze ciężkie przejście choroby COVID-19.

Na koniec należy przyjrzeć się postawom i motywom ludzi, którzy nie decydują się na szczepienie. Zostały one zaprezentowane na wykresie 10. Każdy z ankietowanych w grupie osób, które do tej pory nie są zaszczepione przeciw COVID-19, deklaruje, że nie planuje tego zrobić. Głównymi ograniczeniami są brak przekonania co do poprawnego działania szczepionki (61%) oraz obawa przed

ewentualnymi konsekwencjami długoterminowymi (56%). Kolejne powody to brak czasu oraz przeciwskazania zdrowotne.



1. Nie mam czasu
2. Do tej pory nie byłem przekonany / nie byłem przekonana co do poprawnego działania szczepionki
3. Mój stan zdrowia nie pozwala mi się zaszczepić
4. Obawiam się konsekwencji długoterminowych
5. Inne

Wykres 10. Motywacje do rezygnacji ze szczepienia przeciw COVID-19

Źródło: opracowanie własne.

Odpowiedzi „inne” były różnorodne. Respondenci podali, że nie odczuwają potrzeby zaszczepienia się bądź uważają, że COVID-19 nie jest groźny dla osób w ich wieku. Jeszcze innym powodem był brak zaufania do koncernów farmaceutycznych przez zaangażowanie polityków. Jeśli chodzi o uwagi co do samej szczepionki, ankietowani odpowiadali, że uważają szczepienia za nieskuteczne. Zwrócono uwagę na brak wiadomości co do składu preparatu inżynierii genetycznej i na brak odpowiedzialności za ewentualne konsekwencje zdrowotne po podaniu specyfiku. Najbardziej surowe głosy dotyczyły zarzutu, że preparat jest niebezpieczny, wywołuje niepożądane odczyny poszczepienne oraz zabija bezpośrednio i pośrednio dziesiątki tysięcy ludzi w Polsce. Wspomniano również o nieufności związanej z szybkim pojawieniem się szczepionki oraz ogólnym społecznym naciskiem, aby ją przyjmować. Jedna z osób ankietowanych wspomina również, że wbrew informacjom o braku leku na COVID-19 zna przypadki osób wyleczonych amantadyną, a także tych, które zmarły po szczepieniu.

Należy tu jednak podkreślić problem związany z propagowaniem fałszywych wiadomości. Po pojawieniu się informacji o rzekomej możliwości stosowania amantadyny w leczeniu chorych na COVID-19 zostały przeprowadzone ba-

dania mające stwierdzić jej skuteczność. Kierujący nimi profesor Adam Barczyk ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego na konferencji prasowej poinformował, że nie ma różnicy między stosowaniem amantadyny a placebo. Badania przeprowadzono na grupie 149 osób, z czego 78 otrzymało amantadynę, a 71 placebo⁶.

Podobnie zastrzeżenia co do nieujawniania składu szczepionki można uznać za bezpodstawne. Skład jest ogólnodostępny na rządowej stronie poświęconej szczepieniom, z podziałem na opis użytej substancji czynnej oraz zawartych substancji pomocniczych⁷.

W poprzedniej części artykułu wykazano znaczne ograniczenie rozprzestrzeniania się wirusa po rozpoczęciu programu szczepień, co czyni zarzut o nieefektywności szczepionek bezzasadnym. Należy wziąć jednak pod uwagę, że 71% osób formułujących przytoczone powyżej argumenty zadeklarowało, że pandemia zwiększyła ich zainteresowanie tematem szczepień.

Wnioski

Pandemia COVID-19 w znacznym stopniu ograniczyła życie społeczne i zmieniła funkcjonowanie krajów. Dopiero wynalezienie szczepionki i zastosowanie programu szczepień pozwoliło wyhamować działanie wirusa na szeroką skalę, co potwierdzają statystyki zachorowań i zgonów. Pomimo tego wielu Polaków nadal pozostaje bardzo nieufnych wobec szczepień. Szczególnie dużą rolę w tej kwestii odgrywa bezkrytyczne przyjmowanie wiadomości przekazywanych w mediach społecznościowych. Polska jest jednym z krajów Europy o najmniejszej liczbie zaszczepionych obywateli. Wpływ pandemii na postrzeganie wakcynacji przez społeczeństwo przejawia się w większym zainteresowaniu tematem szczepień, co deklaruje 54% badanych, gdyż 51% nie uznaje swojego dotychczasowego poziomu wiedzy o szczepieniach za wystarczający. Nie przekłada się to jednak na dużą frekwencję w przyjmowaniu szczepienia. O ile według ogólnopolskich danych podstawowe dawki szczepionki na COVID-19 przyjęła ponad połowa społeczeństwa — 60%, wśród młodych respondentów 42% wyraża chęć przyjmowania kolejnych dawek przypominających poza podstawowymi dawkami. Należy jednak zaznaczyć, że artykuł nie prezentuje pełnych informacji ze względu na niewielki odsetek respondentów starszych wśród ankietowanych.

W tym świetle szczególnie ważna jest edukacja społeczeństwa oparta na rzetelnych danych statystycznych. Należałoby również powtórzyć badania za kilka

⁶ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wyniki-badan-klinicznych-skuteczności-amantadyny-w-leczeniu-covid-19> (data publikacji artykułu: 11.02.2022; dostęp: 13.05.2022).

⁷ <https://szczepienia.pzh.gov.pl/faq/jaki-jest-sklad-szczepionki-mrna-przeciw-covid-19-firm-pfizer-i-biontech/> (dostęp: 13.05.2022) oraz <https://szczepienia.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2021/09/Zestawienie-szczepionek-przeciw-COVID-19-antygeny-substancje-pomocnicze-2021.09.17.pdf> (dostęp: 13.05.2022).

lat, aby sprawdzić, w jakim kierunku ewoluuje postrzeganie wakcynacji przez Polaków zarówno w kontekście choroby COVID-19, jak i w kontekście szczepienia dzieci.

Bibliografia

Literatura

- Augustynowicz, E., Jackowska, T. (2021). Szczepionki i szczepienia. *Przegląd pediatryczny*, 2B (50), 16–26.
- CBOS. (2019). *Stosunek do szczepień ochronnych dzieci*. Warszawa: CBOS. Dostęp: 31.01.2022, https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2019/K_009_19.PDF.
- Dąbek, A. (2021). *Polski pacjent zero. Jak się czuje rok po zakażeniu?*. Dostęp: 31.03.2022, <https://www.medonet.pl/koronawirus/koronawirus-w-polsce,koronawirus-w-polsce--kim-byl-pacjent-zero--jak-sie-czuje-,artykul,21379457.html>.
- GIS. (2021) *Szczepienia ochronne w Polsce w 2020 roku. Biuletyn*, Warszawa: GIS.
- Jankowiak, M., Trzonkowski, P. (2021). Szczepienia ochronne — dlaczego są ważne?. *Kosmos. Problemy Nauk Biologicznych*, 3 (70), 451–457.
- Korczmar, E.A., Belter, A., Naskręt-Barciszewska, M., Jurga, S., Barciszewski, J. (2021). 100 lat RNA. Diamentowy jubileusz informacyjnego RNA. *Postępy Biochemii* 3 (67), 212–222. <https://postepybiochemii.ptbioch.edu.pl/index.php/PB/article/view/393>, dostęp: 07.04.2022).
- Naklicka T. (2021). *Koronawirus COVID-19 w Polsce — luzowanie obostrzeń na wakacje 2021*. Dostęp: 12.04.2022, <https://www.medonet.pl/koronawirus-pytania-i-odpowiedzi/sars-cov-2,koronawirus---aktualne-obostrzenia-w-polsce--aktualizacja-,artykul,98382723.html#luzowanie-obostrzen-styczen-luty-2021-01022021>.
- Nowakowska K. (2021). *Nauczyciele gorszym sortem? Wyjaśniamy o co chodzi ze szczepionką AstraZeneca*. Dostęp: 13.05.2022, <https://serwisy.gazetaprawna.pl/edukacja/artykuly/8084754,szczepionka-astrazeneca-nauczyciele-skuteczność.html>.
- Stróżyk A. (2021). *Pandemia koronawirusa na świecie i w Polsce — kalendarium*. Dostęp: 12.04.2022, <https://www.medicover.pl/o-zdrowiu/pandemia-koronawirusa-na-swiecie-i-w-polsce-kalendarium,7252,n,192>.
- Szalonka, A. (2020). *Spoleczne uwarunkowania szczepień w Polsce w świetle badań ankietowych*. W: W. Nowak, K. Szalonka (red.), *Zdrowie i style życia. Determinanty długości życia*. Wrocław: E-Wydawnictwo. Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa. Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego. Dostęp:12.04.2022, <https://repozytorium.uni.wroc.pl/publication/128158>.

Źródła internetowe

- www1. <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>. Dane na dzień 06.04.2022, dostęp: 21.04.2022.
- www2. <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>. Dane na dzień 11.04.2022, dostęp: 12.04.2022.
- www3. <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?facet=none&Metric=Confirmed+cases&Interval=Weekly&Relative+to+Population=false&Color+by+test+positivity=false&country=~POL>. Dostęp: 07.04.2022.

- www4. <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?facet=none&Interval=Weekly&Relative+to+Population=false&Color+by+test+positivity=false&country=~POL&Metric=Confirmed+deaths>. Dostęp: 07.04.2022.
- www5. <https://szczepienia.pzh.gov.pl/faq/jaki-jest-sklad-szczepionki-mrna-przeciw-covid-19-firm-pfizer-i-biontech/>. Dostęp: 13.05.2022.
- www6. <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/raport-szczepien-przeciwko-covid-19>. Dostęp: 21.04.2022.
- www7. <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2>. Dostęp: 07.04.2022.
- www8. <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/ruszaja-szczepienia-nauczycieli>. Data powstania artykułu: 04.02.2021, dostęp: 13.05.2022.
- www9. <https://szczepienia.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2021/09/Zestawienie-szczepionek-przeciw-COVID-19-antygeny-substancje-pomocnicze-2021.09.17.pdf>. Dostęp: 13.05.2022.
- www10. <https://www.urpl.gov.pl/pl/printpdf/6043>. Dostęp: 07.04.2022.
- www11. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic>. Dostęp: 31.03.2022.
- www12. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wyniki-badan-klinicznych-skuteczności-amantadyny-w-leczeniu-covid-19>. Data publikacji artykułu: 11.02.2022, dostęp: 13.05.2022.

Magdalena Szpala

ORCID: 0000-0001-5469-8131

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

szpala.magdalena@gmail.com

Substytucja leków w aptece ogólnodostępnej podczas pandemii COVID-19

Artykuł nadesłany: 24.07.2022; artykuł zaakceptowany: 2.12.2022

Kody klasyfikacji JEL: 3306

Słowa kluczowe: substytucja apteczna, substytucja generyczna, COVID-19, apteka ogólnodostępna

Abstrakt

Substytucja leku w aptece polega na zamiianie preparatu, pierwotnie zaordynowanego na recepcie przez osobę uprawnioną do jej wystawienia, przez osobę uprawnioną do wydawania produktu leczniczego. Proces ten zachodzi podczas zakupu leku w aptecę ogólnodostępną. Uczestniczą w nim pacjent oraz farmaceuta lub technik farmaceutyczny. Kwestie prawne zamiiany leku reguluje ustawa o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych z dnia 12 maja 2011 roku. W Polsce możliwa jest substytucja leku oryginalnego na lek generyczny, leku generycznego na oryginalny lub też leku generycznego na inny generyczny. Lek oryginalny to taki, który został wprowadzony na rynek jako pierwszy i podlegał początkowo ochronie patentowej. Leki generyczne są według Światowej Organizacji Zdrowia zamiennikami leku oryginalnego. Nie posiadają patentu i mogą zostać wprowadzone dopiero po wygaśnięciu ochrony patentowej leku oryginalnego. Proces dopuszczania ich do obrotu jest uproszczony w stosunku do leku oryginalnego.

Powodami zamiiany leku w aptecę są najczęściej względy ekonomiczne, czyli niższa cena zamiennika lub niedostępność pierwotnie zaordynowanego leku w aptecę. Pandemia COVID-19 przyczyniła się do braków leków w aptekach, szczególnie na jej początku. Przyczyną deficytu poza przewyższeniem podaży przez popyt upatruje się w tym, że zarówno leki, jak i surowce są w znacznym stopniu importowane z Chin i Indii. Niniejsze rozważania zawężono tylko do leków dostępnych na receptę.

Celem pracy jest przedstawienie zjawiska substytucji leków w aptecę ogólnodostępną, które to zjawisko można zaobserwować podczas pandemii COVID-19. Analizie poddano dane rynkowe, udostępnione na potrzeby niniejszej pracy przez PEX PharmaSequence Sp. z o.o.

Podczas pandemii COVID-19 nastąpił wzrost skali substytucji. W 2019 roku zamiennych zostało 3,73% wszystkich leków przepisanych na receptę, podczas gdy w 2020 było ich 5,50%. Wnioski wynikające z publikacji wskazują na konieczność dalszej obserwacji zjawiska zamiany leku w aptece przez osoby upoważnione do wydawania produktów leczniczych i ciągłego podejmowania problemu z perspektywy różnych dyscyplin naukowych.

Drug substitution in the community pharmacy during the COVID-19 pandemic

Keywords: pharmacy substitution, generic substitution, COVID-19, community pharmacy

Abstract

Drug substitution in a pharmacy consists in replacing a preparation — originally prescribed by an entity authorized to do so — by a person authorized to dispense a medicinal product. This process takes place when one buys medicine in a community pharmacy. It involves the patient and a pharmacist or pharmacy technician. The legal issues of drug substitution are regulated by the Act on the reimbursement of drugs, foodstuffs intended for particular nutritional uses, and medical devices of 12 May 2011. In Poland, it is possible to substitute an original drug for a generic drug, a generic drug for an original drug, or a generic drug for another generic drug. An original drug is one which was first introduced to the market and was initially subject to patent protection. According to the World Health Organization, generic medicines are substitutes for the original ones. They do not have a patent and can be introduced only after the patent protection of the original drug has expired. The marketing authorization process is simplified compared to the original drug.

The reasons for replacing a drug in a pharmacy are most often economic, i.e., a lower price of the substitute, or the originally prescribed drug being unavailable in the pharmacy. The COVID-19 pandemic has contributed to drug shortages in pharmacies, especially at the beginning. The reasons for the deficits, apart from supply exceeding demand, are assumed to include the fact that both drugs and raw materials are largely imported from China and India. The following considerations are limited to prescription drugs only.

The aim of the article is to present the phenomenon of drug substitution in a community pharmacy which can be observed during the COVID-19 pandemic. The author analyzes the market data provided for the purposes of this work by PEX PharmaSequence Ltd.

During the COVID-19 pandemic, there was an increase in the scale of substitution. In 2019, 3.73% of all prescription drugs were switched, compared to 5.50% in 2020. The conclusions indicate the need for further observation of the phenomenon of drug substitution in pharmacies by persons authorized to dispense medicinal products and to constantly address the problem from the perspective of various scientific disciplines.

Wstęp

Lekarz decydujący o terapii pacjenta przepisuje mu konkretny preparat na receptę. Recepta jest wymagana w przypadku leków o kategorii dostępności: leki wydawane z przepisu lekarza (Rp). Lek zapisany na receptę może zostać zamieniony za zgodą pacjenta przez farmaceutę lub technika farmaceutycznego podczas realizacji recepty w aptece. Proces zamiany w aptece leku zaordynowanego na receptę

nazywa się substytucją. Kryteria zamiany leków w Polsce są określone w ustawie o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych z dnia 12 maja 2011 roku. Według art. 44 tej ustawy osoba wydająca leki może zamienić lek przepisany na receptę na inny lek, ale o tej samej nazwie międzynarodowej; dawce; postaci farmaceutycznej niepowodującej powstania różnic terapeutycznych; o tym samym wskazaniu terapeutycznym. Liczba dawek zamienionego preparatu może różnić się o maksymalnie 10% w stosunku do ilości w preparacie zapisanym na receptę. Osoba uprawniona do wystawiania recept może poprzez umieszczenie odpowiedniej adnotacji umożliwić dokonanie zamiany leku w aptece.

Produkty lecznicze dostępne w aptekach można podzielić na oryginalne i generyczne. Lek oryginalny to taki, który został wprowadzony na rynek jako pierwszy i podlegał początkowo ochronie patentowej. Wytwórca leku innowacyjnego (oryginalnego) przed wprowadzeniem na rynek musi wykazać poprzez przeprowadzenie badań klinicznych, że preparat cechuje się skutecznością terapeutyczną oraz bezpieczeństwem stosowania. Leki generyczne są według Światowej Organizacji Zdrowia zamiennikami leku oryginalnego. Nie posiadają patentu i mogą zostać wprowadzone dopiero po wygaśnięciu ochrony patentowej leku oryginalnego. Proces dopuszczania ich do obrotu jest uproszczony w stosunku do leku oryginalnego. W praktyce w polskich aptekach możliwe są trzy scenariusze zamiany leku. Może zostać zamieniony lek oryginalny na lek generyczny, lek generyczny na oryginalny lub też lek generyczny na inny generyczny. W piśmiennictwie międzynarodowym popularne jest sformułowanie: substytucja generyczna. Określenie to nie opisuje jednak dokładnie zjawiska, z którym mamy do czynienia w polskich aptekach, gdyż jak wskazano powyżej, zamiana leku możliwa jest nie tylko z leku oryginalnego na lek generyczny. Dlatego też bardziej adekwatnym określeniem opisującym zamianę leku w polskich aptekach jest pojęcie substytucji aptecznej, które proponuje A. Zimmermann (Zimmermann, 2016). Dzięki procesowi substytucji uzyskuje się oszczędność ekonomiczną zarówno przez płatnika, jak i samego pacjenta. Wysokie ceny leków są jedną z głównych barier w przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych przez pacjentów. Dzięki substytucji leków w aptece koszty terapii mogą zostać obniżone. Wyniki uzyskane przez analizę substytucji w obrębie produktów zawierających metforminę jako substancję czynną leku w 2019 roku wskazują na niedostateczne wykorzystanie substytucji generycznej w Polsce. Optymalne wykorzystanie zamiany leku w aptece mogłoby prowadzić do oszczędności zarówno przez płatnika, jak i przez pacjenta oraz — co za tym idzie — lepszego przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez tego drugiego (Kardas et al., 2021).

W tym miejscu należałoby także wspomnieć, że lek, który został przepisany na receptę, nigdy nie będzie identyczny z preparatami, na które może zostać zamieniony. Odpowiedniki mogą różnić się bowiem między sobą substancjami pomocniczymi, a także zawierać zanieczyszczenia, które powstają na skutek od-

miennego sposobu oczyszczania substancji czynnej (Zimmermann, 2016). Substytuty mogą różnić się także pomiędzy sobą biorównoważnością. W Stanach Zjednoczonych od lat siedemdziesiątych wydawana jest przez Agencję Żywności i Leków (FDA) tak zwana *Orange Book*, w której równoważność terapeutyczna leków generycznych porównywana jest z lekiem oryginalnym (Sullivan, 2012). Farmaceuta dzięki przypisanej kategorii do każdego leku dysponuje wiedzą, czy lek generyczny jest biorównoważny z lekiem oryginalnym. W Polsce tego typu dokument, który byłby dostępny dla osób wydających produkty lecznicze, nie występuje. W związku z tym osoba uprawniona do wydawania produktów leczniczych w Polsce nie ma wiedzy, w jakim stopniu lek przepisany przez lekarza na receptę może się różnić w stosunku do preparatu, na który miałby zostać zamieniony. Substytucja leku zaordynowanego na receptę jest interwencją w farmakoterapię prowadzoną przez lekarza. Osoba uprawniona do wydawania produktów leczniczych bierze więc na siebie odpowiedzialność za rekomendację zamiany leku (Zimmermann et al., 2014).

Teoretyczny aspekt badań

Istnieją różne powody, dla których pacjenci godzą się na zamianę leku w aptece. Według 86,2% farmaceutów oraz techników farmaceutycznych głównym powodem zamiany leku w aptece jest niższa cena zamiennika. Kolejnym powodem jest niedostępność w aptece leku ordynowanego (Łukasik i Nowicki, 2018).

Według definicji Europejskiej Agencji Leków braki leków należy rozumieć jako sytuację, w której popyt na lek jest wyższy niż podaż leku na poziomie krajowym (European Medicines Agency, 2019). Według raportu przedstawionego przez Światową Organizację Zdrowia przyczyny braków leków na rynku są związane z problemami występującymi podczas produkcji leków oraz substancji czynnych (API), ograniczeniami finansowymi, niewłaściwym prognozowaniem popytu, a także z problemami związanymi z łańcuchami dostaw (WHO, 2016). Jako źródło niedoborów leków wskazuje się także handel równoległy (PT) oraz tak zwany odwrócony łańcuch dystrybucji (Zaprutko et al., 2020).

W chińskim mieście Wuhan od grudnia 2019 roku zaczęto odnotowywać pacjentów z zapaleniem płuc o nieznannej etiologii. Okazało się, że przyczyną choroby był nowy koronawirus nazwany SARS-CoV-2, wywołujący chorobę COVID-19 (Li et al., 2020). Światowa Organizacja Zdrowia 11 marca 2020 roku ogłosiła pandemię COVID-19 (Cucinotta i Vanelli, 2020), która wpłynęła bez wątpienia na różne aspekty dotychczasowego życia, co jest przedmiotem licznych prac naukowych. W przypadku aptek pandemia COVID-19 przyczyniła się do wzrostu zjawiska braków leków w aptekach. Fakt ten był spowodowany na przykład nadmiernym popytem na leki w celu gromadzenia zapasów. Kolejną przyczyną niedoboru

leków jest to, że wiele leków oraz surowców importuje się z Indii oraz Chin, które zmagaly się z utrudnieniami w transporcie morskim spowodowanymi przez pandemię. W tym miejscu warto nadmienić, że 40% gotowych leków sprzedawanych w Europie pochodzi z Chin oraz z Indii oraz że aż 80% surowców farmaceutycznych jest importowana z tych krajów (Kurowska i Giermaziak, 2020).

Farmaceuci odgrywają ważną rolę w łagodzeniu skutków niedoboru leków powodowanego przez pandemię COVID-19. Do roli farmaceutów należy między innymi monitorowanie popytu na leki, rekomendowanie alternatywnych opcji terapeutycznych, współpraca na szczeblu międzynarodowym mająca na celu dzielenie się doświadczeniami w łagodzeniu deficytów lekowych (Badreldin i Atallah, 2021). Substytucja generyczna oraz substytucja terapeutyczna są jednymi ze sposobów mogących złagodzić braki leków w aptekach (Merks et al., 2021). W polskich realiach prawnych niemożliwa jest substytucja terapeutyczna, czyli zamiana leku na taki, który powinien dać taki sam efekt terapeutyczny jak ten przepisany na receptę, z tą różnicą, że substancje czynne obu leków chemicznie mogą się od siebie różnić. Do dyspozycji polskich farmaceutów pozostaje zatem tylko tak zwana substytucja generyczna (apteczna).

Warto także wspomnieć w niniejszej pracy, że farmaceuci należą do najbardziej dostępnych oraz niewykorzystanych pracowników ochrony zdrowia (Paul et al., 2021). W zależności od kraju mogą mieć różne uprawnienia, które mogą pomóc w łagodzeniu skutków pandemii. Podczas pandemii doszło także do rozszerzenia kompetencji, które w zależności od kraju mogło polegać na umożliwieniu przygotowania preparatów do dezynfekcji rąk i powierzchni, możliwości przedłużania terapii zaordynowanej przez lekarza, przepisywaniu recept *pro auctore* oraz *pro familia*, wykonywaniu testów oraz szczepień. Wiele krajów wprowadziło także udogodnienia pozwalające na utrzymywanie dystansu społecznego, takie jak e-recepta, zdalne konsultacje medyczne, dostarczanie leków do domu (Merks et al., 2021).

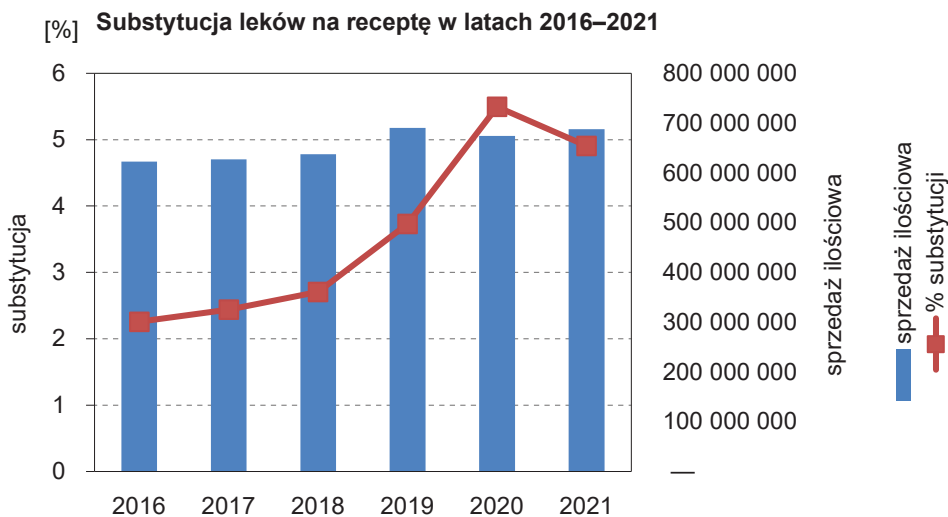
Niniejsza praca ma na celu przedstawienie skali procesu substytucji leków w aptecce ogólnodostępnej podczas pandemii COVID-19, a także wskazanie, które substancje czynne leków miały najwyższy procent zamian dokonywanych przez osoby uprawnione do wydawania produktów leczniczych.

Metodologia badań

W celu opisu skali zjawiska substytucji leków podczas pandemii COVID-19 analizie poddano dane rynkowe udostępnione na potrzeby niniejszej pracy przez PEX PharmaSequence Sp. z o.o. Rozważania zawężono tylko do leków o kategorii dostępności: leki wydawane z przepisu lekarza (Rp).

Analiza wyników badań

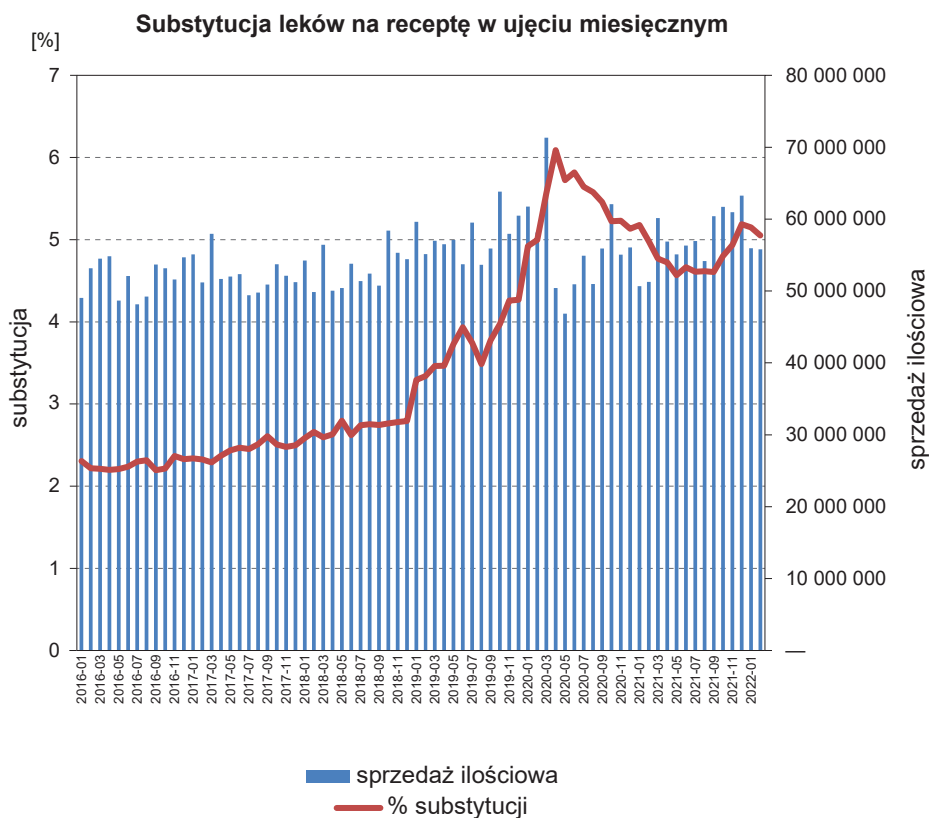
Z analizy danych rynkowych wynika, że podczas pandemii COVID-19 obserwuje się wzrost znaczenia procesu substytucji leków. Jak przedstawiono na wykresie 1 w latach 2016–2018 ilość zamienianych opakowań leków wynosiła odpowiednio: w 2016 — 2,26%, w 2017 — 2,44%, a w 2018 — 2,71% w stosunku do całości ilościowej sprzedaży leków na receptę. W 2019 roku można było zaobserwować wyższy odsetek zamienianych preparatów. Procent zamienianych leków na receptę wynosił bowiem 3,73. Ten przyrost może być spowodowany włączeniem aptek od 1 kwietnia 2019 roku do Zintegrowanego Systemu Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi (ZSMOPL). Podmioty te od tego momentu zostały zobowiązane do szczegółowego raportowania wydawanych leków w systemie informatycznym. Wcześniej obowiązek ten dotyczył szczególnie leków refundowanych. Szczegółowe informacje dotyczące realizacji recepty zawierającej leki stu-procentowo płatne nie zawsze były zamieszczane w systemie informatycznym. Często osoby uprawnione do wydawania produktów leczniczych odnotowywały przypadki na przykład wydania zamiennika tylko na rewersie recepty z pominięciem tego faktu w oprogramowaniu aptecznym. Dane pochodzące sprzed 1 kwietnia 2019 roku można uważać więc za niekompletne. Porównując lata 2019 i 2020, można zaobserwować wzrost dynamiki zamienianych leków, która wyniosła 47%. W 2020 roku zamienionych zostało 5,50% z wszystkich leków wydanych na receptę. W 2021 roku skala zamiany leku w aptece była mniejsza niż w 2020 i wyniosła 4,91%. Nadal jednak nie wróciła do poziomu sprzed pandemii.



Wykres 1. Substytucja leków na receptę w latach 2016–2021

Źródło wykresów 1–11: opracowanie własne, na podstawie reprezentatywnego, ogólnopolskiego panelu aptek (PEX/ABD, ca. 6 200 aptek), PEX PharmaSequence Sp. z o.o.

Wpływ pandemii COVID-19 można zaobserwować podczas analizy danych miesięcznych kolejnych miesięcy trwania pandemii, to jest w okresie od marca 2020 do lutego 2022. Pierwszy przypadek COVID-19 w Polsce wykryto 4 marca 2020 roku¹. Od 20 marca 2020 roku ogłoszono na terenie kraju stan epidemii (Dz.U. z 2022 r. poz. 340). Jak przedstawiono na wykresie 2, w marcu 2020 roku zostało zamienionych 5,56% opakowań spośród wszystkich sprzedanych leków na receptę. Warto zwrócić uwagę także na to, że w owym miesiącu wystąpiła rekordowa liczba sprzedaży leków na receptę. Zostało wówczas sprzedanych ponad 71 mln opakowań. Fakt ten można tłumaczyć robieniem zapasów przez ludzi w obawie przed problemami z dostępnością produktów leczniczych. Problem ten mógł szczególnie dotyczyć chorych na choroby przewlekłe. W kwietniu 2020 roku odnotowano najwyższy procent zamienionych leków (6,09%).

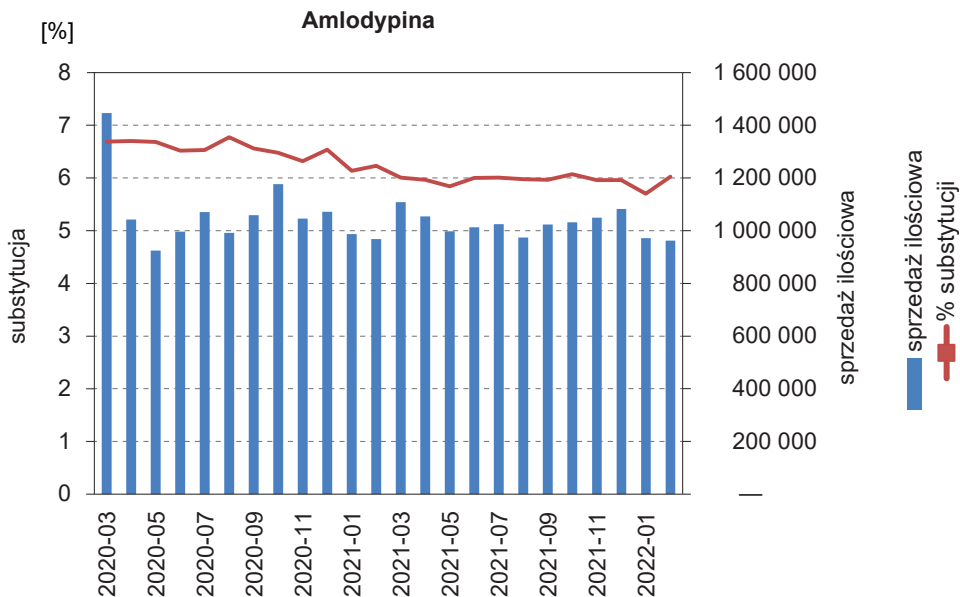


Wykres 2. Substytucja leków na receptę w ujęciu miesięcznym

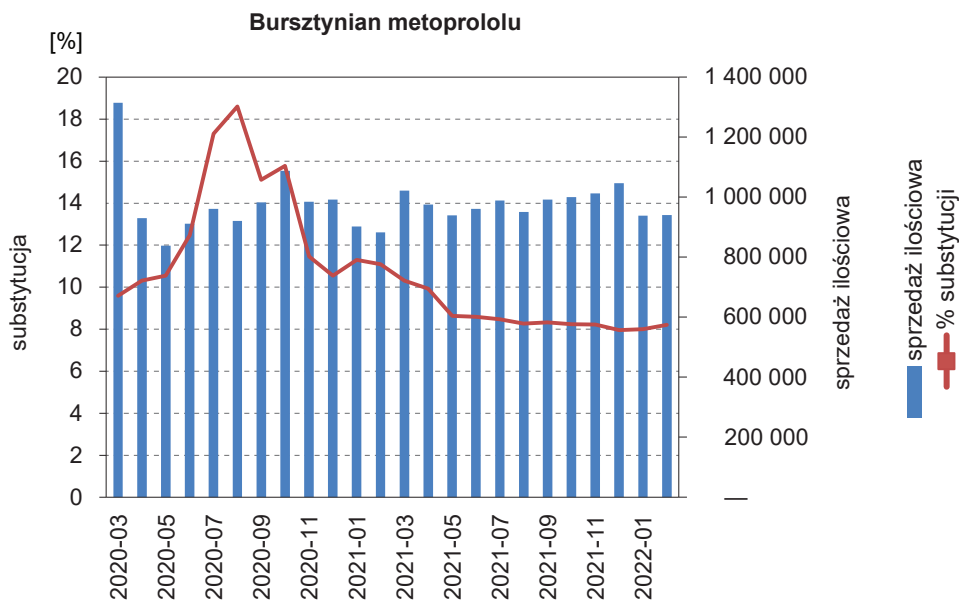
¹ <https://web.archive.org/web/20200304112521/https://www.gov.pl/web/zdrowie/pierwszy-przypadek-koronawirusa-w-polsce> (dostęp: 13.04.2022).

Wzrost procesu substytucji w czasie pandemii w obszarze leków na receptę prawdopodobnie mógł być spowodowany brakami leków w aptekach. Produkty, które mają zamienniki, mogły zostać zamienione w momencie, gdy przepisany lek był niedostępny. Brak w magazynie danego produktu leczniczego może być spowodowany brakiem dostępności na rynku z powodów opisanych wcześniej. Innym powodem może być też fakt, że apteki nie mają w swoim asortymencie wszystkich produktów leczniczych zarejestrowanych na terytorium Polski. Powinny mieć asortyment pozwalający na pokrycie zapotrzebowania lokalnej społeczności. W przypadku nieposiadania danego leku apteka powinna go zamówić i w ten sposób zadbać o to, aby niedostępny produkt trafił do pacjenta. W warunkach przed pandemią, w przypadku gdy dany preparat był nieobecny z powodu opisanego powyżej, pacjent mógł nie chcieć czekać na sprowadzenie leku lub też na jego zamianę na inny zamiennik, tylko mógł się udać do innej apteki. W czasie pandemii sytuacja ta mogła ulec zmianie i w momencie gdy przepisano produkt nie było w danej aptece, pacjent mógł decydować się na zakup zamiennika w obawie przed wzrostem ryzyka zarażenia koronawirusem podczas chodzenia po różnych aptekach w poszukiwaniu przepisano leku. Zależność ta mogła mieć znaczenie szczególnie na początku pandemii ze względu na strach przed nowym wirusem. Powyższe rozważania wymagałyby jednak przeprowadzenia badań w celu ich potwierdzenia, gdyż są oparte tylko na opinii autorki artykułu.

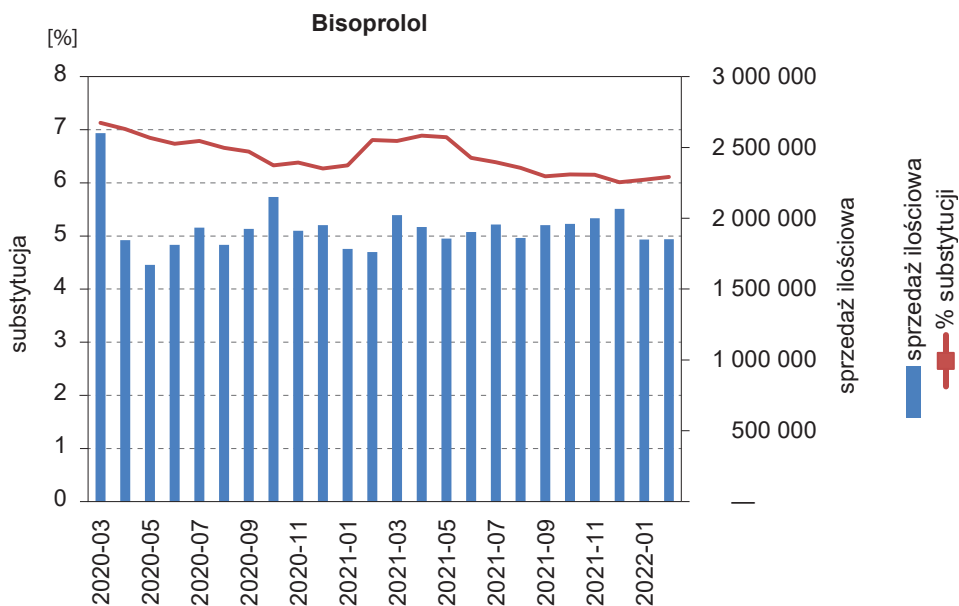
W czasie trwania pandemii leki zawierające niektóre substancje czynne były zamieniane szczególnie często. Poniżej przedstawiono cząsteczki, które w każdym analizowanym miesiącu pandemii (od marca 2020 do lutego 2022) można znaleźć wśród 15 najczęściej zamienianych (procent substytucji był najwyższy) i których sprzedaż była wyższa niż 1000 opakowań miesięcznie. Wśród molekuł mających zastosowanie w leczeniu chorób sercowo-naczyniowych znalazły się amlodypina, bursztynian metoprololu, bisoprolol i ramipril. Szczegółowe dane zostały przedstawione na wykresach 3–6. Jak pokazano na wykresach 3 i 5, substytucja leków zawierających amlodypinę oraz bisoprolol utrzymywała się na stałym poziomie około 6–7%. W przypadku leków zawierających bursztynian metoprololu oraz ramipril można zaobserwować wyższą substytucję w niektórych miesiącach. I tak dla bursztynianu metoprololu (wykres 4) w pierwszej części okresu pandemicznego odsetek zamienianych opakowań był większy i wynosił od 10% do nawet 18%. Natomiast w drugiej części utrzymywał się na względnie stałym poziomie około 8%. W przypadku ramiprilu (wykres 6) w kwietniu 2020 roku obserwowano wzrost odsetka zamienianych leków zawierających tę substancję czynną do blisko 6%. W pozostałych miesiącach odsetek substytucji wśród leków zawierających tę cząsteczkę wynosił około 3%.



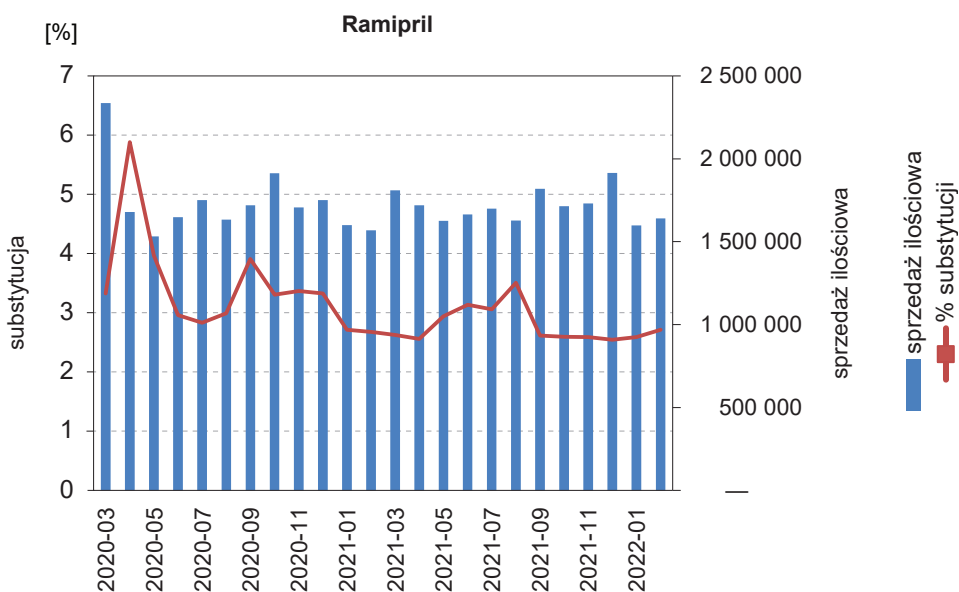
Wykres 3. Amlodypina



Wykres 4. Bursztynian metoprololu

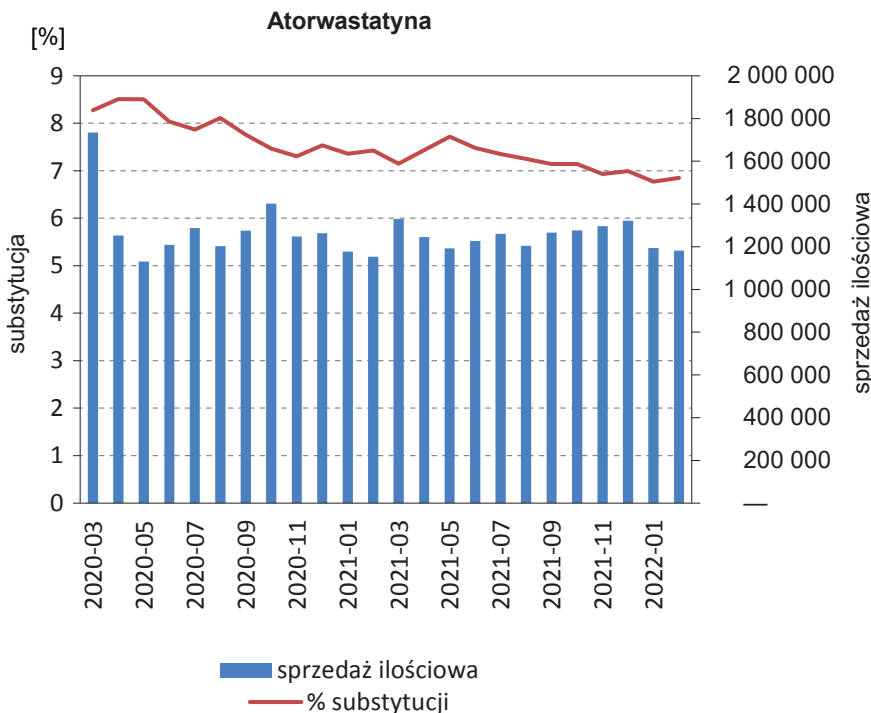


Wykres 5. Bisoprolol



Wykres 6. Ramipril

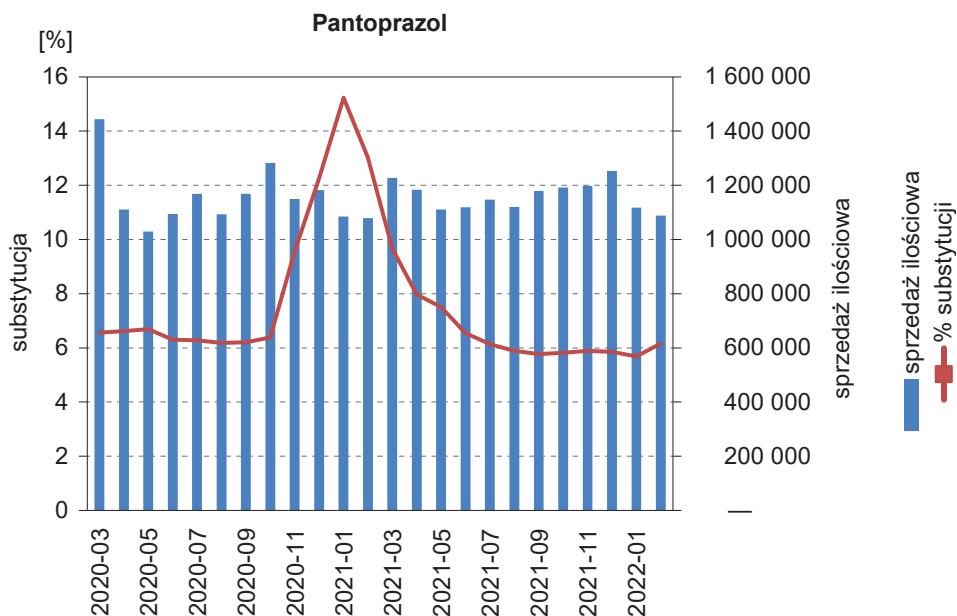
Wśród leków mających zastosowanie w leczeniu chorób sercowo-naczyniowych znajdują się także środki modyfikujące stężenie lipidów. Do tej grupy leków należy atorwastatyna, która w każdym miesiącu pandemii była wśród 15 części z najwyższym procentem substytucji. Odsetek zamienianych opakowań wśród leków zawierających tę substancję czynną oscylował na początku pandemii w okolicach 8%, a pod koniec — w okolicach 7%. Szczegółowe dane przedstawiono na wykresie 7.



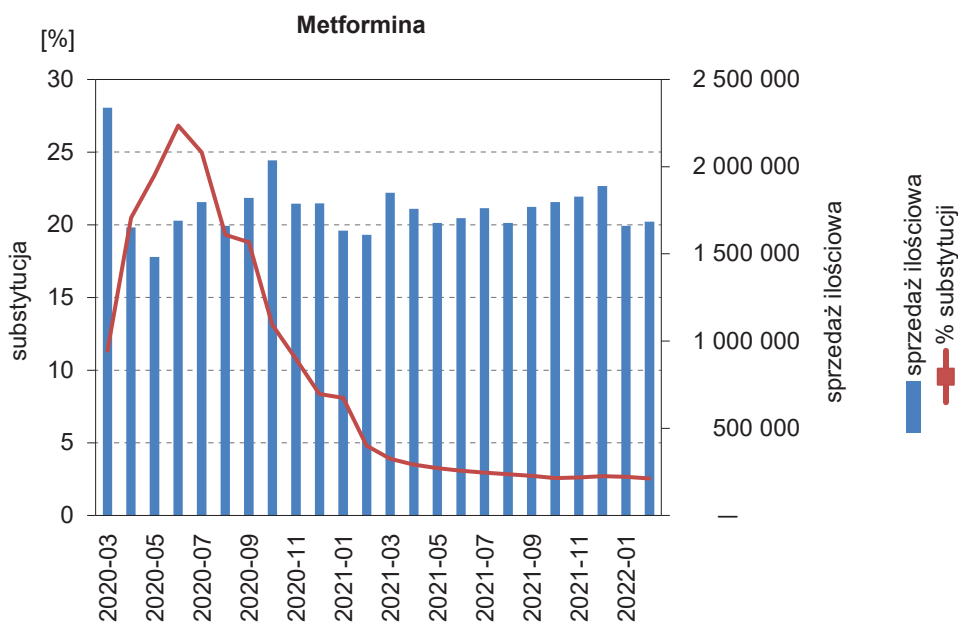
Wykres 7. Atorwastatyna

Kolejnym lekiem spełniającym powyżej przedstawione kryteria jest pantoprazol, który należy do grupy preparatów stosowanych w chorobie wrzodowej i refluksie żołądkowo-przelykowym. Z wykresu 8 wynika, że odsetek zamienianych opakowań leków utrzymywał się na stałym poziomie wynoszącym około 6% z wyjątkiem okresu od listopada 2020 do marca 2021, gdy parametr ten wzrósł do ponad 9% do ponad 15% w styczniu 2021.

Kolejną cząsteczką jest metformina, należąca do leków stosowanych w cukrzycy. Na wykresie 9 zobrazowano fakt, że na początku pandemii odsetek zamienianego leku był zdecydowanie wyższy w stosunku do całego analizowanego okresu. W czerwcu 2020 roku zamieniane było co czwarte opakowanie przepisane leku zawierającego metforminę. W późniejszym okresie obserwuje się spadek substytucji, a następnie stały jej poziom — około 3%.

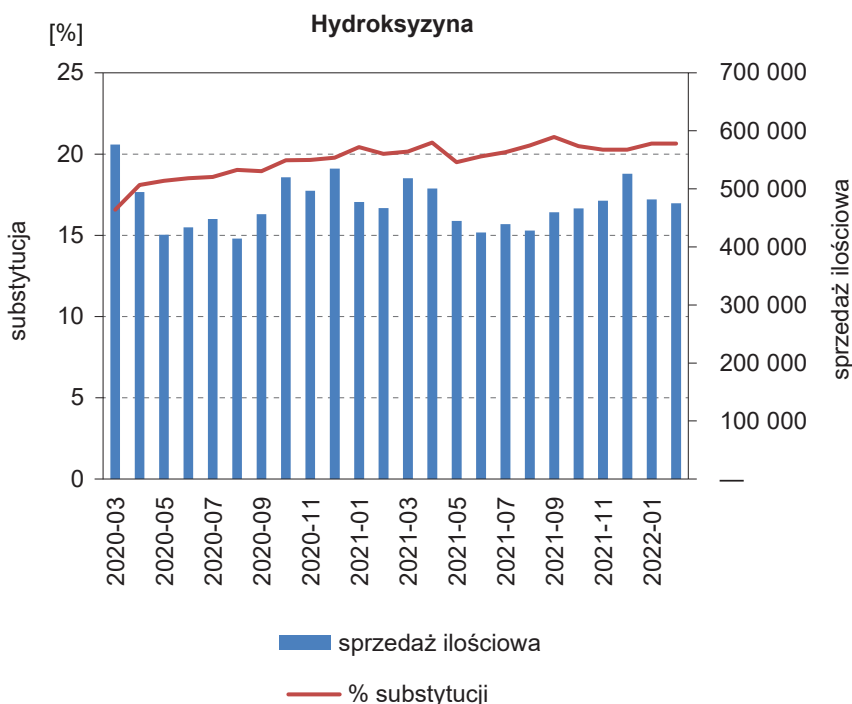


Wykres 8. Pantoprazol



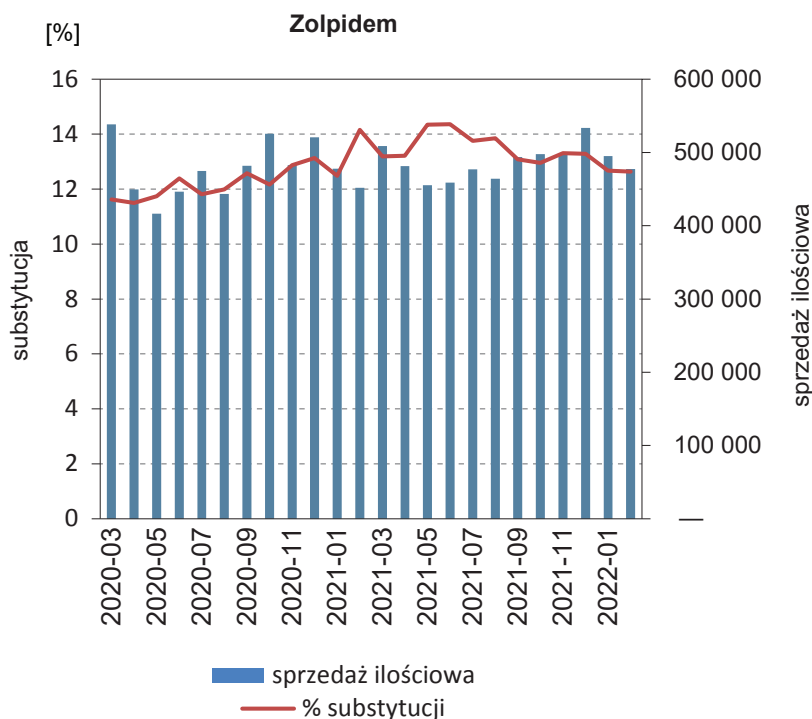
Wykres 9. Metformina

Cząsteczką o jednym z najwyższych udziałów opakowań zamienionych (około 20%) w całości sprzedaży danej cząsteczki, utrzymującym się przez prawie cały analizowany okres pandemiczny, była hydroksyzyna. Znajduje się ona w grupie leków anksjolitycznych. Warto zwrócić uwagę, że wśród leków zawierających hydroksyzynę jest tylko jeden preparat posiadający nazwę własną: Atarax. Pozostałe produkty są niemarkowe i ich nazwa pochodzi od międzynarodowej nazwy substancji czynnej i dodanej nazwy podmiotu odpowiedzialnego, na przykład Hydroxyzinum Adamed, Hydroxyzinum Hasco, Hydroxyzinum Espefa. Fakt ten może sprzyjać zamianie w obrębie tej cząsteczki, a okres pandemiczny może nie odgrywać w tym przypadku aż tak znaczącej roli. Szczegółowe dane zostały zaprezentowane na wykresie 10.



Wykres 10. Hydroksyzyna

Ostatnią z substancji czynnych, które w każdym miesiącu analizowanego okresu były wśród piętnastu cząsteczek z najwyższym procentem substytucji, jest zolpidem, wchodzący w skład grupy leków nasennych. Z poniżej przedstawionego wykresu wynika, że zamiana leku w obrębie tej molekule w analizowanym okresie była na względnie stałym poziomie i wynosiła od blisko 12% do ponad 14%.



Wykres 11. Zolpidem

W analizowanym okresie można zaobserwować wysoki procent subystytucji także wśród innych cząsteczek niespełniających założonego kryterium obecności w każdym miesiącu okresu pandemicznego wśród piętnastu molekuł o najwyższym procencie subystytucji. Warto wspomnieć o nich w niniejszej pracy ze względu na fakt, że duże różnice w skali subystytucji pomiędzy miesiącami mogły być spowodowane właśnie sytuacją pandemiczną. W przypadku alprazolamu, leku anksjolitycznego, w okresie od listopada 2020 roku do marca 2021 miesięcznie zamienianych było między 16% a 20% z wszystkich przepisanych leków zawierających tę substancję czynną. Blisko co piąte opakowanie zostało zamienione na przełomie lat 2021 i 2022 w obrębie leków zawierających jako substancję czynną amoksycylinę, czyli antybiotyk z grupy penicylin. Z tej samej grupy pochodzą leki zawierające w swoim składzie połączenie wspomnianej amoksycyliny z kwasem klawulanowym. W drugiej połowie analizowanego okresu procent zamienianych miesięcznie leków zawierających to połączenie substancji czynnych oscylował między 10 a 18. Kolejnym z antybiotyków, tym razem makrolidowych, jest azytromycyna. W kilku miesiącach pandemii procent subystytucji w obrębie tej molekuły wyniósł między 9 a 11. Przez kilka miesięcy odsetek zamienianych leków zawierających betahistynę, stosowaną w zawrotach głowy, był na poziomie 14–15%. Od września 2021 do końca analizowanego okresu wśród produktów leczniczych

zawierających jako substancję czynną budezonid, czyli jeden z kortykosteroidów, obserwować można substytucję na poziomie od 7% do nawet 31%. Leki zawierające inny kortykosteroid — mometazon — były zamieniane od września 2021 do końca analizowanego okresu w odsetku od 9% do 23%. Od maja 2021 roku do końca analizowanego okresu do znaczącej ilości zamian przepisano preparatu doszło w obrębie leków przeciwzakrzepowych zawierających enoksaparynę. Odsetek preparatów zamienionych wyniósł w tym przypadku od 11% do 20%. Przez trzy miesiące procent substytucji na poziomie 13–14 punktów procentowych obserwować można wśród leków zawierających w swoim składzie escitalopram, czyli substancję o działaniu przeciwdepresyjnym. Przez pierwsze pięć miesięcy okresu pandemicznego wysoki odsetek zamienianego leku miał indapamid, lek moczopędny stosowany w nadciśnieniu tętniczym. W marcu 2020 parametr ten był na poziomie 10%, by stopniowo spaść do 3% w lipcu 2020. Inną substancją czynną należącą do tej grupy jest torasemid. Substytucja leków przepisanych na receptę zawierających tę cząsteczkę praktycznie przez cały okres pandemiczny, z nielicznymi wyjątkami, utrzymywała się na poziomie około 6%. Inną substancją czynną stosowaną w chorobach układu sercowo-naczyniowego jest nebiwołol. Leki zawierające tę cząsteczkę były zamieniane w aptecę w odsetku około 4% w okresie od początku pandemii do sierpnia 2021 roku. Wyjątkiem był czerwiec 2020 roku, kiedy procesowi substytucji poddano 10% preparatów. Kolejną molekułą znajdującą zastosowanie w leczeniu chorób sercowo-naczyniowych ze znaczącym procentem substytucji w analizowanym okresie jest telmisartan. Leki zawierające tę substancję czynną były zamieniane od 7% do 17% w zależności od miesiąca. Na początku pandemii zostało zamienionych od 7% (marzec 2020 roku) do 4% (maj 2020 roku) wypisanych produktów zawierających lewotyroksynę — hormon tarczycy. Przez kilka miesięcy znaczący odsetek substytucji (około 9%) zanotowano wśród produktów na receptę zawierających omeprazol, cząsteczkę należącą do tej samej grupy co zaprezentowany wcześniej na wykresie 8 pantoprazol. W październiku 2021 oraz w lutym 2022 obserwuje się wysoki procent zamian w aptecę leków zawierających pregabalinę, czyli pochodną kwasu gamma-aminomasłowego. Substytucja w tym przypadku wyniosła odpowiednio 18% i 17%. W kilku miesiącach analizowanego okresu wysoki stopień substytucji miały leki należące do tej samej grupy co przedstawiona wcześniej na wykresie 7 atorwastatyna — rosuwastatyna oraz simwastatyna. Preparaty zawierające te substancje czynne zostały zamienione na poziomie odpowiednio około 3% i około 10%.

Wnioski

Podczas pandemii COVID-19 nastąpił wzrost skali substytucji leków w aptecę ogólnodostępnej. Wśród substancji czynnych można wyróżnić takie, które były najczęściej zamieniane podczas pandemicznego okresu. Najczęściej są to mole-

kuły, które znajdują zastosowanie w leczeniu chorób przewlekłych. Szczególną uwagę zwracają substancje czynne, których substytucja przez cały analizowany okres nie była na stałym poziomie. Zamiana preparatów zawierających te cząsteczki mogła być spowodowana brakami leków, co było z kolei spowodowane przez przerwanie łańcuchów dostaw przez pandemię COVID-19. Wynikające z niniejszej publikacji wnioski wskazują na potrzebę dalszej obserwacji zjawiska substytucji leków w aptece, jego powodów oraz konsekwencji, a co za tym idzie, ciągłego podejmowania problemu z perspektywy różnych dyscyplin naukowych.

Bibliografia

Literatura

- Badreldin, H.A., Atallah, B. (2021). Global drug shortages due to COVID-19: Impact on patient care and mitigation strategies. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 1 (17), 1946–1949.
- Cucinotta, D., Vanelli, M. (2020). WHO Declares COVID-19 a Pandemic. *Acta Biomedica*, 6 (91), 157–160. DOI: 10.23750/abm.v91i1.9397.
- European Medicines Agency. (2019). *Guidance on detection and notification of shortages of medicinal products for Marketing Authorisation Holders (MAHs) in the Union (EEA)*. Amsterdam: European Medicines Agency. Dostęp: 26.04.2022, https://www.ema.europa.eu/en/documents/regulatory-procedural-guideline/guidance-detection-notification-shortages-medicinal-products-marketing-authorisation-holders-mahs_en.pdf.
- Kardas, P., Lichwierowicz, A., Urbański, F., Szadkowska-Opasiak, B., Karasiewicz, E., Lewek, P., Krupa, D., Czech, M. (2021). The potential to reduce patient co-payment and the public payer spending in Poland through an optimised implementation of the generic substitution: The win-win scenario suggested by the real-world big data analysis. *Pharmaceutics*, 13 (8). Dostęp: 16.05.2022, <https://www.mdpi.com/1999-4923/13/8/1165/htm>.
- Kurowska, P., Giermaziak, W. (2020). Epidemia koronawirusa COVID-19 a dostęp do leków. *Farmacja Polska*, 76 (9), 500–508.
- Li, H., Liu, S., Yu, X., Tang, S., Tang, C. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Zhejiang, China: an observational cohort study, *International Journal of Antimicrobial Agents*, 55 (5). Dostęp: 04.04.2022, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7139247/>.
- Łukasik, Z.M., Nowicki, M. (2018). Knowledge and attitude of community pharmacy employees towards an automatic drug substitution of generics and biosimilars, *Acta Poloniae Pharmaceutica—Drug Research*, 75 (5), 1247–1254.
- Merks, P., Jakubowska, M., Drellich, E., Świczekowski, D., Bogusz, J., Bilmin, K., Fehir-Sola, K., May, A., Majchrowska, A., Koziół, M., Pawlikowski, J., Jaguszewski, M., Vaillancourt, R. (2021). The legal extension of the role of pharmacists in light of the COVID-19 global pandemic, *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 17 (1), 1807–1812.
- Paul, A.K., Bogart, T., Schaber, A.R., Cutchins, D.C., Robinson, R.F. (2021). Alaska pharmacists: First responders to the pandemic in the last frontier, *Journal of the American Pharmacists Association*, 61 (1), 35–38.
- Sullivan, C.G. (2012). A brief history of generic substitution in the USA, *Pharmaceutical Patent Analyst*, 1 (1), 9–11.
- WHO. (2016). Meeting Report: Technical Definitions of Shortages and Stockouts of Medicines and Vaccines. Dostęp: 13.04.2022, <https://www.who.int/publications/m/item/WHO-EMP-IAU-2017.03https://www.who.int/publications/m/item/WHO-EMP-IAU-2017.03>.

- Zaprutko T., Kopciuch D., Bronisz M., Michalak M., Kus K. (2020). *Drug shortages as a result of parallel export in Poland — Pharmacists' opinions*, „Health Policy”, 124 (5), 563–567.
- Zimmermann, A. (2016). *Substytucja apteczna: aspekty prawne i medyczne*. W: Rydlichowska D., Pachnik K. (red.), *Prawo medyczne i farmaceutyczne. Monografia pokonferencyjna. I konferencja naukowa Pomorskiej Izby Adwokackiej w Gdańsku „Prawo medyczne i farmaceutyczne”*. Warszawa: Agencja Wydawnicza MakPrint, 73–82). Dostęp: 2.04.2022, https://www.adwokatura.gdansk.pl/upload/files/34_anyFile_file_prawo_medyczne_24-10-2016.pdf.
- Zimmermann, A., Gruchała, K., Zimmermann, R., Banasik, P. (2014). Rola farmaceuty w procesie substytucji aptecznej, *Farmacja Polska*, 70 (12), 725–731.

Akty prawne

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 roku w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz.U. z 2022 r. poz. 340).
- Ustawa z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2011 r. Nr 122, poz. 696).

Internet

- www1. <https://web.archive.org/web/20200304112521/https://www.gov.pl/web/zdrowie/pierwszy-przypadek-koronawirusa-w-polsce>. Dostęp: 13.04.2022.

<https://doi.org/10.19195/2658-1310.28.4.5>

Mateusz Grajek

ORCID: 0000-0001-6588-8598

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
mgrajek@sum.edu.pl

Martina Grot

ORCID: 0000-0002-1734-9802

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Maria Kujawińska

ORCID: 0000-0003-3157-7139

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Weronika Gwioździk

ORCID: 0000-0002-0773-5750

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Paulina Helisz

ORCID: 0000-0001-7639-5465

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Agnieszka Białek-Dratwa

ORCID: 0000-0002-7798-6424

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
abialek@sum.edu.pl

Zaburzenia odżywiania a postrzeganie obrazu ciała wśród kobiet po urodzeniu dziecka w okresie postpandemicznym

Artykuł nadesłany: 9.06.2022; artykuł zaakceptowany: 2.12.2022

Kody klasyfikacji JEL: I1

Słowa kluczowe: zaburzenia odżywiania, SCOFF, TFEQ-13, obraz ciała, pandemia COVID-19

Abstrakt

Okres okołoporodowy stanowi wyzwanie o charakterze fizjologiczno-psychologicznym w życiu kobiety ciężarnej oraz przyszłej mamy, przez co wymaga szczególnej opieki interdyscyplinarnej. Trzyletnia pandemia wirusa SARS-CoV-2 przyczyniła się do redefinicji wielu obszarów sektora zdrowia publicznego i wywołała zmiany psychofizyczne. Choroba COVID-19 rozpowszechniona na skalę globalną nasiliła progresję zaburzeń psychicznych, szczególnie z uwzględnieniem dysfunkcyjnej relacji w sposobie żywienia predysponującej do braku kontroli, nadmiernego ograniczania spożywanych posiłków oraz jedzenia emocjonalnego, wywołała przy tym zaburzenia odżywiania ukierunkowane na otyłość, zespół kompulsywnego objadania się, pregoreksję. Cel podjętej pracy dotyczył analizy postrzeganego obrazu ciała przez kobiety po ciąży zakończonej porodem. Analiza była ukierunkowana na występowanie u nich ewentualnych zaburzeń w odżywianiu. Narzędzie metodologiczne stanowiły kwestionariusze TFEQ-13 oraz SCOFF wraz z metryczką i analizą jakościową sposobu żywienia kobiet (do roku od porodu). Do badania zakwalifikowano 288 kobiet w przedziale wiekowym 20–45 lat. Wyliczony pomiar antropometryczny uwzględniający wskaźnik masy ciała w postaci kategoryzacji wskaźnika jako norma stanowił przewagę (66,7%). Przyrost masy ciała z okresu przed ciążą i po porodzie mieścił się w średniej wartości 3,5 kilogramów. Aspekt postrzegania ciała przez kobiety wskazywał na brak poczucia zadowolenia z jego obrazu (69%). Równocześnie połowa badanych cechowała się świadomością dotyczącą zmian w wyglądzie zewnętrznym z pozytywnym postrzeganiem obrazu ciała. Natomiast nacechowana negatywnie subiektywna ocena dotyczyła mniejszego odsetka kobiet (22%). Ponadto, w przypadku postrzegania masy ciała wobec rodzaju zastosowanej metody karmienia dziecka zostały zaobserwowane istotne różnice ($p = 0,03$). Dodatkowo niezadowolenie z masy ciała predysponowało do uzyskania wyższego wyniku w skali SCOFF, świadczącego o ryzyku pojawienia się zaburzeń odżywiania (46%; $p = 0,001$) wraz ze wzrostem BMI — wskaźnika masy ciała. Zaobserwowano istotną dodatnią zależność pomiędzy ograniczeniem spożywanych posiłków a wyższym parametrem BMI wraz z niezadowoleniem z masy ciała wśród kobiet z nadwagą lub prawidłową masą ciała oraz aktywnych fizycznie w okresie prekoncepcyjnym. Kobiety cechował znacznie częściej brak kontroli nad jedzeniem w okresie okołoporodowym (według kwestionariusza TFEQ-13). Reasumując: zachowania ukierunkowane na ograniczenie jedzenia i brak kontroli nad jedzeniem oraz emocjonalne spożywanie posiłków w grupie badanych kobiet przekładały się na negatywny obraz postrzeganego ciała w postaci niezadowolenia z masy ciała. Kobiety z nadwagą i otyłością predysponowały do progresji zaburzeń odżywiania w postaci pregoreksji. Element terapeutyczno-prewencyjny w postaci edukacji żywieniowej jest kluczowy, gdyż powszechnie występujące błędy w sposobie żywienia i suplementacji wiążą się z wyższym ryzykiem zaburzeń odżywiania.

Eating disorders and the perceived body image among women after childbirth in the post-pandemic period

Keywords: eating disorders, SCOFF, TFEQ-13, body image, COVID-19 pandemic

Abstract

The perinatal period is a physiological and psychological challenge in the life of a pregnant woman and future mother, requiring special interdisciplinary care. The three-year SARS-CoV-2 pandemic has redefined many areas of the public health sector, causing psychophysical changes. The COVID-19 disease, which has reached a global scale, has intensified the progression of mental disorders, especially taking into account the dysfunctional relationship with one's diet which pre-

disposes people to a lack of control, excessive restriction of meals, and emotional eating, causing obesity-oriented eating disorders, binge eating syndrome, and pregorexia. The aim of the study was to analyze the perceived body image among women after childbirth, focusing on the occurrence of possible eating disorders. The methodological tools were the TFEQ-13 questionnaire and the SCOFF questionnaire along with the record and qualitative analysis of the female nutrition (up to one year after childbirth). 288 women aged 20–45 were qualified for the study. Anthropometric measurement taking into account BMI in the form of index categorization as the norm was the majority (66.7%). The pre-pregnancy and postpartum weight gain averaged 3.5 kilograms. The aspect of body perception by women indicated a lack of satisfaction with its image (69%), but half of the respondents were aware of changes in external appearance with a positive perception of the body image. The negative subjective assessment concerned a smaller percentage of women (22%). Moreover, significant differences were observed in the case of the perception of body weight and the method of feeding the child ($p = 0.03$). Additionally, dissatisfaction with body weight predisposed to a higher SCOFF score, indicating the risk of developing eating disorders (46%; $p = 0.001$) with increasing body mass index. A significant correlation was observed between the reduction of consumed meals and a higher BMI parameter, along with dissatisfaction with body weight among overweight or healthy women and those physically active during the pre-conception period. Women were much more often characterized by a lack of control over food in the perinatal period (according to the TFEQ-13 questionnaire). To sum up, behaviors aimed at limiting eating, lack of control over eating, as well as emotional eating in the studied group of women resulted in a negative self-perception in the form of dissatisfaction with body weight. Overweight and obese women are predisposed to the progression of eating disorders in the form of pregorexia. The therapeutic and preventive element in the form of nutritional education is key, as common errors in the diet and supplementation are associated with a higher risk of eating disorders.

Wstęp

Zmiany w wielu obszarach zdrowia publicznego nastąpiły w wyniku ekspansji wirusa SARS-CoV-2 podczas trzyletniej pandemii jednostki chorobowej o podłożu zakaźnym COVID-19. Choroba wirusowa rozpowszechniona na skalę globalną nasiliła progresję zaburzeń psychicznych, szczególnie jeśli chodzi o dysfunkcyjną relację w sposobie żywienia. Negatywne emocje predysponują do zaburzenia w postrzeganiu obrazu ciała w wyniku szeregu zmian biologiczno-fizjologicznych zachodzących podczas patomechanizmu faz rozwojowych w obrębie płodu. Dysfunkcje obejmują modyfikację w pobieraniu pokarmu o charakterze zwiększonym lub znacznym ograniczeniu oraz nadmiernej kontroli modelu żywienia, co prowadzi do pregoreksji i/lub ortoreksji, jak również emocjonalnego spożywania posiłków (Tang et al., 2020).

W okresie przed- i okołoporodowym czynnikami predysponującymi do rozwoju niewłaściwych nawyków żywieniowych w kontekście patologicznej dysproporcji pomiędzy pobieranym pokarmem przed ciążą a pokarmem pobieranym w jej okresie są ciąża mnoga (trojaczki, czworaczki), wiek biologiczny rodziców (35–39 lat) planujących potomstwo, komplikacje okołoporodowe (krwotoki), poród pomiędzy dwudziestym drugim a trzydziestym siódmym tygodniem ciąży (wcześniak), metoda cesarskiego cięcia, infekcja układu moczowo-rozrodczego (przed

ciężą), choroby układu pokarmowego, choroby metaboliczno-endokrynologiczne, wskaźnik masy ciała u kobiet poniżej $18,5 \text{ kg/m}^2$ oraz powyżej 25 kg/m^2 , jak również czynniki psychospołeczne dotyczące relacji interpersonalnych, stopnia satysfakcji z macierzyństwa oraz postrzegania własnej ciąży (Larsen et al., 2021; Watson et al. 2019; Baskin, Meyer i Galligan, 2020).

Zmiany związane z negatywnym postrzeganiem obrazu ciała, w szczególnych przypadkach klinicznych z dysmorfofobią, mają podłoże psychologiczno-psychiatryczne prowadzące do zaburzeń odżywiania, ukierunkowane na otyłość, zespół kompulsywnego objadania się oraz pregoreksję. Uwarunkowane są one stresem, odczuciem lęku, niskim statusem społeczno-ekonomicznym, stanami depresyjnymi, stanami dysocjacyjnymi, uzależnieniem od tytoniu, alkoholu, farmakoterapią psychotropową, niewielkim odstępem pomiędzy kolejnymi ciążami i/lub wielokrotnymi porodami (wielorództwo). Czynniki te determinują poród przedwczesny, a w konsekwencji predysponują do stanu klinicznego definiowanego jako mikrosomia u dziecka (Aliaga et al., 2019). Trauma społeczna przebiegająca w dzieciństwie przyczynia się do podwyższonego poziomu skłonności destrukcyjnych w relacji z jedzeniem pod postacią utraty samokontroli w okresie przed planowaną ciążą oraz podczas zagnieżdżenia zarodka do momentu perinatalnego (około trzech miesięcy przed implantacją zarodka i podczas całego okresu ciąży) (Emery et al., 2021; Bye et al., 2018).

Reasumując: w okresie prekonceptyjnym oraz okołoporodowym (perinatalnym) istotna jest wczesna diagnoza czynników ryzyka patomechanizmu zaburzeń odżywiania w postaci przesiewowych testów oraz oceny jakościowo-ilościowej sposobu żywienia kobiety (Mento et al., 2017; Rocco et al., 2005).

Teoretyczny aspekt badań

Sposób karmienia dziecka może wpływać na przyrost lub spadek masy ciała u kobiet po ciąży, z kolei karmienie piersią korzystnie oddziałuje na zdrowie matki i dziecka. Metoda karmienia naturalnego predysponuje do obniżenia lub utrzymania prawidłowej masy ciała kobiety, ponieważ produkcja mleka zwiększa wydatek energetyczny. Kobiety, które karmią piersią, częściej zwracają uwagę na to, co spożywają. Jednak przypuszczalnie metoda karmienia naturalnego spowodować może wzrost apetytu, który jest odczuwany przez matkę podczas okresu laktacji (Gundersson i Abrams, 2000; Neville et al., 2014; McKinley et al., 2018; Rshan et al., 2021; Fallah, Askari i Asemi, 2020; Claydon et al., 2018).

Z przyrostem masy ciała po ciąży wiąże się szereg czynników psychospołecznych, mianowicie wzrost masy ciała, gdyż obserwuje się jej przyrost u kobiet, które odczuwały depresję, niepokój lub stres w czasie ciąży oraz w okresie poporodowym. Kobiety, które miały zdiagnozowaną depresję lub u których pojawiał się lęk czy stres podczas ciąży, były bardziej narażone na wzrost masy ciała (Pedersen

et al., 2011; Thompson, 2020). Zły stan zdrowia psychicznego stanowi wyjątkowe wyzwanie dla kobiet w okresie poporodowym. Oprócz zmiany życia codziennego w postaci opieki nad nowo narodzonym dzieckiem pojawia się przed matką różnorodny wachlarz wyzwań dotyczących zdrowego stylu życia. Prozdrowotne zachowania zmniejszają prawdopodobieństwo przyrostu masy ciała (Siega-Riz et al., 2010; Hodgkinson, Smith i Wittkowski, 2014). Najczęstszymi barierami dotyczącymi tej kwestii są brak czasu, problemy z opieką nad dziećmi i zmęczenie. Do głównych bodźców predysponujących do wdrażania pozytywnych zachowań zdrowotnych należą wsparcie partnera i chęć lepszego samopoczucia (Evenson, Aytur i Borodulin, 2009). Do innych problemów w kwestii aktywności fizycznej, z którymi spotkały się kobiety, zaliczyć można brak dostępu do niedrogich i odpowiednich zajęć w rodzaju ćwiczeń oporowych, aerobiku oraz kardio-aerobowych, jak również słabą dostępność do transportu publicznego (Devine, Bove i Olson, 2000; Puhl i Brownell, 2003).

Narodziny dziecka stanowią okres dostosowania się do nowych wymagań, które niosą ze sobą macierzyństwo, a także prowadzenie domu i radzenie sobie z innymi obowiązkami rodzinnymi. Jednocześnie kobieta w tym okresie wraca do pełnej sprawności po fizycznych obciążeniach związanych z ciążą i porodem. Kobiety obawiają się, że ciąża ma trwały lub długotrwały wpływ na ich masę ciała (Neiterman i Fox, 2016; Fox i Neiterman, 2015; Petersson, Zandian i Clinton, 2016). Wiele młodych matek odczuwa presję, aby dostosować się do ideałów kobiecego ciała utrwalanych przez społeczeństwo. Ideały te skupiają się na usunięciu wszelkich oznak ciąży jak najszybciej po urodzeniu dziecka (Neiterman i Fox, 2016; Fox i Neiterman, 2015). Gotowość i zdolność do podejmowania działań na korzyść zdrowia może znacznie się różnić pomiędzy poszczególnymi osobami ze względu na stan psychiczny oraz czynniki, które są poza kontrolą kobiet, takie jak ilość i jakość snu, świadczące o poziomie rytmu okołodobowego. W związku z powyższym nie należy lekceważyć trudności w kontrolowaniu masy ciała na tym etapie życia i dokładnie rozważyć interwencje związane ze stanem psychicznym ukierunkowane szczególnie na grupę młodych matek (Fox i Neiterman, 2015).

Ze względu na znaczące ryzyko konieczne jest, aby system ochrony zdrowia skupił większą uwagę na zaburzeniach odżywiania w okresie ciąży i po jej zakończeniu. Cele są możliwe do osiągnięcia poprzez podnoszenie świadomości na temat problemów związanych z zaburzeniami odżywiania przed porodem i po nim oraz rozwijanie i rozszerzanie usług specjalistycznych, a także pomaganie specjalistom takim jak lekarze, pielęgniarki i położne. Ponadto zastosowanie programów edukacyjnych i szkoleń ukierunkowanych na prewencję i profilaktykę zachowań żywieniowych oraz prozdrowotnych relacji z jedzeniem pozwoli na zmniejszenie poziomu występowania zaburzeń odżywiania wśród kobiet ciężarnych oraz podczas porodu. Istotna jest pomoc kobietom w tym okresie poprzez omówienie sposobu żywienia oraz parametrów masy ciała. W modelu interdyscyplinarnym usługi świadczone w sposób kompleksowy i empatyczny umożliwią rozproszenie

wstydu i niepokoju związanego z obawami dotyczącymi masy ciała i zachowaniami żywieniowymi oraz pomocą w identyfikacji stanu zdrowia kobiet w grupie szczególnego ryzyka zdrowotnego, jednocześnie potrzebujących specjalistycznej opieki alternatywnej (Petersson, Zandian i Clinton, 2016; Heslehurst et al., 2013).

Cel podjętej pracy dotyczył analizy postrzeganego obrazu ciała przez kobiety po ciąży zakończonej porodem, która to analiza była ukierunkowana na występowanie u nich ewentualnych zaburzeń w odżywianiu. Do uzyskania celu głównego posłużyły następujące pytania badawcze:

1. Czy metoda porodu wpływa na poziom zadowolenia z obrazu ciała?
2. Czy wskaźnik masy ciała (BMI) predysponuje do zaburzeń odżywiania?
3. Czy zaburzone relacje z jedzeniem wpływają na stopień zadowolenia z masy ciała?
4. Czy metoda karmienia dziecka wpływa na poziom zadowolenia z obecnej masy ciała wśród kobiet?

Metodologia badań

Badanie zostało przeprowadzone w czwartym kwartale 2021 roku. Próba uczestniczących w zaplanowanym badaniu liczyła 305 osób płci żeńskiej w przedziale wiekowym 20–45 lat. Narzędzie badawcze w postaci kwestionariusza ankiety o charakterze anonimowym składało się z dwóch elementów: części metrykalnej oraz analizy jakości sposobu żywienia. Wskaźnik oceny kwestionariusz TFEQ-13 ukierunkowany został na ocenę relacji z jedzeniem przy uwzględnieniu trzech czynników predysponujących do zaburzeń odżywiania: nadmiernego ograniczania konsumpcji jedzenia i całkowitej utraty kontroli nad spożyciem żywności w sposobie żywienia oraz emocjonalnym jedzeniu. Wykorzystano również wskaźnik analizy kwestionariusza SCOFF oceniający czynnik ryzyka patomechanizmu zaburzeń odżywiania. W związku z powyższym zastosowano następująco dwa kwestionariusze w postaci polskiej adaptacji kwestionariusza *Three-Factor Eating Questionnaire-13* (TFEQ-13) i kwestionariusz SCOFF. Analizę przeprowadzono na podstawie badań grupy 282 zakwalifikowanych kobiet w wieku 20–45 lat. Kryterium włączenia do badania stanowiły zgoda na przeprowadzenie trzyetapowego badania ankietowego, okres najwyżej dwunastu miesięcy od ostatniego porodu oraz brak przebiegu ciąży w okresie badania. Natomiast kryterium wyłączenia stanowiły brak zgody na uczestniczenie w badaniu, okres od ostatniego porodu liczący więcej niż dwanaście miesięcy, a także przebieg ciąży w okresie badania. Analizę wyników opracowano w programie Microsoft Excel, zaś interpretację statystyczną przeprowadzono w programie Statistica 13.3 (StatSoft Polska). W programie dokonano oceny siły związku między poszczególnymi zmiennymi. W tym celu wykorzystano test U Manna-Whitneya oraz test ANOVA Kruskala-Wallisza dla cech mierzalnych. Natomiast w przypadku cech niemierzalnych zastosowano test χ^2 . Poziom istotności statystycznej ustalono w zakresie $p < 0,05$.

Analiza wyników badań

Charakterystyka grupy badanej przedstawia, że wśród większego odsetka kobiet ostatni poród odbył się co najmniej dwa miesiące wcześniej, ale nie później niż sześć miesięcy wcześniej, najczęstszy rodzaj metody porodu to poród siłami natury, a największy odsetek kobiet karmił naturalnie po porodzie. Kobiety poproszono o udzielenie informacji na temat wskaźników antropometrycznych: aktualnej masy ciała wyrażonej w kilogramach oraz wzrostu wyrażonego w centymetrach. Na podstawie uzyskanych wyników obliczono wskaźnik BMI badanych. Zgodnie z wyliczoną wartością (BMI) kobiety zostały odpowiednio zakwalifikowane do czterech kategorii stanu odżywiania: niedowaga (poniżej $18,5 \text{ kg/m}^2$), norma ($18,5\text{--}24,9 \text{ kg/m}^2$), nadwaga ($25\text{--}29,9 \text{ kg/m}^2$), otyłość ($30\text{--}40 \text{ kg/m}^2$). Wskaźnik masy ciała grupy kobiet dominował w zakresie $18,5\text{--}24,9 \text{ kg/m}^2$, w znacznej większości ich wskaźnik masy ciała został oceniony jako prawidłowy. Dane zostały przedstawione w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy (N = 282)

Podział	Grupy	N	%
Termin ostatniego porodu	do 2 miesięcy temu	31	11
	2–6 miesięcy temu	187	66
	7–12 miesięcy temu	64	23
Rodzaj porodu	naturalny	154	55
	cesarskie cięcie	128	45
Sposób karmienia	wyłączne karmienie piersią	175	62
	częściowe karmienie piersią	48	17
	mieszanka sztuczna	59	21
Wskaźnik masy ciała (BMI)	niedowaga	21	7
	prawidłowa masa ciała	186	66
	nadwaga	53	19
	otyłość	22	8

Zdecydowany odsetek kobiet odpowiedział przecząco w kontekście zadowolenia z obecnej masy ciała ($n = 193$; 68%). Około 39% badanych ($n = 72$) z normatywnym wskaźnikiem BMI jest zadowolonych z masy ciała po ciąży. W badaniu własnym aspekt dotyczący postrzegania ciała przez kobiety wykazywał u większości z nich brak poczucia zadowolenia i akceptacji swojego wyglądu. Niezadowolenie z obecnej masy ciała predysponowało do pojawienia się zaburzeń odżywiania wraz ze wzrostem wskaźnika masy ciała.

Analiza odpowiedzi na pytanie odnoszące się do subiektywnej oceny ciała po okresie ciąży pozwoliła stwierdzić, że większy odsetek badanych kobiet deklarował pozytywny stosunek do swojego ciała ($n = 222$; 79%), a poród siłami natury częściej deklarowały kobiety, które nie dostrzegały znaczących zmian w wyglą-

dzie swojego ciała w przeciwieństwie do kobiet po zabiegu cesarskiego cięcia. Negatywny obraz ciała w odniesieniu do własnej figury deklarowało 21% kobiet ($n = 60$), a ponad 50% z nich urodziło metodą cesarskiego cięcia. Przeprowadzona analiza wykazała istotną zależność z dodatnią siłą korelacji pomiędzy rodzajem porodu a subiektywnym rodzajem postrzegania ciała po ciąży. Dane zostały przedstawione w tabeli 2.

Tabela 2. Subiektywna ocena ciała po ciąży w odniesieniu do rodzaju porodu badanych ($n = 282$)

Jak postrzega pani swoje ciało po ciąży?	Rodzaj porodu		p-wartość	Siła zależności
	naturalny n (%)	cesarskie cięcie n (%)		
Ciało znacznie się zmieniło, postrzegam je pozytywnie	75 (49)	75 (59)	<0,05	Vc=0,21
Ciało znacznie się zmieniło, postrzegam je negatywnie	27 (18)	33 (26)		
Ciało nie zmieniło się znacznie, postrzegam je pozytywnie	52 (34)	20 (16)		

Zweryfikowano zachowania o podłożu poznawczo-behavioralnym oraz emocjonalnym związane z żywieniem, uwzględniając podział na trzy podskale: ograniczanie jedzenia, brak kontroli nad jedzeniem oraz jedzenie emocjonalne. Wśród respondentek nasilenie poszczególnych zachowań wynosiło sześć punktów dla braku kontroli, pięć punktów dla ograniczania jedzenia oraz trzy punkty dla jedzenia emocjonalnego. Przeanalizowano powyższe zachowania pod względem wskaźnika BMI, podejmowania aktywności fizycznej przed ciążą oraz zadowolenia z obecnej masy ciała. Wykazano, że badane kobiety po ciąży predysponują swoim zachowaniem do ograniczania jedzenia w przypadku nadwagi, niezadowolenia z masy ciała. Ponadto ograniczanie w stosunku do spożywanej żywności dotyczyło badanych kobiet wdrażających aktywność fizyczną w okresie prekoncepcyjnym. Dodatkowo wykazano zależności oraz dodatnią siłą korelacji pomiędzy tendencją do ograniczenia jedzenia, brakiem kontroli nad jedzeniem czy jedzeniem emocjonalnym a niezadowoleniem ze swojej masy ciała. Wyniki przedstawia tabela 3.

Ponadto analiza własnych wyników pozwoliła stwierdzić, że kobiety niezadowolone ze swojej masy ciała często karmiły dziecko z zastosowaniem metody karmienia w postaci mieszanej. Aktywność ruchowa wdrażana w okresie prekoncepcyjnym sprzyjała pozytywnemu postrzeganiu własnego ciała. Kobiety, które urodziły dziecko, zauważyły w swoim ciele takie zmiany jak rozstępy na skórze brzucha, zmiany w wyglądzie włosów i paznokci, przebarwienia twarzy, zmiany zapalne i nowe zmarszczki. Zdecydowana większość respondentek uważała, że zmiany te związane są z okresem przebytej ciąży.

Tabela 3. Poznawczo-behawioralne i emocjonalne zachowania związane z jedzeniem w zależności od BMI, zadowolenia z masy ciała oraz aktywności fizycznej przed ciążą

Zmienne		Ograniczenie jedzenia		Brak kontroli nad jedzeniem		Jedzenie emocjonalne	
		p	średnia	p	średnia	p	średnia
BMI	niedowaga	<0,001	2,76	0,04	6,19	0,03	2,90
	norma	<0,001	5,37	0,04	6,05	0,03	3,10
	nadwaga	<0,001	5,71	0,04	6,19	0,03	3,66
	otyłość	<0,001	4,09	0,04	8,27	0,03	4,50
Zadowolenie z masy ciała	tak	0,009	4,39	0,001	5,41	<0,001	2,44
	nie	0,009	5,48	0,001	6,66	<0,001	3,69
Aktywność fizyczna przed ciążą	tak	<0,001	5,85	0,42	6,17	0,08	3,51
	nie	<0,001	4,19	0,42	6,38	0,08	3,00

Wnioski

1. Większy odsetek kobiet nie akceptuje swojego ciała po porodzie. Rodzaj zastosowanej metody porodu w postaci cesarskiego cięcia predysponuje do braku samoakceptacji związanego istotnie z niskim poziomem subiektywnej oceny dotyczącej ciała badanych matek.

2. Wyższy wskaźnik masy ciała predysponuje do czynnika ryzyka związanego z wystąpieniem zaburzeń odżywiania wśród badanych kobiet na podstawie skali SCOFF oraz istotnego wpływu na ograniczanie jedzenia na podstawie skali TFEQ-13.

3. Negatywny obraz postrzegania własnego ciała wraz z niezadowoleniem z masy ciała predysponują do pojawienia się zaburzeń odżywiania w postaci ograniczania jedzenia oraz braku kontroli nad jedzeniem.

4. Metoda zastosowanego karmienia naturalnego dominowała wśród badanych matek. Zauważono, że zastosowany naturalny sposób karmienia występował znacznie częściej u kobiet zadowolonych z obecnej masy ciała w okresie okołoporodowym.

5. Większy odsetek kobiet wyraża skłonność do zmniejszenia masy ciała, blisko połowa z nich przejawia ryzyko wystąpienia ewentualnych zaburzeń odżywiania, co może sugerować konieczność wdrożenia edukacyjnego oraz prewencyjnego modelu holistycznego o podłożu interdyscyplinarnym (psycholog, dietetyk).

6. Edukacja żywieniowa stanowi kluczowy element interdyscyplinarny terapii żywieniowej oraz poznawczo-behawioralnej z uwagi na zwiększone prawdopodobieństwo występowania błędów żywieniowych i suplementacyjnych oraz przypuszczalnie podwyższonego czynnika ryzyka patomechanizmu zaburzeń odżywiania.

Bibliografia

- Aliaga, A., Cunillera, O., Amador, M., Aliaga, M., Arquerons, M., Almeda, J. (2019). Association between affective disorders presenting before and during pregnancy and pre-term birth, considering socio-demographic factors, obstetric factors, health conditions, and use of medication. *Atencion primaria*, 51 (10), 626–636.
- Baskin, R., Meyer, D., Galligan, R. (2020) Psychosocial factors, mental health symptoms, and disordered eating during pregnancy. *International Journal of Eating Disorder*, 53 (6), 873–882.
- Bye, A., Shawe, J., Bick, D., Easter, A., Kash-Macdonald, M., Micali, N. (2018). Barriers to identifying eating disorders in pregnancy and in the postnatal period: a qualitative approach. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18 (1), 114.
- Claydon, E., Davidov, D., Zulling, K., Lilly, Ch., Cottrell, L., Zerwas, S. (2018) Waking up every day in a body that is not yours: a qualitative research inquiry into the intersection between eating disorders and pregnancy. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18 (1).
- Devine, C.M., Bove, C.F., Olson, C.M. (2000). Continuity and change in women's weight orientations and lifestyle practices through pregnancy and the postpartum period: the influence of life course trajectories and transitional events. *Social Science & Medicine*, 50 (4), 567–582.
- Emery, R.L., Benno, M.T., Kleih, T., Bell, E., Mason, S.M., Levine, M.D. (2021). Childhood traumatic events and loss of control eating in pregnancy: Findings from a community sample of women with overweight and obesity. *Eating Behaviors*, 42. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2021.101513.
- Evenson, K.R., Aytur, S.A., Borodulin, K. (2009). Physical activity beliefs, barriers, and enablers among postpartum women. *Journal of Women's Health*, 18 (12), 1925–1934.
- Fallah, M., Askari, G., Asemi, Z. (2020). Is Vitamin D Status Associated with Depression, Anxiety and Sleep Quality in Pregnancy: A Systematic Review. *Advanced Biomedical Research*, 9.
- Fox, B., Neiterman, E. (2015). Embodied motherhood: women's feelings about their postpartum bodies. *Gender & Society*, 29 (5), 670–693.
- Gunderson, E.P., Abrams, B. (2000) Epidemiology of gestational weight gain and body weight changes after pregnancy. *Epidemiologic Review*, 22 (2), 261–274.
- Heslehurst, N., Russell, S., Brandon, H., Johnston, C., Summerbell, C., Rankin, J. (2013). Women's perspectives are required to inform the development of maternal obesity services: a qualitative study of obese pregnant women's experiences. *Health Expectations*, 18 (5), 969–981.
- Hodgkinson, E.L., Smith, D., Wittkowski, A. (2014). Women's experiences of their pregnancy and postpartum body image: a systematic review and meta-synthesis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14 (1).
- Larsen, J.T., Bulik, C.M., Thornton, L.M., Koch, S.V., Petersen, L. (2021). Prenatal and perinatal factors and risk of eating disorders. *Psychological Medicine*, 51 (5), 870–880.
- McKinley, M.C., Allen-Walker, V., McGirr, C., Rooney, C., Woodside, J.V. (2018). Weight loss after pregnancy: challenges and opportunities. *Nutrition Research Reviews*, 31 (2), 225–238.
- Mento, C., Le Donne, M., Crisafulli, S., Rizzo, A., Settineri, S. (2017). BMI at early puerperium: Body image, eating attitudes and mood states. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 37 (4), 428–434.
- Neiterman, E., Fox, B. (2016). Controlling the unruly maternal body: losing and gaining control over the body during pregnancy and the postpartum period. *Social Science & Medicine*, 174, 142–148.
- Neville, C.E., McKinley, M.C., Holmes, V.A., Spence, D., Woodside, J.V. (2014). The relationship between breastfeeding and postpartum weight change — a systematic review and critical evaluation. *International Journal of Obesity*, 38 (4), 577–590.

- Pedersen, P., Baker, J.L., Henriksen, T.B., Lissner, L., Heitmann, B.L., Sørensen, T.I.A., Nohr, E.A. (2011). Influence of psychosocial factors on postpartum weight retention. *Obesity (Silver Spring)*, 19 (3), 639–646.
- Pettersson, C.B., Zandian, M., Clinton, D. (2016). Eating disorder symptoms pre- and postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 19 (4), 675–680.
- Puhl, R.M., Brownell, K.D. (2003). Psychosocial origins of obesity stigma: toward changing a powerful and pervasive bias. *Obesity Reviews*, 4 (4), 213–227.
- Rashan, N., Sharifi, N., Fathnezhad-Kazemi, A., Golnazari, K., Taheri, S. (2021). The association between social support and psychological factors with health-promoting behaviours in pregnant women: A cross-sectional study. *Journal of Education and Health Promotion*, 10.
- Rocco, P., Orbitello, B., Perini, L., Pera, V., Ciano, R., Balestrieri, M. (2005). Effects of pregnancy on eating attitudes and disorders: A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 59 (3), 175–179.
- Siega-Riz, A.M., Herring, A.H., Carrier, K., Evenson, K.R., Dole, N., Deierlein, A. (2010). Socio-demographic, perinatal, behavioral, and psychosocial predictors of weight retention at 3 and 12 months postpartum. *Obesity (Silver Spring)*, 18 (10), 1996–2003.
- Tang, X., Andres, A., West, D.S., Lou, X., Krukowski, R.A. (2020). Eating behavior and weight gain during pregnancy. *Eating Behaviors*, 36, DOI: 10.1016/j.eatbeh.2020.101364.
- Thompson, K. (2020). An application of psychosocial frameworks for eating disorder risk during the postpartum period: A review and future directions. *Archives of Women's Mental Health*, 23 (5), 625–633.
- Watson, H.J., Diemer, E.W., Zerwas, S., Gustavson, K., Knudsen, G.P., Torgersen, L., Reichborn-Kjennerud, T., Bulik, C.M. (2019). Prenatal and perinatal risk factors for eating disorders in women: A population cohort study. *International Journal of Eating Disorder*, 52 (6), 643–651.

Henryk Mruk

ORCID: 0000-0003-4146-9094

Wyższa Szkoła Zarządzania i Bankowości w Poznaniu

henryk.mruk48@gmail.com

Kultura pracy a jakość życia

Artykuł nadesłany: 17.07.2022; artykuł zaakceptowany: 4.10.2022

Kody klasyfikacji JEL: D23, H32, I31

Słowa kluczowe: kultura pracy, kultura organizacyjna, jakość życia, praca zawodowa

Abstrakt

Nadmierna eksploatacja zasobów ziemi, pandemia, wojna Rosji z Ukrainą to szczególne warunki powodujące zmiany funkcjonowania przedsiębiorstw. Te warunki przyczyniają się do zmian oczekiwań pracowników w odniesieniu do warunków pracy w przedsiębiorstwach. Prowadzi to do zmian w działaniu przywódców organizacji. Pracownicy oczekują od liderów tworzenia warunków do mądrej pracy. Oczekują dialogu, transparentności, poczucia bezpieczeństwa, równoważenia pracy zawodowej z jakością życia, korzystania z możliwości rozwijania siebie. Wyzwaniem dla liderów jest skuteczne komunikowanie się z pracownikami, uwzględnianie ich potrzeb, dbanie o czas dla realizowania siebie. Rosną oczekiwania w odniesieniu do wiedzy merytorycznej, empatii oraz znajomości psychologii po stronie osób pełniących funkcje przywódcze w biznesie. Kierowanie się oczekiwaniami w zakresie jakości życia pracowników jest warunkiem osiągnięcia celów biznesowych oraz realizowania zadań w kwestii produktywności oraz skuteczności.

Work culture and the quality of life

Keywords: work culture, organizational culture, quality of life, professional work

Abstract

Excessive exploitation of land resources, the pandemic, and the war between Russia and Ukraine are special conditions which cause changes in the functioning of enterprises, including the expectations of employees with regard to working conditions. This, in turn, leads to changes in the behavior of the organizations' leaders. Employees expect leaders to create conditions for reasonable work — dialogue, transparency, a sense of security, a chance to balance their professional work with the quality of life, taking advantage of the opportunities to find fulfilment. The challenge for leaders is effective communication with employees, taking their needs into account, providing time for their

self-development. Expectations in terms of substantive knowledge, empathy, and psychological competences are growing with regards to people performing leadership functions in business. Being guided by the expectations regarding the quality of life of employees is a prerequisite for achieving business goals and carrying out tasks in terms of productivity and effectiveness.

Wprowadzenie

Pandemia, wojna wywołana przez Rosję, wysoka inflacja to istotne elementy zmian w otoczeniu, które zaszły w roku 2022. Mają one wpływ na funkcjonowanie ludzi w wielu wymiarach ich egzystencji. Jednym z tych wymiarów, będących swego rodzaju syntezą różnych zmian, jest jakość życia. Może być ona definiowana na wiele sposobów. Jest składową warunków w pracy zawodowej, atmosfery w rodzinie, warunków mieszkaniowych, możliwości zaspokojenia potrzeb, relacji z innymi ludźmi, a także wielu innych elementów. Ważnym elementem jakości życia jest przekonanie człowieka o swojej wartości, podmiotowości, swoim sprawstwie. Zdając sobie sprawę ze złożoności terminu „jakość życia”, skupimy uwagę na jednym obszarze, a mianowicie — kulturze pracy. Także ten termin obejmuje wiele różnych płaszczyzn. W dalszej części będziemy się koncentrować na kulturze organizacyjnej przedsiębiorstwa, znaczeniu roli lidera, regułach budowania zespołu, formułowaniu celu oraz sposobów jego osiągnięcia.

Celem opracowania jest krytyczne spojrzenie na powiązania między kulturą pracy a jakością życia, w warunkach zmian spowodowanych przez pandemię, wpływ emigrantów z Ukrainy, a także najwyższą od 1997 roku inflację. Postawiona w tekście teza sprowadza się do konieczności dostosowania metod zarządzania przedsiębiorstwami do potrzeb i oczekiwań kolejnych generacji pracowników. Zwiększenie produktywności działania oraz podniesienie satysfakcji pracowników wymagają dostosowania kultury organizacyjnej przedsiębiorstwa do wymogów oczekiwanej jakości życia. Metodyka tekstu bazuje na technikach wnioskowania logicznego, myśleniu abstrakcyjnym, analizie krytycznej, obserwacjach oraz technikach porównawczych. Podstawą rozważań są literatura przedmiotu, rozmowy z liderami biznesu, studentami programów MBA, a także wymiana doświadczeń w czasie konferencji poświęconych różnym obszarom działania przedsiębiorstw w zmieniających się warunkach.

Eksplozja zmian w otoczeniu biznesu

W procesie zarządzania przedsiębiorstwami zmiany wpisywały się zawsze w stały element podejmowania wyzwań biznesowych oraz społecznych. Model VUCA na trwałe wywarł wpływ na zasady myślenia o zarządzaniu organizacjami. Jednakże zmiany, które nastąpiły w 2022 roku, doprowadziły do powstania nieznanych wcześniej warunków, przyspieszając oraz kumulując działania wielu czynników.

Zapoczątkowana w 2020 roku pandemia zburzyła istniejące zasady współpracy międzynarodowej. Zerwane łańcuchy dostaw, praca zdalna, zamykanie działalności w wielu sektorach postawiły przedsiębiorstwa, liderów, pracowników przed licznymi, złożonymi problemami. Inwazja Rosji na Ukrainę zwielokrotniła skalę wyzwań w obszarze gospodarczym oraz społecznym. Silny wzrost cen surowców energetycznych, sankcje ekonomiczne, a także błędy popełniane przez rządy doprowadziły do rekordowej w Polsce inflacji, przekraczającej w czerwcu 2022 roku poziom 15%.

Zaprezentowane syntetycznie zmiany dotyczą zarówno przedsiębiorców, jak i pracowników oraz konsumentów. Liczba emigrantów z Ukrainy, przekraczająca 3,4 mln, dodatkowo pogłębiła skalę problemów do rozwiązania. Nowym, trudnym do szybkiego rozwiązania problemem stały się naciski polityczne oraz społeczne związane z sankcjami nałożonymi na Rosję. Dla wielu podmiotów wyjątkowo trudna okazała się reakcja na odcięcie od rynków zaopatrzenia oraz zbytu. Wymagało to wprowadzenia zmian w planach produkcji, sprzedaży, logistyki, a nawet finansów i marketingu.

Z natury biznesu wynika, że celem oraz sensem działania przedsiębiorstwa, jego trwałej obecności na rynku, jest wypracowanie takiego poziomu obrotu, który zagwarantuje pokrycie kosztów oraz wypracowanie zysku. To jest podstawowe zadanie w zarządzaniu przedsiębiorstwem. Liderzy jednak zdają sobie sprawę ze znaczenia kondycji fizycznej oraz psychicznej pracowników oraz ich wpływu na produktywność, na realizację zadań. W XXI wieku to właśnie pracownicy są najważniejszym, najcenniejszym zasobem przedsiębiorstwa. To powoduje, że podejmowane są liczne nowe działania, których celem jest wspieranie pracowników w szeroko rozumianych aspektach jakości ich życia. Trzeba jednak zdawać sobie sprawę z tej zależności. Podmioty biznesu, liderzy wprowadzają różne, oryginalne rozwiązania z obszaru jakości życia pracowników, aby służyły one osiągnięciu celów organizacji. Wiele z tych działań ma szerszy, ogólnoludzki, humanitarny zakres, jednak w biznesie są one przede wszystkim środkami do zrealizowania planów sprzedażowych.

Ewolucja świadomości kolejnych generacji pracowników

Rzeczywistość społeczno-gospodarcza tworzy się jako wypadkowa ścierania się wielu trendów oraz zmiennych. Na świat przychodzą kolejne pokolenia, krytycznie nastawione do wartości wyznawanych przez rodziców i dziadków. Nowe technologie, łatwość poznawania nowych krajów, szybka i globalna wymiana informacji dokonują przewartościowania w odniesieniu do postrzegania sensu oraz jakości życia. Szczególne znaczenie dla generacji wchodzących na rynek pracy ma równoważenie wszystkich aspektów życia. Praca staje się tylko jednym z elemen-

tów w spojrzeniu na jakość życia, traktowanego w szerokim ujęciu. Na margines są spychane elementy rozwoju materialnego, wyrażane dynamiką wzrostu PKB oraz wskaźnikami PKB na jednego mieszkańca. Zasoby materialne, tak istotne dla osób urodzonych bezpośrednio po II wojnie światowej, są zastępowane nowymi wartościami, składającymi się na jakość życia. Młode pokolenie pracowników oczekuje od pracodawców partnerskiego, podmiotowego traktowania. Oczekuje, że cele przedsiębiorstwa nie mogą być realizowane kosztem rozwoju osobistego, relacji z innymi, korzystania z kultury, poznawania świata. Na pierwszym planie są stawiane jakościowe aspekty życia, natomiast towary i usługi, jako elementy materialne, schodzą na dalszy plan (Hickel, 2021, 287). Stawia to liderów przed nowymi wyzwaniami. Dostosowanie się do oczekiwań najmłodszych generacji pracowników staje się sposobem osiągnięcia celów biznesowych. Są to kwestie trudne dla liderów wywodzących się z wcześniejszych generacji (Santorski, 2020, 193). Ustalone dotąd zasady pracy w przedsiębiorstwie wymagają nawet dość radykalnych zmian. Generuje to konflikty między stylem sprawowania władzy przez tradycyjnych liderów a oczekiwaniami najmłodszych pracowników. Zastępowanie reguł standardami okazuje się trudnym wyzwaniem (Gladwell, 2020, 246). Skrajną ilustracją oczekiwań może być ustalanie reguły w rozumieniu pracy na przykład od ósmej do szesnastej. Tak podchodzi się do zasad w większości przedsiębiorstw. Młodszy pracownicy opowiadają się za standardami typu: „praca w zdroworozsądkowym wymiarze czasu”. I tak rodzi się konieczność dostosowania rozwiązań do nowych oczekiwań, reprezentowanych przez młodsze generacje pracowników.

Nowa perspektywa jakości życia

Z nadzieją oraz optymizmem można spoglądać na rodzące się do życia zmiany, głównie o charakterze jakościowym. Nauka dokonała istotnych postępów w badaniach nad funkcjonowaniem mózgow ludzi. Jednakże zakres posiadanej wiedzy pozostaje nadal w cieniu tego, co nieznanne. Być może postawy ludzi są w pewnej mierze kształtowane za pomocą intuicji (Niebauer, 2021, 87). Interesujący jest nacisk, który wywierają młodzi ludzie na ochronę dobrostanu Ziemi. Można odnieść wrażenie, że to nie tylko efekt większej świadomości edukacyjnej, lecz także być może przecucia o charakterze intuicyjnym. Protesty uczniów szkół podstawowych i szkół średnich, którzy domagają się ochrony klimatu, środowiska, mają nie tylko roszczeniowe fundamenty. Są to kwestie trudne do badania, jednak wspierane prazaufaniem do świata, mogą wyrastać ze sfery intuicji, przeczuć (Sztompka, 2007, 96). Oczekiwania związane z jakością życia w pierwszym rzędzie dotyczą tradycyjnych struktur zarządzania przedsiębiorstwami. Z coraz większym impetem przeniosą się one na oczekiwania dotyczące osób sprawujących władzę, czyli rządów oraz państw.

Akcentowany od lat siedemdziesiątych XX wieku paradoks, określane terminami „mieć” a „być”, powoli wchodzi w fazę zmieniania paradygmatów gospodarczo-społecznych (Mazzucato, 2021, 149). Stosowane na świecie rozwiązania odnoszące się do wytwarzania, przechwytywania oraz niszczenia wartości są poddawane silnej krytyce. Będzie to wymagało zmian w filozofii zarządzania przedsiębiorstwami, a także w podejściu do odpowiedzialności rządów za dobra wspólne, publiczne. To z kolei przełoży się na wprowadzanie istotnych zmian w edukowaniu, kształtowaniu postaw polityków odpowiedzialnych za harmonię i sprawiedliwość społeczną (Kinastowska, 2022, 132). Przeniesienie akcentów z traktowania człowieka w kategoriach tego, co posiada materialnie, na perspektywę jego zdrowia fizycznego, psychicznego, sumy przeżyć, doznań emocjonalnych, relacji zbudowanych z innymi dotyka fundamentów ustanowionego porządku społecznego. System kapitalistyczny bez wątpienia doprowadził do istotnej poprawy warunków życia, zwiększenia poziomu edukacji, wydłużenia średniego czasu trwania życia. Jednakże spowodował też trudny do społecznego akceptowania wzrost różnic dochodowych, społecznych, zmian klimatycznych, środowiskowych, nadmiernego eksploatowania zasobów ziemi

Obszarem nowych rozwiązań są koncepcje oparte na współdzieleniu, kontrastujące z posiadaniem. Z jednej strony dotyczy to szerszego korzystania z dóbr i usług, traktowanych jako własność indywidualna (samochody, mieszkania, rowery), a z drugiej strony rozbudowywania oferty publicznej (metro, muzea, szkoły). Warto podkreślać jest to, że przywołane trendy mają charakter globalny, chociaż ich intensywność jest różna w przekroju państw świata (Guillen, 2021, 211). Rośnie jednak świadomość ludzi dotycząca tego, że wszyscy są obywatelami globu i wszyscy odpowiadają za przyszłość.

Mądre przywództwo w centrum zainteresowania

Liderzy przedsiębiorstw są osobami, którym przychodzi, i to dość nagle oraz niespodziewanie, funkcjonować na przecięciu tych dwóch elementów, czyli kultury pracy oraz jakości życia. Zderzenie wartości istniejących po obydwu tych stronach generuje konflikty, niezrozumienie oraz nieporozumienia. W rozmowie z absolwentem programu MBA pojawiło się stwierdzenie, że działający w jego otoczeniu liderzy absolutnie się nie nadają, w wielu przypadkach, do pełnienia funkcji przywódczych, do zarządzania pracownikami. Rozmówca uznał, że nie posiadają oni najbardziej podstawowych kompetencji, jakich oczekuje kolejna generacja pracowników. Generacja najmłodszych pracowników oczekuje mądrego przywództwa, opartego na wartościach, rozumieniu potrzeb, opartego na dialogu. Rośnie zapotrzebowanie na liderów, którzy skutecznie połączą cele biznesowe z partnerskim zarządzaniem zespołami. Pandemia uświadomiła, że zdrowie psychiczne pracowników jest tak samo ważne jak kondycja fizyczna. Liderzy stoją zatem wo-

bec nowych wyzwań. Zasadne staje się zapewnianie bezpieczeństwa pracowników w zakresach takich jak depresja czy wypalenie zawodowe. Tego typu zagrożenia mogą dotyczyć również liderów, a zatem ważna będzie dla nich troska o utrzymanie własnej energii, a także motywacji, na odpowiednio wysokim poziomie.

Istotnym obszarem kompetencji lidera jest wiedza z zakresu psychologii. Budowanie relacji w zespołach bywa bardziej skuteczne, jeśli lider zna naturę człowieka oraz pułapki decyzyjne (Kahneman, Sibony, Sunstein, 2022, 345). Są to nowe obszary wiedzy, których znajomość jest warunkiem skuteczności w pełnieniu funkcji lidera. Ma to szczególne znaczenie w sytuacji zagrożeń, niepewności powodowanych pandemią, toczoną po sąsiedzku wojną oraz wyjątkowo wysoką inflacją.

Zadowolenie z pracy i poczucie bezpieczeństwa pracowników przenoszą się na różnorodne aspekty satysfakcji osobistej, a tym samym podnoszą jakość życia. W swoich działaniach lider może korzystać z narzędzi, które temu służą. Jednym z nich jest rozmowa z pracownikami na temat barier, przeszkód, ograniczeń, które przeszkadzają im w podnoszeniu produktywności oraz osiąganiu zadowolenia z pracy. Prowadzenie takiej rozmowy sprawi, że liderowi łatwiej będzie identyfikować ograniczenia. Warunkiem właściwego korzystania z tego narzędzia jest zdolność do słuchania. Pułapką może być przekonanie, że lider ma lepsze rozeznanie sytuacji i sam może wprowadzać swoje koncepcje. Ilustracją właściwego podejścia, poprawnego korzystania z możliwości rozmowy z pracownikami, jest przypadek lidera w zespole pracowników szpitala. W rozmowie z lekarzami pojawiła się propozycja wyposażenia pomieszczeń w lustra. Personel podczas zakładania i zdejmowania odzieży ochronnej powinien unikać dotykania twarzy. Trudno było postępować bezpiecznie, gdy nie można było widzieć siebie w lustrze w czasie tego złożonego procesu. Zakup oraz zastosowanie luster w istotny sposób przyczyniły się do zwiększenia bezpieczeństwa zespołu medycznego. Z kolei w rozmowie z ratownikami medycznymi pojawiła się potrzeba spotkań z psychologiem. I ten postulat został zrealizowany, co podniosło komfort pracy tej grupy pracowników, pracujących w stałym stresie i zagrożeniu.

Wyjątkowe zdarzenia lat 2020–2022 uświadomiły znaczenie kontaktów lidera z wszystkimi pracownikami. Obecność lidera w gronie zatrudnionych w różnych miejscach, na różnych stanowiskach ma istotne znaczenie. Jest to lekcja, wniosek, który warto przenieść na grunt praktycznych zachowań lidera. W planowaniu swoich działań właściwe będzie rezerwowanie czasu na kontakt ze wszystkimi grupami pracowników. Delegowanie części obowiązków pozwoli zajmować się nie tylko sprawami strategicznymi, lecz także operacyjnymi. Odwołując się do metafory — lider powinien widzieć zarówno cały las, jak i pojedyncze drzewa, również liście. Opinia publiczna zna opowieści o liderach (na przykład S. Jobs, B. Gates), którzy nie ukończyli studiów, a zbudowali duże korporacje. To właśnie przypadek dwóch drzew, które mogą przesłonić las. Prawie 90% liderów przedsiębiorstw w USA ma nie tylko ukończone studia wyższe, lecz także programy

MBA. Rzecz w tym, aby skupiać uwagę na kwestiach istotnych. A one mogą mieć różny wymiar. To ważna i zarazem trudna umiejętność decydowania o znaczeniu poszczególnych kwestii dla kultury pracy oraz jakości życia.

Komunikacja z pracownikami oraz otoczeniem

Okres pandemii uświadomił znaczenie wielu aspektów komunikacji w odniesieniu do osiągnięcia celów przedsiębiorstwa oraz budowania relacji z załogą. Wyjątkowo trudne i poważne wyzwania zachęcały do eksperymentowania z innowacjami, łamania schematów oraz stereotypów. Był to także czas sprawdzania własnej odporności na zdolność do pracy w stresie. Odwołanie się do konkretnych przypadków może być inspiracją dla każdego lidera oraz zespołu. Prezes firmy Pfizer krótko po objęciu stanowiska musiał się mierzyć z podjęciem walki z COVID-19. Kiedy okazało się, że w Chinach, w prowincji Wuhan, rozpoczyna się epidemia, zwołał naradę kluczowych pracowników w sprawie rozpoczęcia nowego projektu, a mianowicie opracowania szczepionki przeciw wirusowi (Bourla, 2022, 67). Spotkanie zostało zorganizowane w sali, z której usunięto stoły, a krzesła — ustawiono w półokręgu. Była to metafora ilustrująca konieczność opuszczenia strefy komfortu, aby sprostać wyzwaniu opracowania szczepionki w możliwie krótkim czasie. Taka forma, to znaczy półokrąg, w organizowaniu zebrań to zmiana pozwalająca na nawiązywanie relacji bez barier tworzonych przez stoły istniejące w tradycyjnych salach.

Skutecznym sposobem osiągnięcia celów biznesowych, a zarazem podnoszenia kultury pracy oraz jakości życia, jest wprowadzanie standardu szczerości rozmów (Hastings i Meyer, 2020, 126–129). Takie podejście do komunikacji jest poważnym wyzwaniem. W tradycyjnym, stereotypowym podejściu do komunikacji preferowano formę rozmów zgodnych, czyli pracownicy wyrażali z reguły opinie zbieżne ze sposobem myślenia lidera. To strategia, która bywa zagrożeniem dla rozwoju organizacji. Wyrażanie opinii niezgodnych z własnymi przekonaniem obniża zadowolenie z pracy i tym samym negatywnie wpływa na jakość życia. Komunikacja na płaszczyźnie szczerości wymaga zmiany w mentalności obydwu stron, czyli liderów oraz pracowników. Członkowie zespołu powinni rozwijać w sobie zdolność do formułowania szczerych opinii. Uczynią to łatwiej, jeśli doświadczą bezpieczeństwa ze strony otoczenia. Także lider powinien akceptować słuchanie poglądów, opinii, pomysłów, które mogą być sprzeczne z jego postrzeganiem rzeczywistości. W przedsiębiorstwach są zatrudniani specjaliści. Mają oni odpowiednią wiedzę. I to po ich stronie są kompetencje związane z podejmowaniem właściwych decyzji. Rolą lidera jest sprawowanie nadzoru nad funkcjonowaniem całości. W przywołanym przypadku pracy nad szczepionką pracownicy działali według tradycyjnie stosowanych procedur. Lider podawał informacje o dziennej liczbie zgonów pacjentów, przez co motywował zespoły do szukania nowych roz-

wiązań. I te rozwiązania zostały opracowane oraz wdrożone. Ludzie mają w sobie nieograniczone pokłady kreatywności. Rolą lidera jest tworzenie warunków do ich uruchamiania. Przykład Pfizera może być inspiracją do szukania innowacyjnego podejścia.

Sposoby doskonalenia kultury komunikacyjnej

Nowe technologie przyczyniają się do szybkiego powiększania się baz zawierających bogate zasoby informacji. W obszarze medycyny gwałtownie zwiększają się możliwości diagnostyczne. Informacje o zdrowiu pacjentów osiągają coraz większe rozmiary (Topol, 2021, 93). To, że niemal wszystko jest w bazach danych, nie likwiduje ograniczeń, które są po stronie mózgu ludzkiego. On nie radzi sobie z przeładowaniem informacyjnym (Kaczmarzyk, 2018, 75). Wynika z tego, że trzeba szukać sposobów, aby docierać do ludzi z najważniejszymi informacjami. Nadmiar komunikatów być może jest bardziej szkodliwy niż ich niedobór. Zasadne będzie zatem poszukiwanie metod, optymalizowanie struktur organizacyjnych pod kątem zwiększania skuteczności komunikowania się.

Pomocne w tej dziedzinie są nowe technologie, a zwłaszcza algorytmy oraz sztuczna inteligencja (AI). Opracowanie modelu, który przetworzy problemy zdrowotne pacjenta i podparte prawdopodobną diagnozą choroby, bywa pomocne w pracy lekarzy. Im więcej mogą oni poświęcić czasu na rozmowy z pacjentem, utrzymywanie kontaktu wzrokowego, na badanie fizykalne, tym wyższe jest zadowolenie pacjenta i tym szybszy powrót do zdrowia.

Sprawność komunikacji jest skorelowana z rozwiązaniami w zakresie modelu organizacyjnego przedsiębiorstwa. Efektywność działania jest najwyższa w zespołach do dwunastu osób oraz w organizacji zatrudniającej około 150 pracowników. W Holandii zmiana organizacji pracy pielęgniarek przyniosła około 40% oszczędności (Laloux, 2016, 94). Dotychczasowa, pionowa struktura organizacyjna została zastąpiona rozwiązaniami płaskimi. W zespołach liczących do dwunastu pielęgniarek komunikacja funkcjonowała znacznie lepiej niż w korporacji. Pozwalało to również na praktyczne zastosowanie koncepcji przywództwa rozproszonego. W czasie zebrań zespołu w rolę lidera wcielała się pielęgniarka najbardziej kompetentna w danej problematyce. Nawet w korporacjach można wprowadzić w życie rozwiązania, które ułatwiają komunikację między pracownikami oraz zwiększają motywację, wzmacniają kulturę pracy, podnoszą jakość życia. Ilustracją takiego podejścia może być rozwiązanie zastosowane przez lidera w przedsiębiorstwie zatrudniającym kilka tysięcy osób. Innowacja polega na tym, że lider utworzył zespoły kilku osób, które pracują przy danej maszynie. To grupa kilku, kilkunastu pracowników funkcjonujących w trybie pracy zmianowej odpowiada za realizację zadań, podejmowanie decyzji, komunikację, budowanie relacji. Poczucie sprawstwa jest dla ludzi silnym motywatorem. Lider odpowiada za komunikowa-

nie wartości wspólnych, kontakty z zespołami, z kolei pracownicy sami tworzą kulturę pracy, zwiększając także przekonanie o sensie i jakości własnego życia.

Inwestowanie w pracowników

Rozwój technologii oraz związana z tym robotyzacja przenoszą akcenty z zasobów majątkowych na elementy wymagające coraz wyższych kwalifikacji pracowników. Jest to czynnik, który wymaga budowania właściwej kultury pracy. Generacja młodych pracowników ukuła nawet termin „*workation*”, czyli koncepcję łączenia pracy z wakacjami, przeżyciami, doznaniem, poznawaniem nowych miejsc, rozwijaniem siebie. Pewna grupa pracowników może pracować zdalnie dla przedsiębiorstwa, zmieniając miejsca pobytu nawet w skali globalnej. Tym samym kultura pracy istotnie wpływa na jakość życia. Młodzi ludzie są w stanie zmieniać miejsce pobytu co kilka tygodni, a jednocześnie pracować zdalnie dla lidera. Oczywiście nie jest to możliwe dla pracowników, których obecność w firmie jest niezbędna (na przykład pracowników sklepów, centrów logistycznych, szpitali).

Interesującym przypadkiem troski o pracowników jest przedsiębiorstwo zlokalizowane w dużej odległości od większego miasta. Zatrudnia niespełna pięć tysięcy osób i oferuje im atrakcyjny program związany nie tylko z pracą, lecz także z jakością życia. Zarząd przedsiębiorstwa wykupił tereny w pobliżu zakładu i podzielił na działki budowlane. Są one udostępniane pracownikom pod budowę domów. Są to już wtedy własne inwestycje pracowników. W zakładzie uruchomiono punkt pomocy lekarskiej dla par starających się o urodzenie dziecka. Pracownicy mają także dostęp do psychologa oraz stomatologa. Wdrożono atrakcyjny program powrotu kobiet do pracy po urodzeniu dziecka. Właściciel dba o utrzymywanie wzrostu płac co najmniej na poziomie inflacji. Jako własny sukces traktuje brak związków zawodowych w przedsiębiorstwie. Zarząd z własnej inicjatywy troszczy się o jakość pracy oraz życia załogi. Jak już wcześniej sygnalizowano, są to działania korzystne dla całej załogi, chociaż podstawowy cel lidera wiąże się z zapewnieniem odpowiedniej liczby pracowników, aby możliwe stało się osiągnięcie celu biznesowego, szczególnie w perspektywie strategicznej.

W podobnym zakresie jest kształtowana kultura pracy w firmie Netflix. Pracownicy nie składają wniosków o urlop, tylko sami podejmują decyzje związane z wypoczynkiem. Przełożeni są zobowiązani do śledzenia wartości pracownika (na przykład programisty) na rynku i proponowania nowego kontraktu, jeśli zmienia się wycena rynkowa wartości pracownika. W takiej kulturze pracownik koncentruje się na zadaniach i nie ma powodu, aby szukać innego miejsca pracy. Te oraz inne działania mają na celu przyciąganie pracowników z odpowiednimi zdolnościami, kwalifikacjami, talentami (Ankersen, 2018, 116). Jest to jedynie punkt wyjścia do organizowania innych form wsparcia dla załogi. Najważniejsze działania wiążą się z zapewnieniem odpowiedzialnego wsparcia dla pracowni-

ków w kwestii rozwijania talentu. Wiąże się to z ustanowieniem odpowiedniego mentora dla pracownika oraz dostępem do ciekawych, rozwijających programów szkoleniowych. Talent dla każdego pracownika jest jedynie początkiem drogi. Sukces pracownika oraz przedsiębiorstwa zależy od wytrwałości w rozwijaniu kwalifikacji, od konsekwencji, od udzielanego wsparcia. Przyjmuje ono różne formy. W jednym z przedsiębiorstw po czterech godzinach pracy w magazynie pracodawca dostarczał pracownikom porcje zupy. Była to dla nich niezwykła wartość, bowiem mogli zasiąść razem przy stole, rozmawiać, zacieśniać relacje. Jak mówili, wszyscy czekali na tę chwilę, kiedy posiłek zostanie dostarczony na halę.

Wartości i zasady

Mieszkańcom USA oraz Unii Europejskiej trudno zrozumieć zachowania władz Rosji wobec Ukrainy. Społeczeństwa zachodnie znajdują się na innym, wyższym etapie świadomości. Funkcjonują w systemie ekonomicznym i społecznym opartym na odmiennych wartościach od państw mniej rozwiniętych. Rosja to przykład myślenia oraz działania egocentrycznego, opartego na manipulacji, wykorzystywaniu, zastraszaniu. Chociaż ludzie nie garną się do ustalania i przestrzegania zasad, to jednak rozumieją, że są one podstawą tworzenia kultury oraz wspierania jakości życia (Peterson, 2018, 58). Taki sposób myślenia, bazujący na zasadach i wartościach, jest tworzony w przedsiębiorstwach. Można go porównać do wodospadu. Otóż woda, która jest na dole, to woda, która była wcześniej na górze. Jest to nawiązanie do kaskadowości tworzenia kultury przedsiębiorstwa, w tym kultury pracy. Symbolizuje odpowiedzialność lidera za wprowadzanie w życie zasad własnej, unikatowej kultury. Takiego podejścia oczekują od liderów najmłodszy pracownicy. Oczekują przestrzegania norm etycznych zarówno w odniesieniu do wnętrza organizacji, jak i względem zasobów ziemi. Optują za mądrą pracą, czyli użyteczną dla siebie oraz innych, dla tworzenia dobra wspólnego, pomagania innym, przeciwdziałania niesprawiedliwości. Oczekują także kultury pracy ograniczającej nasilanie stresu. To ważne wyzwanie dla liderów. Stres bowiem, zwłaszcza długotrwały, prowadzi do depresji, utraty zdrowia, obniżania jakości życia. Punktem odniesienia w aspekcie tworzenia kultury pracy może być dewiza: „Jestem tutaj. Nigdzie się nie spieszę. To, co teraz robię, jest najważniejsze” (W. Eichelberger). Liderzy powinni dostrzegać, na ile stosowany przez nich styl generuje stres wśród pracowników, a na ile go ogranicza. Niektóre elementy kultury pracy będą się rodziły w procesie rozmów, sporów, ważenia argumentów. Wówczas mają jednak trwałą wartość, modyfikowaną zmieniającymi się elementami otoczenia. Obszarem dyskusji może też być wyznaczanie proporcji między stopniem rywalizacji a stopniem współpracy. Istotne jest optymalne wykorzystanie

energii lidera oraz pracowników. Rywalizacja wewnętrzna bez wątpienia osłabia moc przedsiębiorstwa. Audyt zdrowia pracowników oraz ich rodzin może służyć wprowadzaniu różnych innowacji. Im mniej zwolnień lekarskich, tym skuteczniej korzysta się z pracy zespołów. A to można osiągać za pomocą praktycznych programów edukacyjnych — w odniesieniu do odżywiania się, stylu życia, profilaktyki itp. Przekłada się to zarówno na wzrost produktywności, jak i podnoszenie jakości życia pracowników.

Natura ludzka ma to do siebie, że potrzebuje przypomnień. Codzienne obowiązki, nowe bodźce oraz informacje potrafią spychać na margines kwestie ważne. Pragmatyzm podejścia podpowiada, aby pracować nad utrzymywaniem uwagi liderów oraz pracowników odnośnie do ustalonego zespołu wartości oraz zasad. Powinno być dla nich miejsce w ramach poszukiwania nowych form integrowania pracowników. Nowe formy pracy, czyli praca zdalna, hybrydowa, burzą zestaw narzędzi integrowania pracowników, które zostały wypracowane w przeszłości. Liderzy stają przed wyzwaniem testowania oryginalnych sposobów integrowania pracowników, sposobów wpisujących się w ich oczekiwania oraz potrzeby.

Umysł — kontrola nad mózgiem

Przekonanie Kartezjusza o racjonalnych zachowaniach ludzi jest bardziej życzeniem niż potwierdzoną hipotezą. Rozwój neuronauki dostarcza argumentów podkreślających znaczenie emocji w procesach decyzyjnych. Istnieje nieograniczony zbiór czynników, które wpływają na nastroje ludzi, a one z kolei warunkują decyzje. Lider po dobrym posiłku, po zakończonych sukcesem negocjacjach łatwiej przyzna pracownikowi wysoką ocenę, niż jeśli będzie głodny lub uszkodzi samochód podczas parkowania przed budynkiem firmy. Uzasadnia to ćwiczenie się przez lidera w odniesieniu do własnych emocji. Można to sprowadzić do zdania na początku tego fragmentu — przejmowania świadomej kontroli umysłu nad mózgiem, nad emocjami (Hanson, 2021, 134). Oznacza to pracę z własnym umysłem. Stanowczość nie powinna być zastępowana przez złość. Takie emocje jak gniew czy złość trzeba kontrolować zarówno w ramach dialogu wewnętrznego, jak i relacji z pracownikami, a także z otoczeniem. Hanson wskazuje na trzy kluczowe grupy potrzeb pracowników, a mianowicie:

- poczucie bezpieczeństwa,
- satysfakcję z wykonywanych zadań,
- utrzymywanie i wzmacnianie więzi z innymi.

Metaforą z tym związaną może być piwo czy też wino bezalkoholowe. Użytkuje się je w procesie usuwania alkoholu z tych napojów. Podobnie można czynić w pracy nad własnym umysłem — usuwać złe emocje.

Podsumowanie

W rozwoju ekonomii jako nauki można wyodrębnić różne szkoły myślenia. Merkantylizm stawiał nacisk na pracę handlu, wymiany. Fizjokratyzm podkreślał znaczenie rolnictwa, które pozwalało na ograniczanie niedostatku żywności. Ekonomia klasyczna, później neoklasyczna, skupiała się na opisywaniu kapitalizmu. Ten krytykowany w XXI wieku system pomógł ludziom osiągnąć wyższą jakość życia. Stało się to jednak kosztem zasobów ziemi oraz zwiększenia różnic ekonomicznych i społecznych. Nie ulega wątpliwości, że ewolucja gospodarcza oraz społeczna doprowadzą do modyfikowania istniejącego systemu, podnosząc kulturę pracy oraz jakość życia na wyższy poziom. Zawarta w tekście refleksja wiąże się z rodzającymi się w świecie ideami budowania innego porządku. Przywołane przykłady różnych działań w przedsiębiorstwach są przyczynkami w odniesieniu do tych trendów. Wiedza i doświadczenia liderów oraz pracowników ograniczają wpływ różnych ideologii, schematów, stereotypów na praktykę zarządzania przedsiębiorstwami. Istotną rolę w tym zakresie odgrywają młodzi liderzy oraz pracownicy, którzy podejmują udane próby łączenia kultury pracy z jakością życia. Pragmatyzm zaczyna wygrywać z fikcją. Fundamentem wprowadzania zmian są i będą ludzie. A to wymaga inwestowania w podnoszenie ich świadomości, modyfikowania programów edukacji, podnoszenia kwalifikacji przywódczych.

Przeprowadzone rozważania pozwalają na sformułowanie wniosków dotyczących modyfikowania koncepcji zarządzania przedsiębiorstwem. Wywiady z liderami, z młodszymi pracownikami, obserwacje uczestniczące oraz studia literaturowe pozwalają na zaproponowanie zmiany koncepcji zarządzania. Kluczowym elementem staje się budowanie oraz wdrażanie wysokiej kultury organizacyjnej przedsiębiorstwa. Jej fundamentem są wartości sformułowane, zapisane i akceptowane przez pracowników. Istotnym i coraz ważniejszym ich elementem są oczekiwania związane z jakością życia pracowników. Są one trudne do definiowania, bowiem zależą od indywidualnych cech i preferencji pracowników. Wyrastają one z potrzeb równoważenia życia zawodowego, osobistego i rodzinnego. Zdrowie, rozwój osobisty, poczucie bezpieczeństwa, przeżycia, rozrywka, doświadczenia nabierają coraz większego znaczenia. W zmieniającym się otoczeniu zadaniem liderów jest opracowanie, komunikowanie i wdrażanie modelu zarządzania oparte go na dostosowaniu reguł współpracy ekonomicznej do osobistych celów pracowników. Ważne są dla nich transparentność strategii, zasad działania, możliwość rozwoju osobistego, uzyskiwanie informacji zwrotnej, a także kultura komunikacji budująca partnerstwo, porozumienie, relacje społeczne. W celu skutecznego wprowadzania koncepcji zarządzania opartej na wysokiej kulturze organizacyjnej niezbędna jest liderom szersza wiedza z zakresu interdyscyplinarnego spojrzenia na oczekiwania współpracowników. Dotyczy to wiedzy z zakresu neuronauki, ekono-

mii behawioralnej, psychologii biznesu. W turbulentnym otoczeniu coraz większego znaczenia nabiera troska o przeciwdziałanie depresji pracowników oraz wypaleniu zawodowemu. Wiedza i zachowania liderów wymagają dostosowania metod zarządzania zarówno do budowania kultury organizacyjnej przedsiębiorstwa, jak i holistycznego spojrzenia na jakość życia pracowników. Praca zawodowa staje się dla nich tylko jednym ze składników oczekiwań w zakresie jakości życia. To istotna, jakościowa zmiana, szczególnie trudna do rozumienia przez liderów z pokolenia *baby boomers* oraz pokolenia X.

Bibliografia

- Ankersen, R. (2018). *Kopalnie talentów. Jak odkryć i rozwinąć talent — u siebie i u innych*. Kraków: SQN.
- Bourla, A. (2022). *Moonshot. Wyścig z czasem. Jak Pfizer w dziewięć miesięcy dokonał niemożliwego*. Kraków: Insignis.
- Gladwell, M. (2020). *Jak rozmawiać z nieznanymi. Co powinniśmy wiedzieć o ludziach, o których nic nie wiemy*. Kraków: Znak.
- Guillen, M. (2021). *2030. Jak ścieranie się najwyraźniejszych dzisiejszych trendów przekształci przyszłość wszystkiego*. Warszawa: Studio EMKA.
- Hanson, R. (2021). *Szczęśliwy mózg*. Sopot: GWP.
- Hastings, R., Meyer, E. (2020). *Gdy regułą jest brak reguł. Netflix i filozofia przemiany*. Kraków: Znak.
- Hickel, J. (2021). *Mniej znaczy lepiej. O tym, jak odejście od wzrostu gospodarczego ocali świat*. Kraków: Karakter.
- Laloux, F. (2016). *Pracować inaczej*. Warszawa: Studio EMKA.
- Kaczmarzyk, M. (2018). *Szkola neuronów*. Słupsk: Dobra Literatura.
- Kahneman, D., Sibony, O., Sunstein, C.R. (2022). *Szum, czyli skąd się biorą błędy w naszych decyzjach*. Poznań: Media Rodzina.
- Kinastowska, J. (2022). *Czy każdy może zostać politykiem? Program 6 kroków do samodzielnej budowy silnej marki politycznej*. Warszawa: CeDeWu.
- Mazzucato, M. (2021). *Wartość wszystkiego. Wytwarzanie i zawłaszczanie w globalnej gospodarce*. Poznań: Heterodox.
- Niebauer, Ch. (2021). *Neuronauka a buddyzm. Realne życie czy jego iluzja?*. Białystok: Studio Astropsychologii.
- Peterson, J. (2018). *12 życiowych zasad. Antidotum na chaos*. Wrocław: Wydawnictwo Fijorr Publishing.
- Santorski, J. (2020). *„I”. Refleksje o przywództwie jutra*. Warszawa: Agora.
- Sztompka, P. (2007). *Zaufanie. Fundament społeczeństwa*. Kraków: Znak.
- Topol, E. (2021). *Medycyna głęboka. Jak sztuczna inteligencja może przywrócić opiece zdrowotnej ludzką twarz*. Warszawa: ITEM Publishing.

Ewa Tańska

ORCID: 0000-0001-5940-4112

Wielkopolskie Centrum Onkologii

ewa.tanska@wco.pl

Rola przywództwa w rozwiązywaniu problemu wypalenia zawodowego w placówce medycznej

Artykuł nadesłany: 4.06.2022; artykuł zaakceptowany: 5.10.2022

Kody klasyfikacji JEL: I10, I15, I31, J80, J81

Słowa kluczowe: wypalenie zawodowe, przywództwo, placówka medyczna

Abstrakt

Wypalenie zawodowe w placówce medycznej, szczególnie na pierwszej linii świadczenia usługi medycznej i po trudnym czasie pandemii COVID-19, jest pilnym wyzwaniem, które przywódcy powinni zrozumieć i bezpośrednio rozwiązać.

Celami artykułu są: 1) poznanie przyczyn oraz wpływu zmęczenia i wypalenia zawodowego na człowieka; 2) określenie roli przywództwa w tworzeniu kultury organizacyjnej opartej na angażowaniu zespołów i promującej dobre samopoczucie pracowników w placówce medycznej oraz 3) zaproponowanie strategii budowania atmosfery wzajemnego wsparcia oraz zapobiegania zmęczeniu i wypaleniu zawodowemu.

Metodą badawczą są przegląd i analiza literatury branżowej, w tym artykułów w międzynarodowych czasopismach oraz materiałów ze szkoleń.

W literaturze przedmiotu istnieje wiele definicji zjawiska wypalenia zawodowego. Jest to zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i obniżonego poczucia dokonań osobistych. W przypadku personelu medycznego depersonalizacja pacjentów może początkowo wyrażać się w tendencji do unikania osób chorych i skracania czasu spędzanego z nimi.

Czynnikami pierwotnymi wpływającymi na występowanie wypalenia zawodowego są brak uczciwości i wzajemnego szacunku, obciążenia, którymi nie można zarządzać, brak jasności ról, słaba komunikacja lub brak wsparcia ze strony przełożonego, nieuzasadniona presja czasu i brak ludzi do pracy, brak znaczących relacji międzyludzkich. Czynnikiem, które pojawiły się w czasie pandemii, są rosnące zaległości, oczekiwanie na oddelegowanie do innej pracy oraz tak zwany koszt emocjonalny.

Kluczową rolą liderów na różnych szczeblach w hierarchii jednostki jest tworzenie kultury szacunku i ciągłego doskonalenia, która integruje członków zespołu we wzajemnym wspieraniu

się w najtrudniejszych momentach pracy zawodowej. Niezwykle ważne jest wdrażanie strategii promujących budowanie i utrzymywanie dobrego samopoczucia i odporności pracowników na stres. Strategie te powinni indywidualnie do swoich potrzeb tworzyć ludzie, którzy doświadczają syndromu wypalenia. W zespołach medycznych warto zastanowić się, co personel medyczny zawdzięcza pacjentom, i ponownie dokonać oceny wartości, zbudować ich hierarchię i przemyśleć, co w życiu jest prawdziwe i cenne. Aby dojść do tak ważnych wniosków, niejednokrotnie trzeba omówić sprawy trudne i bolesne.

The role of leadership in addressing burnout in a medical institution

Keywords: burnout, leadership, medical institution

Abstract

Burnout in a medical institution, especially in the frontline of medical service and following the difficult time of the SARS-CoV-2 pandemic, is an urgent challenge that leaders need to understand and address directly.

The aims of the article are: 1. getting to know the causes of fatigue and burnout as well as the impact they have on a person; 2. defining the role of leadership in creating an organizational culture based on team involvement and promoting the well-being of employees in a medical institution; 3. proposing a strategy for building an atmosphere of mutual support as well as preventing fatigue and burnout.

The research method was the review and analysis of professional literature, including articles in international journals and training materials.

There are many definitions of the phenomenon of burnout in the literature on the subject. It is a syndrome of emotional exhaustion, depersonalization, and a lowered sense of personal achievement. In the case of healthcare professionals, the depersonalization of patients may initially be expressed in a tendency to avoid patients and shorten the time spent with them.

Primary factors influencing the occurrence of burnout are: lack of fairness and mutual respect, unmanageable workloads, lack of role clarity, poor communication or support from the manager, unreasonable time pressures and poor workflows, lack of meaningful connections. Factors that emerged during the pandemic are: growing backlogs, expectations to work outside areas of expertise, and the so-called emotional toll.

The key role of leaders is to create a culture of respect and continuous improvement that integrates team members and helps them support one another in the most difficult moments of their professional work. It is extremely important to implement strategies which promote building and maintaining employees' well-being and resilience to stress. These strategies should be individually developed by people who experience burnout. In medical teams, it is worth considering what the medical staff owes to patients and reassessing their values, building their hierarchy, and rethinking what is real and valuable in life. In order to reach such important conclusions, it is often necessary to discuss difficult and painful matters.

Wstęp

Od lat siedemdziesiątych XX wieku w różnych środowiskach pracy funkcjonuje i jest zauważane zjawisko wypalenia zawodowego. Wraz z nastaniem w 2020

roku pandemii COVID-19 zjawisko to spotęgowało się. Szczególnie intensywnie zaczęto je obserwować wśród pracowników systemu ochrony zdrowia, w placówkach medycznych, jak szpitale publiczne czy przychodnie. Pracownicy wykonujący obowiązki na pierwszej linii świadczenia usługi medycznej doświadczali długotrwałego narażenia na stres i zmęczenia, głównie w okresach zwiększonej zachorowalności ludzi na COVID-19. Zmęczenie było zarówno psychiczne, jak i fizyczne. Bezsilność względem choroby, emocje związane z troską o drugiego człowieka, nerwowość i konieczność szybkiego działania w przychodniach i na izbach przyjęć, brak możliwości zwolnienia tempa pracy lub skorzystania z odpoczynku to czynniki, które istotnie wpływały na samopoczucie pracowników w placówkach medycznych.

W literaturze przedmiotu została sformułowana koncepcja świata VUCA. VUCA jest akronimem pochodzącym od angielskich słów: *volatility* (zmiennosc), *uncertainty* (niepewnosć), *complexity* (złożoność), *ambiguity* (niejednoznaczność). Koncepcja ta definiuje dynamiczną i nieprzewidywalną rzeczywistość oraz wskazuje na niejednoznaczność w rozumieniu i definiowaniu procesów oraz kontroli nad nimi (Jeske, 2018). Sytuacja epidemiczna lat 2020–2022 bezwzględnie zwerifikowała umiejętność skutecznego zarządzania placówką medyczną w świecie VUCA. We wszystkich krajach wystąpił kryzys zdrowotny, obnażone zostały ograniczenia systemów ochrony zdrowia. Zauważono niedociągnięcia i braki w zakresie infrastruktury i wyposażenia w urządzenia medyczne (głównie w respiratory), a także deficyt kadr medycznych (lekarskich i pielęgniarskich), szczególnie specjalizujących się w anestezjologii i intensywnej terapii.

Potrzeba wspierania zespołów medycznych w pracy na pierwszej linii świadczenia usługi medycznej oraz budowania kultury organizacyjnej, w której w sytuacjach kryzysowych człowiek nie pozostaje sam z ciężarem podejmowania trudnych decyzji oraz ma możliwość omówienia swoich emocji, przeżyć oraz uczuć w gronie osób przeżywających podobne wątpliwości, była tematem poruszanym na wielu spotkaniach naukowych i szkoleniach w gronach specjalistów. Najbardziej zainteresowani wskazówkami i podpowiedziami w tym obszarze byli liderzy w placówkach medycznych (dyrektorzy i prezesi szpitali, dyrektorzy ds. personalnych, dyrektorzy medyczni, dyrektorzy ekonomiczni, naczelnice pielęgniarki, ordynatorzy, pielęgniarki oddziałowe, kierownicy zakładów i działów administracyjnych czy samodzielni specjaliści). Bardzo ważne było oszacowanie skali problemu oraz zaproponowanie narzędzi i/lub strategii przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu wśród personelu medycznego. Próba określenia czynników pierwotnych i determinantów pandemicznych wypalenia zawodowego stała się impulsem do podjęcia tematu roli lidera w rozwiązywaniu problemu wypalenia zawodowego w placówce medycznej.

Celem niniejszego artykułu jest:

1. poznanie przyczyn oraz wpływu zmęczenia i wypalenia zawodowego na człowieka;

2. określenie roli przywództwa w tworzeniu kultury organizacyjnej opartej na angażowaniu zespołów i promującej dobre samopoczucie pracowników w placówce medycznej;
3. zaproponowanie strategii budowania atmosfery wzajemnego wsparcia oraz zapobiegania zmęczeniu i wypaleniu zawodowemu.

Metodyka

Przedmiotem pracy jest określenie roli przywództwa w rozwiązywaniu problemu wypalenia zawodowego w placówce medycznej. Zakres podmiotowy stanowią placówki medyczne (głównie szpitale publiczne i przychodnie) oraz liderzy: dyrektorzy, prezesi, zastępcy dyrektora/prezesa, pełnomocnicy dyrektora/prezesa oraz wyższy personel medyczny (ordynatorzy, pielęgniarki oddziałowe), a także kierownicy komórek organizacyjnych i samodzielni specjaliści. Metodą badawczą są przegląd i analiza literatury branżowej, w tym artykułów w międzynarodowych czasopismach oraz materiałów ze szkoleń. Zakres czasowy pracy obejmuje okres 1990–2022.

Historia wypalenia zawodowego

Zjawisko wypalenia zawodowego pojawiło się jako główny problem społeczny w Stanach Zjednoczonych w połowie lat siedemdziesiątych XX wieku i jego znaczenie istotnie wzrosło w ostatnich dekadach. Wypalenie zawodowe jest uznawane za potencjalny problem w wielu zawodach i w wielu różnych krajach. Szczególny wpływ na spotęgowanie zjawiska miała pandemia COVID-19 ogłoszona przez Światową Organizację Zdrowia w 2020 roku.

Ludzie pracujący wiedzą, że nie istnieje praca idealna. Związek, jaki ludzie mają ze swoją pracą, i trudności, które mogą się pojawić, gdy związek ten się rozpada, od dawna uznawany jest za znaczące zjawisko w życiu ludzi. Znane są przypadki, gdy ludzie porzucają pracę i szukają siebie w miejscach ustronnych, zaczynają życie zgodne z naturą, w ciszy gór i wśród szumu lasów. Takie zachowania zdarzały się wcześniej, zanim zjawisko wypalenia zawodowego zostało zdefiniowane, a badacze regularnie zaczęli poddawać je analizie.

Początki używania terminu „wypalenie” są nieco niejasne i sięgają lat siedemdziesiątych XX wieku. Prawdopodobnie określenie to pochodzi z nielegalnej sceny narkotykowej, gdzie wypalenie odnosiło się do fizycznych skutków chronicznego nadużywania narkotyków. Lekarze i terapeuci, którzy pracowali z narkomanami, zapożyczyli ten termin, aby opisać własne pogorszenie psychiczne i stres. Oficjalnie o występowaniu wypalenia zawodowego powiedział zaś psycholog kliniczny H. Freudenberger (w 1974 roku) w cyklu artykułów o bezpłatnych klinikach.

W tym samym czasie psycholog społeczna Ch. Maslach prowadziła badania eksploracyjne z pracownikami ochrony zdrowia i opiekunami społecznymi, sprawdzając, jak radzą sobie z silnym pobudzeniem emocjonalnym w pracy. W trakcie wywiadów część pracownic określała swoje trudności psychologiczne jako wypalenie, dlatego w 1976 roku Maslach przeniosła swoją uwagę na szczegółowe zbadanie i opisanie tego zjawiska. Badacze byli zgodni, że wypalenie było zakorzenione w zawodach medycznych i opiekuńczych, w których trzonem pracy jest relacja między usługodawcą a usługobiorcą. Ten interpersonalny kontekst pracy oznaczał, że od samego początku wypalenie było badane nie tylko jako indywidualna reakcja na stres, lecz także w kategoriach relacji międzyludzkich w miejscu pracy. Ponadto to interpersonalne ujęcie koncentrowało uwagę na emocjach jednostki oraz motywach i wartościach leżących u podstaw jej pracy z innymi ludźmi (Maslach i Leiter, 2009, 87).

Początkowe publikacje Maslach i Freudenbergera były szeroko przedrukowywane, a po nich nastąpiła eksplozja artykułów, badań wstępnych i listów opisujących osobiste studia przypadków. W popularnych magazynach natychmiast pojawiły się krótkie autoreferaty wraz z obietnicą, że czytelnicy poznają odpowiedzi na pytania w rodzaju: „czy jesteś wypalony? czy nadal się palisz?” lub „czy masz jeden czy dwa alarmy?”. Teksty różniły się znacznie pod względem wskazywanych przez ludzi objawów lub kwestii, do których się odnosiły. Niektóre reportaże zawierały pytania szczegółowe, skłaniające ludzi do przeprowadzenia samoanalizy, jak na przykład: „czy jesteś zbyt zajęty, aby wykonywać rutynowe czynności, takie jak dzwonienie, czytanie raportów lub wysyłanie kartek świątecznych?”, „czy seks wydaje się bardziej kłopotliwy?” lub „czy po pracy często masz ochotę zrelaksować się przy drinku?” (Maslach i Leiter, 2009, 88).

Kolejne kroki i atencja badaczy skupione były na opracowaniu realnych jednostek i narzędzi pomiaru wypalenia oraz przeprowadzeniu badania psychometrycznego w celu zwalidowania ich rzetelności i trafności. W efekcie narzędzia te umożliwiły prowadzenie systematycznych badań nad zjawiskiem wypalenia, które początkowo były realizowane w Stanach Zjednoczonych. Udostępnienie narzędzi i miar innym badaczom zaowocowało rozszerzeniem badań na inne kraje anglojęzyczne, takie jak Kanada i Wielka Brytania. Wraz z tłumaczeniami artykułów i badań na inne języki wypalenie zaczęto badać w wielu krajach europejskich i w Izraelu (Maslach i Leiter, 2009, 88).

Definicja i istota zjawiska

W literaturze przedmiotu istnieje wiele interpretacji i definicji zjawiska wypalenia. Sformułowanie to jako zaczerpnięte z języka potocznego, choć o charakterze metaforycznym, wzbudzało sceptycyzm środowiska naukowego i prowokowało oskarżenia o promowanie „psychologii pop” (Anczewska, Świtaj i Roszczyńska, 2005).

W 1972 roku W.G. Emener zidentyfikował zjawisko wypalenia jako „[...] stan fizycznego i psychicznego wyczerpania, który powstaje w wyniku działania długotrwałych, negatywnych uczuć, rozwijających się w pracy i w obrazie własnym człowieka” (Fengler, 2000, 85). W 1980 roku Freudenberger zdefiniował wypalenie jako syndrom wyczerpania, szczególnie u osób zawodowo udzielających pomocy innym. Opiswany jest jako stan wyczerpania cielesnego, duchowego lub uczuciowego zarówno w życiu zawodowym, jak i prywatnym (w kontaktach z przyjaciółmi, w związku partnerskim, rodzinie), często związany z myślami o ucieczce i odczuwaniem fizycznego bólu brzucha oraz mdłości. Zwykle poprzedzony jest długotrwałym przerostem wymagań, który nie pozostaje zrównoważony innymi środkami. Do grup zawodowych, które najczęściej dotyka wypalenie zawodowe, zaliczają się pracownicy socjalni, opiekunowie (dzieci przewlekle chorych, dorosłych itp.), pielęgniarki i położne, lekarze, farmaceuci kliniczni, terapeuci zajęciowi i nauczyciele, psychoterapeuci i psycholodzy, policjanci i służby więzienne, rodzice rodzin zastępczych, osoby udzielające pomocy narkomanom, pracownicy poradni, informacji i doradztwa, badacze społeczni i trenerzy organizacyjni, siostry zakonne, menedżerowie, bezrobotni. W tych grupach zawodowych przeprowadzono wiele badań naukowych w celu doprecyzowania narzędzi pomiaru oraz sformułowania jednej wspólnej definicji wypalenia zawodowego (Fengler, 2000, 85–88).

W efekcie przeprowadzonych badań zauważono, że wypalenie nie było tylko jakąś idiosynkratyczną reakcją na stres, ale było zespołem z pewnymi możliwościami do zidentyfikowania prawidłowościami. Powtarzającymi się tematami były prymat wyczerpania, późniejsza negatywna zmiana w reakcji na innych oraz negatywna samoocena kompetencji zawodowych. Aby dalej doprecyzować te idee i uzyskać jasną definicję zjawiska oraz opracować ustandaryzowaną metodę jego oceny, badacze zaczęli opracowywać miary samooceny i prowadzić bardziej systematyczne badania psychometryczne. W podsumowaniu przeprowadzonych analiz i badań Maslach zaproponowała kompleksową definicję, która mówi, że wypalenie jest syndromem psychologicznym będącym odpowiedzią na przewlekłe stresory interpersonalne w pracy. Określiła trzy kluczowe wymiary tej odpowiedzi:

1. przytłaczające wyczerpanie;
2. poczucie cynizmu i oderwania od pracy;
3. poczucie nieskuteczności i braku realizacji.

Składnik wyczerpania stanowi reprezentację podstawowego indywidualnego wymiaru napięcia wypalenia. Odnosi się do poczucia nadmiernego „rozciągnięcia i zużycia” zasobów emocjonalnych i fizycznych. Komponent cynizmu (lub depersonalizacji) jest reprezentacją wymiaru interpersonalnego dystansowania się od wypalenia, odnosi się do utraty emocjonalnego lub poznawczego zaangażowania w pracę. Depersonalizacja odnosi się do negatywnej, zbieżnej lub nadmiernie zdystansowanej reakcji na różne aspekty pracy. Składnik zmniejszonej skuteczności lub osiągnięć reprezentuje wypalenie wymiaru samooceny i odnosi

się do poczucia niekompetencji oraz braku osiągnięć i produktywności w pracy (Maslach i Leiter, 2009, 89–90).

W kontekście badań prowadzonych w latach siedemdziesiątych XX wieku w grupie pracowników ochrony zdrowia i pomocy społecznej zespół pod kierunkiem Ch. Maslach i S. Jackson w 1981 roku zaproponował oryginalne narzędzie — kwestionariusz MBI (*Maslach Burnout Inventory*, nazywany również MBI-HSS — *MBI Human Services Survey*). MBI jest jednym z najlepiej wystandaryzowanych narzędzi do pomiaru wypalenia zawodowego, tym samym najczęściej stosowanym na świecie. Kwestionariusz pozwala na porównanie uzyskanych wyników w różnych grupach populacyjnych i kręgach kulturowych. W latach osiemdziesiątych XX wieku R. Golembiewski i C. Cherniss rozszerzyli kontekst postrzegania wypalenia zawodowego na dziedziny organizacji i zarządzania, co zaowocowało dalszym rozwojem koncepcji wypalenia zawodowego w innych zawodach i otwarciem pól tematycznych do dalszych eksploracji (Anczewska, Świątaj i Roszczyńska, 2005).

Wypalenie zawodowe w ochronie zdrowia

Zjawisko wypalenia zawodowego jest zakorzenione w zawodach medycznych i opiekuńczych, co wykazywali badacze (między innymi Freudenberger, Maslach, Leiter, Emener) od lat siedemdziesiątych XX wieku. Systematyczna analiza zjawiska w placówkach medycznych oraz zmiany w natężeniu występowania tego problemu w określonych okresach i/lub dekadach są istotne dla wyodrębniania czynników, które to zjawisko determinują. Można oczekiwać, że czynniki wywołujące zjawisko wypalenia zawodowego w czasie wolnym od pandemii będą się różniły od determinantów pandemicznych.

J. Ogińska i R. Żuralska (2010) przeprowadziły od września 2008 roku do stycznia 2009 roku (ponad dziesięć lat przed pandemią COVID-19) badania w Polsce wśród 112 pielęgniarek pracujących na oddziałach neurologicznych w Gdańsku i Elblągu. Z analizy badań wynika, że u zdecydowanej większości pielęgniarek występowały różne dolegliwości i z różną częstością, wprawdzie 35,3% respondentek nie podało żadnych dolegliwości, ale 42,9% ankietowanych deklarowało, że brak szacunku dla pielęgniarek jest przyczyną nasilenia stresu w stopniu maksymalnym. W grupie badanej 95,5% respondentek odczuwało bóle kręgosłupa oraz skutki przeziębienia i grypy, 93,7% przejawiało silne zmęczenie, a 89,3% cierpiało z powodu bólów głowy, tylko 1 osoba (0,1%) przyznała się do nadużywania alkoholu. Pielęgniarki oczekiwały wsparcia od koleżanek i otrzymywały je na oczekiwanym poziomie (73,2%), podobnie od przyjaciół. Otrzymywane wsparcie od rodziny i dzieci było wyższe niż oczekiwane. Odwrotna sytuacja wystąpiła w przypadku oczekiwanego wsparcia od przełożonych, które było dużo mniejsze (o 23,3%) niż otrzymane. Spośród badanych 36,6% w ogóle nie korzystało z wcza-

sów, a 58,92% — jedynie z wycieczek zorganizowanych. Dla 74,1% trudności finansowe były również istotnym źródłem stresu.

Podobne spostrzeżenia odnotowali w autorskim badaniu ankietowym B. Kornakiewicz, S. Krupa i K. Windeka (2019). Uzyskali odpowiedzi wśród 58 pracowników pielęgniarskiego personelu anestezjologicznego, głównie kobiet (96,7%): 68,3% respondentów zadeklarowało, że często odczuwa stres, a 3,3% osób — że pozostaje w ciągłym stresie. Częste poczucie zmęczenia towarzyszy 78,3% badanych, jedna osoba zadeklarowała, że jest zawsze zmęczona. Do czynników wywołujących stres personel pielęgniarski zaliczył w 81,7% lęk przed popełnieniem błędu i odpowiedzialność za zdrowie/życie drugiego człowieka, w 40% kontakt ze śmiercią. Pielęgniarki pracujące na bloku operacyjnym za najbardziej obciążające uważały w 76,7% zabiegi ze wskazań nagłych, w 40% zabiegi mnogie, w 36,7% operacje u dzieci i onkologiczne. Co warto podkreślić, badane osoby deklarowały dobre relacje z przełożonymi, określiły ich jako przyjaznych w 66,7%, otwartych w 61,7%, życzliwych w 56,7% i spokojnych w 48,3%. Podobne relacje pielęgniarki zadeklarowały w swojej grupie zawodowej. Ponad połowa respondentów zadeklarowała zadowolenie z pracy i spełnienie swoich oczekiwań zawodowych, a ponad 70% personelu chciała pozostać w pracy. Wsparcia ze strony przełożonych w trudnych sytuacjach nie uzyskiwało 10–15% osób.

We Włoszech A. Mattei (2017) wraz z zespołem przedstawiła wyniki badania przekrojowego oceniającego występowanie wypalenia zawodowego i zaburzeń psychopatologicznych u pracowników opieki zdrowotnej w różnych specjalizacjach — lekarzy, pielęgniarek i asystentów opieki zdrowotnej, pracujących na różnych oddziałach szpitala ogólnego L'Aquila St. Salvatore sześć lat po trzęsieniu ziemi w 2009 roku. Celem było określenie przyczyn występowania zjawiska, dzięki którym liderzy skonstruują narzędzia do zapobiegania wypaleniu zawodowemu i ograniczania go. Badacze dokonali dwustopniowego próbkowania grupowego i w efekcie całkowita próba objęła 300 pracowników służby zdrowia. Wszyscy uczestnicy wypełnili następujące kwestionariusze samoopisowe: formularz danych socjodemograficznych, kwestionariusz MBI według Maslach oraz kwestionariusz ogólnego zdrowia 12 pozycji (GHQ-12). Statystycznie istotne różnice pojawiły się między całkowitymi wynikami GHQ-12. Stwierdzono wysoką częstość wypalenia zawodowego wśród lekarzy (25,97%). Korzystając z analizy wielowymiarowej, zespół Mattei zidentyfikował wrogie relacje z kolegami, bezpośrednią ekspozycję na trzęsienie ziemi w L'Aquili, poziom stresu, umiejętność zarządzania czasem i zachowanie równowagi między życiem zawodowym a prywatnym jako czynniki prognostyczne wypalenia. Zbadano również częstość występowania wypalenia i stresu wśród personelu medycznego po klęsce żywiołowej. Zdaniem badaczy znajomość wymienionych determinantów może posłużyć liderom do opracowania skutecznych strategii prewencyjnych i poprawy organizacji pracy, a tym samym zmniejszenia kosztów i zwiększenia skuteczności zdrowia publicznego.

Zespół badaczy pod kierunkiem M. Oe (2018) przeprowadził badanie, którego celem było zbadanie różnic międzykulturowych w objawach wypalenia, lęku, depresji, ogólnego stresu psychicznego i wtórnego stresu traumatycznego między państwami z Azji (Japonia) i Europy (Szwajcaria). Chociaż te dwa państwa są klasyfikowane jako kraje rozwinięte, warunki pracy i psychospołeczne czynniki pracy są różne. Wcześniejsze badania dotyczące warunków pracy pielęgniarek w Japonii wykazały, że główne różnice między Japonią a krajami zachodnimi dotyczą korzystania z urlopów i pracy w godzinach nadliczbowych. Japońscy pracownicy mają trudności z uzyskaniem zwolnienia chorobowego i rzadko zdarza się, aby brali urlop, aby opiekować się chorymi członkami rodziny, mimo że istnieją odpowiednie przepisy. Natomiast w Szwajcarii pracownikom często oferuje się stanowiska oparte na określonym procencie czasu pracy (na przykład praca oferowana w 100% oznacza pełny etat, do 45–50 godzin tygodniowo w zależności od sektora pracy), a zwolnienie chorobowe jest dozwolone na mocy prawa. Jeśli chodzi o płatny urlop, jego wymiar w Japonii wynosi od 10 do 20 dni roboczych w zależności od lat nieprzerwanego zatrudnienia, a zatem jest krótszy niż w Szwajcarii, gdzie wynosi co najmniej cztery tygodnie. Opisane rozważania stanowią tło do przeprowadzonego przez zespół Oe badania, w którym wzięło udział 170 położnych. Między dwoma krajami wystąpiły istotne różnice w grupie wiekowej około 24 lat, pod względem stanu cywilnego oraz lat doświadczenia. Japońskie pracownice były młodsze, częściej niezamężne i miały mniejsze doświadczenie niż pracownicy szwajcarscy. Średni wynik ogólnego stresu psychicznego w próbie szwajcarskiej ($12,8 \pm 6,5$) był istotnie wyższy niż w próbie japońskiej ($10,3 \pm 6,2$; $|z| = 2,04$, $p = 0,04$). Ponadto średni wynik wtórnego stresu urazowego był wyższy w próbie szwajcarskiej ($31,8 \pm 9,7$) niż w próbie japońskiej ($24,1 \pm 8,6$; $|z| = 4,56$, $p < 0,01$). W ocenie badaczy wyniki te mogą być odzwierciedleniem różnic kulturowych między Japonią a Szwajcarią, takich jak warunki pracy lub środowisko rodzinne (Oe, Ishida, Favrod et al., 2018).

B.W. Dubale wraz z zespołem w 2019 roku opublikował wyniki przeprowadzonego badania, które potwierdziły, że wypalenie zawodowe jest powszechne wśród lekarzy, pielęgniarek i innych świadczeniodawców w Afryce Subsaharyjskiej, a szacunkowa częstość występowania syndromu wynosi od 40% do 80%. Najwyższy poziom wypalenia odnotowano wśród pielęgniarek, chociaż wszyscy badani zgłaszali jego wysoki poziom. Wiązał się on z niekorzystnymi warunkami pracy, wysokimi wymaganiami w pracy i niską satysfakcją z niej. Badania w Afryce Subsaharyjskiej korelują z innymi badaniami w grupie pracowników ochrony zdrowia, które wykazały, że wypalenie jest częstsze wśród kobiet, osób młodych oraz mających mniejsze wsparcie lub zasoby do zarządzania obciążeniem pracą (Dubale, Friedman, Chemali et al., 2019).

Reformy opieki zdrowotnej w Polsce i za granicą w ciągu dwóch dekad XXI wieku oraz niespodziewany światowy kryzys zdrowotny wywołany pandemią COVID-19 w latach 2020–2022 stworzyły stan niekończących się zmian, które

potęgowały stres u pracowników ochrony zdrowia. Pracownicy ochrony zdrowia intensywnie obcuja z innymi ludźmi, poznają ich intymne problemy psychologiczne, społeczne i fizyczne. Ponadto są szczególnie dotknięci ograniczeniami ekonomicznymi w systemach opieki zdrowotnej, podważającymi ich zdolność do świadczenia wysokiej jakości opieki zgodnie ze standardami zawodowymi. Między innymi dlatego poziom wypalenia zawodowego w tej grupie zawodowej zwykle był wyższy w porównaniu do innych grup zawodowych (Laschinger i Montgomery, 2014).

Maslach (1994) podkreśla, że pozostawanie przez dłuższy czas w stałym lub ciągłym pobudzeniu emocjonalnym jest wysoce niekorzystne dla każdego człowieka. W efekcie może odbierać człowiekowi zdolność do pracy i niszczyć jego życie osobiste. Aby przeciwdziałać takiemu zjawisku, bardzo ważne jest nauczenie się techniki emocjonalnego dystansowania się (ang. *detachment*). W ocenie badaczki niskie morale, absencja i zwiększona fluktuacja kadr spowodowane wypaleniem zawodowym bezpośrednio wpływają na jakość usług medycznych i opieki społecznej. Mogą również mieć odzwierciedlenie we wzroście liczby procesów sądowych związanych ze zdarzeniami medycznymi i związanym z tym wzrostem kosztów ubezpieczenia. Korelacje można dostrzegać także w podnoszących się wskaźnikach stresu, alkoholizmu, bólów migrenowych, chorób psychicznych, samobójstw czy rozwodów.

Badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych (już w okresie pandemii COVID-19) potwierdziły tezę Maslach i wskazały, że wypalenie zawodowe, odnoszące się do uczucia wyczerpania, negatywizmu i zmniejszonej osobistej wydajności w pracy, dotyka od 25% do 30% społeczeństwa amerykańskiego i od 44% do 80% stażystów medycznych i lekarzy. Jest związane z większą liczbą błędów, wyższymi wskaźnikami śmiertelności pacjentów, depresji, myśli samobójczych i dużą fluktuacją kadr medycznych. Wypalenie zawodowe zostało opisane jako „kryzys zdrowia publicznego, który wymaga pilnego działania”. Kultura prowadząca do wypalenia zaczyna się w szkole medycznej i pogarsza w trakcie rozwoju zawodowego. Kobiety-lekarze są nieproporcjonalnie bardziej dotknięte wypaleniem, początkowo stanowią 46% siły roboczej, ale tylko w 23% zostają profesjonalistami i w 18% kierownikami katedr (Fainstad, Mann, Suresh et al., 2022).

Zespół Y. Xiao z Chin w 2021 roku przeprowadził badanie przekrojowe wśród personelu pielęgniarskiego opieki bezpośredniej pracującego na oddziałach chirurgii hepatologicznej w prowincji Hunan. Kwestionariusz online w całości wypełniły 623 osoby. Pytania dotyczyły stresu związanego z wykonywaną pracą i pełnionymi funkcjami, wypalenia, obciążeń zdrowia psychicznego i wsparcia społecznego. Większość personelu pielęgniarskiego to kobiety (98,72%), a tylko ośmiu pracowników (1,28%) to mężczyźni. Wiek badanych wahał się od 20 do 58 lat, ze średnią wieku 30,88 (SD = 6,14). Dwie trzecie respondentów było zamężnych/żonatych (66,93%), większość miała wykształcenie wyższe (81,86%). Ich czas pracy w pielęgniarstwie waha się od pół roku do 37 lat, ze średnią lat 9,48 ± 6,52. Średnia

i odchylenie standardowe (SD) każdej zmiennej w badaniu wyniosły $36,13 \pm 6,92$ dla stresu związanego z wykonywaną pracą i pełnioną funkcją, $66,30 \pm 20,65$ dla wypalenia, $14,83 \pm 11,63$ dla stresu psychicznego i $12,39 \pm 1,70$ dla wsparcia społecznego. Analizy korelacji Pearsona wykazały, że stres związany z wykonywaną pracą i pełnioną funkcją był dodatnio związany z wypaleniem ($r = 0,39$, $p < 0,001$) i stresem psychicznym ($r = 0,50$, $p < 0,001$), ale ujemnie związany ze wsparciem społecznym ($r = -0,42$, $p < 0,001$). Wypalenie było dodatnio skorelowane ze stresem psychicznym ($r = 0,51$, $p < 0,001$), ale ujemnie — ze wsparciem społecznym ($r = -0,26$, $p < 0,001$). Stres psychiczny był ujemnie powiązany ze wsparciem społecznym ($r = -0,36$, $p < 0,001$) (Xiao, Zhang, Li et al. 2022).

W badaniach nad wypaleniem zawodowym naukowcy podkreślają, że podczas pandemii COVID-19 pracownicy placówek medycznych byli bardzo obciążeni pracą i narażeni na różne stresory psychospołeczne. M. Ulfa (2022) razem z zespołem przeprowadziła badanie właśnie w tej grupie pracowników w celu oceny stanu wypalenia zawodowego pracowników placówek medycznych na świecie w szczytowym okresie pandemii COVID-19. Metoda zastosowana w badaniu polegała na przeglądzie literatury. Źródła danych zostały zaczerpnięte z bazy Scopus przy użyciu słów kluczowych: pracownicy służby zdrowia, wypalenie zawodowe oraz koronawirus z okresu od 2020 roku do 25 kwietnia 2022 roku (150 dokumentów). Przeprowadzona analiza materiałów ukazała, że zachodzi korelacja między całkowitymi wynikami skali wypalenia u pracowników placówek medycznych a słowami kluczowymi, jak wyczerpanie, psychiczne, stres, osobisty, depresja, objawy, nagłe wypadki, system, praca i wpływ. Wnioski wynikające z analizy wskazują, że wypalenie zawodowe było zazwyczaj związane z depresją, lękiem i wyczerpaniem. Zespół Ulfy podkreślił, że pracownicy placówek medycznych na całym świecie doświadczyli wysokiego poziomu stresu psychicznego. Badacze odkryli również, że osoby zajmujące się bezpośrednio pacjentami z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 częściej doświadczali depresji, stresu i wypalenia niż pracownicy placówek, którzy nie byli osobiście zaangażowani w pracę medyczną (Ulfa, Azuma i Steiner, 2022).

Determinanty wypalenia zawodowego

Pandemia COVID-19 stała się poważnym globalnym problemem odciskającym piętno na zdrowiu psychicznym ludzi na całym świecie. Istotnie wzrosła liczba osób cierpiących na samotność, depresję i lęki. Negatywny wpływ COVID-19 na zdrowie psychiczne jest szczególnie dominujący wśród pracowników ochrony zdrowia, którzy pracują na pierwszej linii walki o życie i zdrowie pacjentów zarażonych wirusem SARS-CoV-2. Najczęściej wymienianymi przez pielęgniarki i lekarzy wyzwaniem są zwiększone obciążenie pracą i wydłużone godziny pracy, ograniczone zasoby i wsparcie, brak wiedzy i gotowości do reagowania na

COVID-19 (w pierwszych miesiącach trwania epidemii) oraz strach przed zakażeniem i zarażeniem bliskich. Wymienione przeszkody i pozostawanie przez dłuższy czas w wysokim napięciu i pobudzeniu emocjonalnym znacząco wpłynęły na zdrowie psychiczne pracowników medycznych, co prowadziło do wypalenia zawodowego (Xiao, Zhang, Li et al., 2022).

Determinanty wypalenia zawodowego S. Edú-Valsania (2022) proponuje podzielić na dwie szerokie kategorie:

1. czynniki organizacyjne, na przykład obciążenie pracą, wymagania emocjonalne;
2. czynniki indywidualne, na przykład osobowość pracownika, strategie radzenia sobie z problemami.

Katalizatorami wypalenia mogą być zatem czynniki związane z pracą. Badacz uważa jednak, że chociaż czynniki organizacyjne mogą same z siebie generować wypalenie, niektóre indywidualne czynniki również będą działać jako zmienne moderujące. Tak więc aspekty osobiste, takie jak brak pewności siebie lub stosowanie mechanizmów radzenia sobie ze stresem, mogą odgrywać rolę we wzmacnianiu czynników sytuacyjnych. Jednocześnie inne indywidualne cechy, takie jak optymizm czy aktywne radzenie sobie z problemami, mogą zmniejszyć lub nawet spowolnić negatywny wpływ czynników organizacyjnych na wypalenie zawodowe i jego konsekwencje (Edú-Valsania, Laguía i Moriano, 2022).

Badanie przeprowadzone przez zespół Xiao (2022) potwierdziło, że stres związany z pracą i wypełnianymi zadaniami jest istotnym czynnikiem ryzyka stresu psychicznego. Wynik ten wskazuje, że przyszłe badania i interwencje mające na celu łagodzenie stresu psychicznego personelu pielęgniarskiego powinny rozpocząć się od zmniejszenia poziomu stresu związanego z pełnionymi przez personel funkcjami i wykonywanymi zadaniami, co można osiągnąć poprzez jasne i spójne instrukcje dotyczące obowiązków i zmniejszenie obciążenia pracą. Jeśli wziąć pod uwagę fakt, że wypalenie jest istotnym determinantem łączącym stres związany z pracą i pełnioną funkcją oraz dystres psychiczny, zmniejszenie poziomu wypalenia wśród pielęgniarek może być kolejnym pomocnym i skutecznym środkiem zmniejszania dystresu psychicznego i zapobiegania mu. Na przykład interwencje psychospołeczne, których celem jest złagodzenie uczucia wyczerpania emocjonalnego, zmniejszenie poziomu depersonalizacji i poprawa samorealizacji mogą najlepiej służyć poprawie w psychicznym cierpieniu personelu pielęgniarskiego i zapobieganiu temu cierpieniu. Ponadto zauważono buforującą rolę wsparcia społecznego w pośrednim związku między stresem związanym z pracą i pełnioną funkcją a stresem psychicznym wśród personelu pielęgniarskiego. Jeśli wziąć pod uwagę zależności występujące między wymienionymi czynnikami, to poprawa poziomu wsparcia społecznego, jakie otrzymuje personel pielęgniarski, może również znacznie pomóc w zmniejszeniu dystresu psychicznego. Na przykład członkowie rodziny mogą dzielić więcej obowiązków rodzinnych, takich jak wykonywanie prac domowych i opieka nad dziećmi, aby odciążać personel pie-

lęgniarski od ciężaru opieki nad rodziną, aby uniknąć konfliktów między rodziną a pracą, które to konflikty mogą zwiększać stres związany z pełnionymi funkcjami. Przełożeni powinni być bardziej troskliwi i wyrozumiali, podczas gdy koledzy powinni aktywnie i zespołowo współpracować, aby stworzyć bardziej wspierające środowisko pracy na oddziale. Autorzy badania podkreślili, że wielką wartością badania jest to, że zostało ono przeprowadzone podczas pandemii COVID-19 i jego wyniki mogą stanowić cenne wskazówki dotyczące czynników wypalenia zawodowego oraz możliwości poprawy zdrowia psychicznego wśród personelu medycznego nie tylko w Chinach, lecz także w innych krajach dotkniętych pandemią. Pomoc w zakresie zdrowia psychicznego w 2022 roku jest pilnie potrzebna w opiece zdrowotnej na całym świecie (Xiao, Zhang, Li et al., 2022).

Badania przeprowadzone w 2020 roku w Wielkiej Brytanii wśród lekarzy wykazały, że najważniejszymi czynnikami powodującymi wypalenie w ocenie badanych były:

1. brak szacunku ze strony pracowników administracyjnych i kierownictwa placówki medycznej oraz współpracowników (41%);
2. zbyt wiele biurokracji, na przykład prowadzenie notatek, wypełnianie formularzy (39%);
3. spędzanie wielu godzin w pracy (38%);
4. brak kontroli/autonomii (32%);
5. poczucie bycia „jak trybik w maszynie” (30%);
6. niewystarczająca płaca/nagroda (24%).

W odpowiedzi na pytanie, co pomogłoby zmniejszyć wypalenie, badani lekarze wskazali trzy najistotniejsze działania, które należałoby podjąć, aby odwrócić sytuację:

1. bardziej wyrównane obciążenie liczbą leczonych pacjentów (34%);
2. większy szacunek ze strony pracowników administracyjnych i kierownictwa placówki medycznej oraz współpracowników (33%);
3. mniej sztywne harmonogramy pracy i godziny dyżurów (31%).

Zdaniem lekarzy pandemia COVID-19 istotnie wpłynęła na wzrost wypalenia wśród personelu medycznego (Shields i Powell, 2022).

Z kolei badanie przeprowadzone w 2020 roku w Stanach Zjednoczonych, mające na celu rozpowszechnienie wiedzy na temat czynników związanych z wypaleniem wśród personelu medycznego i omówienie ich, wskazało pięć powodów, które skłoniły personel pielęgniarski do porzucenia zawodu:

1. stresujące środowisko pracy (34%);
2. brak efektywnego zarządzania i/lub przywództwa (34%);
3. wypalenie (31%);
4. nieodpowiedni personel (30%);
5. lepsze wynagrodzenie/korzyści w nowym miejscu (26%).

Z kolei do czynników, które wpłynęły na wypalenie wśród lekarzy, badani zaliczyli:

1. zbyt wiele biurokratycznych zadań, na przykład sporządzanie wykresów, wypełnianie formularzy (60%);
2. brak szacunku ze strony pracowników administracyjnych i kierownictwa placówki medycznej oraz współpracowników (39%);
3. za dużo godzin w pracy (34%);
4. brak kontroli nad swoim życiem lub autonomii (32%);
5. niewystarczające wynagrodzenie (28%);
6. zwiększenie komputeryzacji praktyki zawodowej (28%);
7. brak szacunku ze strony pacjentów (22%) (Shields i Powell, 2022).

Z przytoczonych badań i przeglądu literatury można wysnuć wniosek, że czynnikami pierwotnymi (czyli sprzed pandemii COVID-19) wpływającymi na występowanie wypalenia zawodowego są brak uczciwości i wzajemnego szacunku, obciążenia, którymi nie można zarządzać, brak jasności ról, słaba komunikacja lub brak wsparcia ze strony przełożonego, nieuzasadniona presja czasu i brak ludzi do pracy, brak znaczących relacji międzyludzkich. Czynniki, które pojawiły się w czasie pandemii, są rosnące zaległości, pozostawanie w oczekiwaniu na oddelegowanie do innej pracy oraz tak zwany koszt emocjonalny.

Rola lidera w przeciwdziałaniu wypaleniu

Chociaż problem wypalenia jest dobrze zdefiniowany, jego rozwiązanie jest trudne i wieloaspektowe. Zaoferowano różne rozwiązania na poziomie systemu ochrony zdrowia, jednak ani wyższe wynagrodzenie, ani wprowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej, ani skrócone godziny pracy nie zmniejszają wypalenia zawodowego. Propozycje działań na poziomie indywidualnym, takie jak uważność, czas wolny, joga i mentoring, złagodziły wypalenie zawodowe, ale nie były równie skuteczne wśród lekarzy i pozostałego personelu medycznego (Fainstad, Mann, Suresh, et al., 2022).

Przywódca placówki medycznej powinien niezmiennie myśleć o celu i misji organizacji, której przewodzi. Zobowiązany jest dbać zarówno o klienta-pacjenta, który określa specjalizację i profil działalności instytucji, jak i o zespół ludzi, którzy wraz z liderem pracują na rzecz placówki. Narzędziem, którym dysponuje w tym aspekcie, jest umiejętność słuchania, która wspiera go we właściwym rozpoznawaniu potrzeb, oczekiwań i spostrzeżeń zarówno pacjentów, jak i pracowników. Ważne są arbitralność i pozbycie się emocji, które mogą zagłuszać zdrowy rozsądek i obiektywizm. Sprawiedliwość lidera w ocenie sytuacji, uczciwe rozpoznanie zgłaszanych potrzeb i podjęcie konkretnych działań w celu wspierania pracowników w placówce medycznej są kluczowe dla zachowania równowagi w środowisku pracy. Lider powinien równocześnie doceniać subiektywne odczucia uczestników procesu, aby znaleźć konsensus w analizowanej kwestii. Aktywne słuchanie połączone z efektywną komunikacją w ramach zespołów po-

zwala osiągnąć efekt synergii w wykorzystaniu punktów widzenia stron procesu medycznego, co pozwala liderowi podjąć właściwe i trafne decyzje.

W przypadku wypalenia kultura organizacyjna oparta na otwartości, uczciwości i współodpowiedzialności jest kluczowa. Sprzyja efektywnemu prowadzeniu działalności medycznej. Pacjent powinien ufać kadrze medycznej, a kadra medyczna — pacjentowi oraz sobie nawzajem. W szerszej perspektywie pracownicy powinni mieć zaufanie do przywódcy, a on do nich. Tylko takie współdziałanie przynosi dobre owoce pracy. Zaburzenia w sferze komunikacji i aktywnego słuchania prowadzą do destrukcji i konfliktów. Powstają wówczas pomówienia, nadinterpretacje i doszukiwanie się wzajemnej winy. Atmosfera pracy oparta na zaufaniu i uczciwości jest bogata w dobre stosunki międzyludzkie, które sprzyjają bezstresowej pracy. Brak stresu lub znaczna jego minimalizacja bardzo dobrze wpływają na realną efektywność pracy, bez potknięć i błędów. Stres w obszarze merytorycznym (konkretnej procedury medycznej) jest wpisany w profil zawodowy kadr medycznych. Ale stres w miejscu pracy wywołany brakiem zaufania i aspektami pozamerytorycznymi jest do uniknięcia tylko dzięki sprawnemu przywództwu na wszystkich szczeblach organizacyjnych placówki medycznej. Przywódca, który potrafi stworzyć przyjazną atmosferę pracy, jest nieocenionym skarbem dla swojego zespołu.

Rolą liderów na różnych szczeblach w hierarchii jednostki jest tworzenie kultury szacunku i ciągłego doskonalenia, która integruje członków zespołu we wzajemnym wspieraniu się w najtrudniejszych momentach pracy zawodowej. Niezwykle ważne jest wdrażanie strategii promujących budowanie i utrzymywanie dobrego samopoczucia i odporności pracowników na stres. Strategie te powinni indywidualnie do swoich potrzeb tworzyć ludzie, którzy doświadczają syndromu wypalenia. Ponadto, obok wsparcia i umiejętności dzielenia się swoimi emocjami czy korzystania z pomocy innych, bardzo istotne jest dbanie o równowagę pomiędzy pracą a życiem osobistym. W zespołach medycznych niezwykle istotne jest zastanowienie się, co personel medyczny zawdzięcza pacjentom. Szczególnym obszarem odciskającym piętno na wrażliwości człowieka jest onkologia. Warto ponownie dokonać oceny wartości, zbudować ich hierarchię i przemyśleć, co w życiu jest prawdziwe i cenne. Aby dojść do tak ważnych wniosków, niejednokrotnie trzeba omówić sprawy trudne i bolesne.

Personel medyczny jest chętny do otwartej i twórczej dyskusji, jednak jest to możliwe tylko wtedy, gdy każdy z uczestników dyskusji odsunie na bok swoje ego. Szczególnie ma to znaczenie w przypadku osób zajmujących istotne stanowiska w strukturze organizacyjnej placówki medycznej. Liderzy, którzy kierują się tym, co najlepsze dla pracowników, służą im, zamiast promować samych siebie. Takie działanie z pewnością zostanie zauważone i docenione przez zespół. Okazywanie szacunku ludziom polega na byciu wobec nich uczciwym oraz wymaga pokory i harmonii po obu stronach. Usuwając osobiste uprzedzenia i potrzeby, lider powinien koncentrować się na tym, co najlepsze dla dobrostanu pracowników

i organizacji. Wówczas może podejmować skuteczne działania na rzecz doskonalenia (Nakamuro, 2016).

Istnieje dziesięć fundamentalnych zachowań wszystkich pracowników w placówce medycznej w ramach strategii przywództwa z szacunkiem:

1. bądź graczem zespołowym;
2. posłuchaj, aby zrozumieć;
3. dziel się informacjami;
4. dotrzyмай obietnic;
5. mów otwarcie;
6. integruj się z innymi;
7. zrozum punkt widzenia drugiej strony;
8. bądź zaangażowany;
9. wyrażaj wdzięczność;
10. rozwijaj się i wzrastaj (Shields i Powell, 2022).

Przywództwo oparte na szacunku do innych polega zarówno na umożliwieniu pracownikom obrony swoich pomysłów, racji i potrzeb, jak i na zdolności każdej ze stron do przyznania się do popełnienia błędu. Zwrócenie drugiej osobie uwagi, że jest w błędzie, nie jest aktem lekceważenia, wręcz przeciwnie, jest to wyraz naszego najwyższego szacunku. Ponadto, ważne jest, aby liderzy uprzejmie, z pasją i wytrwałością komunikowali swoje wizje i marzenia i przekonali ludzi do podzielenia tych samych najwyższych celów zawodowych. Osiągnięcie ujednoczonego sposobu myślenia i szacunku w placówce medycznej powoduje, że pracownicy nie skupiają się na tym, że ich ciężkiej pracy często towarzyszyły negatywne uczucia dyskomfortu, niechęci czy złośliwości ludzkiej. Ważne jednak jest, żeby lider zauważył ich zaangażowanie i docenił ich starania na co dzień (Nakamuro, 2016).

W kontekście wypalenia bardzo ważne jest głośne komunikowanie doświadczenia braku szacunku w zespołach. Aby tonować stres i emocje można użyć następujących sformułowań:

1. „zauważyłem/zobaczyłem/byłem świadkiem” — określ słowa, ton, dotyk, pozycjonowanie itp.;
2. „poczułem się nieswojo, ponieważ...”;
3. „teraz skupmy się ponownie na tym, jak możemy dziś pomóc...”;
4. „w ten sposób możemy jak najlepiej wykonywać naszą pracę jako zespół”.

Przywołane przykłady określają wprowadzają spokój, równowagę i harmonię w relacjach oraz pozwalają na dokończenie zadań w dobrej atmosferze współpracy (Shields i Powell, 2022).

Badani lekarze rezydenci przywołują przykłady stresujących relacji w pracy, stawiania zbyt wysokich wymagań przez lekarzy nadzorujących rezydenturę oraz kultury organizacyjnej, w której potrzeby rezydentów są nieistotne. Skutecznym rozwiązaniem zaproponowanym przez zespół T. Fainstad z Colorado (2022) może być profesjonalny coaching, który polega na analizowaniu własnych spostrzeżeń, przekonań i nawyków w celu zdefiniowania, przeformułowania i dosto-

sowania wymagań i standardów pracy do osobistych wartości. Coaching różni się od mentoringu, doradztwa i nauczania tym, że wykorzystuje dogłębne indywidualne analizy i metapoznanie, a nie porady osoby doświadczonej. Polega na nauce samodzielnego zarządzania myślami, uczuciami i działaniami, aby dążyć do spełnienia. W przeciwieństwie do terapii coaching nie diagnozuje ani nie leczy klinicznie osoby otrzymującej. W przypadku kobiet-lekarki znacząco poprawił wyniki w zakresie wypalenia zawodowego oraz współczucia dla siebie i innych osób. W porównywanym badaniu przeprowadzonym na rezydentach medycznych w Holandii odbycie sześciu sesji coachingu twarzą w twarz w ciągu dziesięciu miesięcy zaowocowało poprawą zasobów osobistych i zmniejszeniem objawów wypalenia, jednak nie zaobserwowano żadnych zmian w zaangażowaniu w pracę. Chociaż wcześniejsze badania pokazują, że coaching wspiera kształtowanie tożsamości zawodowej lekarzy i zdrową integrację między życiem zawodowym a prywatnym, w badaniach tych nie stwierdzono związku między coachingiem grupowym a czynnikami dobrostanu osobistego, w tym wypaleniem zawodowym. Dlatego coaching „Better Together” autorstwa Fainstad (2022) zaprojektowano w formie indywidualnym, długotrwałym i multimodalnym. Szkolenie zachęca uczestnika do systemowego zaangażowania i indywidualnej odpowiedzialności za swój dobrostan. „Better Together” zostało zaprojektowane z myślą o zróżnicowanych potrzebach i harmonogramach pracy; uczestnicy mogli wybrać formy szkolenia na podstawie indywidualnego stylu uczenia się (pisemny, werbalny lub wizualny), celów i wymagań. Coaching grupowy stosowano, aby pielęgnować atmosferę i kulturę pracy przy zaangażowaniu lidera i jak największej liczby pracowników współpracujących ze sobą na co dzień. Chociaż ten program coachingowy został zaprojektowany przed pojawieniem się pandemii COVID-19, nie było potrzeby wprowadzania jakichkolwiek zmian w formie i treści szkolenia, aby odpowiedzieć na potrzeby pracowników medycznych w czasie pandemicznym. Zapewniono im możliwość połączenia i wsparcia podczas całego okresu pandemii. Warto zaznaczyć, że program coachingowy „Better Together” prowadzą certyfikowani trenerzy. Model ten jest bardzo obiecujący dla budowania dobrego samopoczucia lekarza, jednak powszechne przyjęcie i długoterminowa stabilność kultury organizacyjnej opartej na szacunku do ludzi w ocenie Fainstad (2022) będą zależec od zaangażowania lidera placówki medycznej i zainwestowania przez niego w coaching tego rodzaju dla dobra swoich ludzi (Fainstad, Mann, Suresh et al., 2022).

Podsumowanie

Zespół wypalenia, rozpoznany i nazwany w latach siedemdziesiątych XX wieku, pojawiał się znacznie wcześniej i dotykał wiele ludzi w różnych miejscach pracy. Dotyczy głównie tych zawodów, które związane są z obcowaniem z innymi ludźmi, udzielaniem pomocy, opieką i ratowaniem życia. Jest głównym czynnikiem

odpowiedzialnym za niskie morale pracowników, absencję w pracy i wysoki poziom fluktuacji kadr medycznych. Zdaniem Maslach przyczyną wielu przypadków wypalenia są określone czynniki społeczne i sytuacyjne. Ludzie nie są „źli”, niewrażliwi i brutalni. Wypalenie wynika ze złych sytuacji, w których powinni działać ludzie początkowo nastawieni bardzo idealistycznie do swojej pracy. Pacjenci pozostający pod opieką pielęgniarek i leczeni przez lekarzy również cierpią wskutek wypalania się zespołów medycznych. Czekają dłużej na usługę medyczną, otrzymują mniej troski i zainteresowania. Jakość opieki i leczenia również na tym cierpi, zdarzają się sytuacje, w których świadczenia medyczne charakteryzuje dehumanizacja. Objawia się między innymi bezosobową, obojętną lub pogardliwą postawą personelu medycznego wobec pacjenta (na przykład: „pierz z sali 303”, „żołądek z sali 508”). Należy także podkreślić, że odchodzenie ludzi z pracy, porzucenie ideałów i marzeń na skutek wypalenia to, oprócz indywidualnego bólu i rozczarowania, ze społecznego punktu widzenia ogromne marnotrawstwo wykształcenia i talentu tych osób (Maslach, 1994).

Zespół wypalenia zawodowego wpisany został do Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-11) z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2022, jednak jest on określony jako syndrom mogący wpłynąć na stan zdrowia pracownika. W Polsce obowiązuje Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-10, dlatego osoby doświadczające objawów zespołu wypalenia zawodowego nie mają możliwości korzystania ze zwolnienia lekarskiego. Uzasadnieniem dla ewentualnego zwolnienia lekarskiego dla tej grupy osób może być na przykład epizod depresyjny (Gołąb, 2022).

Rolą liderów placówek medycznych jest zachowanie uważności i szybkie rozpoznawanie przyczyn wypalenia zawodowego wśród pracowników. Czynnikiem pierwotnym wpływającym na występowanie wypalenia są brak uczciwości i wzajemnego szacunku, obciążenia, którymi nie można zarządzać, brak jasności ról, słaba komunikacja lub brak wsparcia ze strony przełożonego, nieuzasadniona presja czasu i brak ludzi do pracy, brak znaczących relacji międzyludzkich. Czynnikiem, które pojawiły się w czasie pandemii COVID-19, są rosnące zaległości, oczekiwanie na oddelegowanie do innej pracy oraz tak zwany koszt emocjonalny.

Liderzy na różnych szczeblach w hierarchii placówki medycznej powinni tworzyć i rozwijać kulturę szacunku i ciągłego doskonalenia, która integruje członków zespołu we wzajemnym wspieraniu się w najtrudniejszych momentach pracy zawodowej. Niezwykle ważne jest wdrażanie strategii promujących budowanie i utrzymywanie dobrego samopoczucia i odporności pracowników na stres. Obok wzajemnego wsparcia i dzielenia się swoimi emocjami, nazywania wprost, co czuje dana osoba, i zachowania kultury języka w komunikacji niezwykle istotne jest także dbanie o równowagę pomiędzy pracą a życiem osobistym. Sztuka dystansowania się, zachowania wewnętrznego balansu, rozumienia własnych emocji i potrzeb jest wyzwaniem dla każdego pracownika. Jest to trudna nauka, na którą niejednokrotnie potrzeba wielu lat. Dla odzyskania wewnętrznej równowagi

psychicznej w zespołach medycznych pomocne jest zastanowienie się, co personel medyczny zawdzięcza pacjentom. Praca z pacjentem onkologicznym odciska szczególnie piętno na wrażliwości człowieka. Ponowna ocena wartości, zbudowanie ich hierarchii i przemyślenie, co w życiu jest prawdziwe i cenne, pomaga w uwolnieniu się z jarzma wypalenia. Zagłębienie w głąb własnego życia i swojej duszy może być trudne i bolesne, ale warto przejść taką drogę, by odzyskać siebie.

Maslach i Banks (2017, 49) zalecają, aby liderzy rozpoczęli tworzenie zdrowych miejsc pracy w solidny i przekonujący sposób. Ich zdaniem psychologowie, wraz ze swoimi partnerami akademickimi i praktykami, mogą znacząco przyczynić się do projektowania zdrowych miejsc pracy. Dzieje się tak, ponieważ psychologia jest głęboko zakorzeniona w rozumieniu ludzkich potrzeb i tego, jak zadowolenie ludzi bezpośrednio wpływa na ich motywację do pracy, jakość życia oraz samopoczucie fizyczne i psychiczne.

Wnioski

Analiza polskiej i światowej literatury w obszarze wypalenia zawodowego pozwoliła na przedstawienie historii i definicji zjawiska. Przegląd wybranych źródeł wtórnych ukazał, że wypalenie zawodowe zakorzenione jest w zawodach medycznych i opiekuńczych, co podkreśla wielu badaczy tematu. Wyniki przytoczonych badań pokazały stopień zjawiska w okresie przedpandemicznym oraz istotny wzrost natężenia zjawiska wraz z nastaniem pandemii COVID-19.

W efekcie przeprowadzonej analizy zdefiniowano również determinanty wypalenia zawodowego z podziałem na pierwotne i pandemiczne. Znajomość czynników pierwotnych i determinantów pandemicznych pozwala na ustalenie źródeł nadmiernego obciążenia, przemęczenia, poczucia pustki życiowej, braku energii fizycznej i psychicznej wśród pracowników placówek medycznych. Rozpoznanie wśród personelu medycznego na wczesnym etapie depersonalizacji pacjentów, która początkowo wyraża się w tendencji do unikania osób chorych i skracania czasu spędzanego z nimi, powinno zwrócić uwagę liderów medycznych. Apatia, kłopoty ze snem, brak zadowolenia z pracy, rozdrażnienie, łatwość popadania w konflikty, sięganie po używki, liczne dolegliwości bólowe i infekcje to zwiastuny wypalenia zawodowego. Dlatego tak ważne są szybkie reagowanie, uważność, a zarazem subtelność i delikatność w zachowaniu liderów różnych szczebli w hierarchii placówki medycznej. Ważne jest, by nie pogłębić stanu wyczerpania emocjonalnego u pracowników, szczególnie na pierwszej linii świadczenia usługi medycznej. Umiejętność doboru narzędzi i strategii budowania atmosfery wzajemnego wsparcia oraz zapobiegania zmęczeniu i wypaleniu zawodowemu to wielkie wyzwanie dla przywódców.

Kolejnym omówionym aspektem jest rola lidera w przeciwdziałaniu wypaleniu. Przegląd literatury potwierdził, że pracownicy placówek medycznych potrze-

bują wsparcia i zrozumienia ze strony przywódców. Niezwykle istotna jest kultura organizacyjna oparta na szacunku, integracji członków zespołów medycznych oraz skoncentrowaniu na człowieku. Zatem wyzwaniem dla liderów jest, jak podpowiadają Maslach i Banks (2017), tworzenie zdrowych miejsc pracy.

Przeprowadzony przegląd literatury obciążony jest ograniczeniami metody badawczej, do których należy zaliczyć problemy natury technicznej (literatura wybrana została z ogólnodostępnych publikacji). Wyniki uzyskane w przeprowadzonej analizie należy potraktować jako dane wejściowe do badań na większej liczbie publikacji w Polsce i na świecie. Pogłębienie i poszerzenie obszaru analizy źródeł wtórnych spowoduje, że badania nabiorą cech uniwersalności.

Podsumowując powyższe: należy uznać, że założone we wstępie artykułu cele pracy zostały osiągnięte. Wypalenie zawodowe po trudnym czasie pandemii COVID-19 jest pilnym wyzwaniem, które przywódcy placówek medycznych powinni zrozumieć i bezpośrednio stawić mu czoła. Problem badawczy dotyczący roli lidera w rozwiązywaniu problemu wypalenia zawodowego w placówce medycznej stanowi istotny obszar sfery poznawczej i metodycznej i niewątpliwie wymaga kontynuacji badań przeglądowych i empirycznych. Przywołane w niniejszym artykule przykłady rozwiązań stanowią bardzo szeroką płaszczyznę otwartą do eksploracji.

Bibliografia

- Anczewska, M., Świtaj, P., Roszczyńska, J. (2005). Wypalenie zawodowe. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 14 (2), 67–77.
- Dubale, B.W., Friedman, L.E., Chemali, Z., Denninger, J.W., Mehta, D.H., Alem, A., Fricchione, G.L., Dossett, M.L., Gelaye, B. (2019). Systematic review of burnout among healthcare providers in sub-Saharan Africa. *BMC Public Health*, 19, 1247. DOI: 10.1186/s12889-019-7566-7.
- Edú-Valsania, S., Lagua, A., Moriano, J.A. (2022). Burnout: A Review of Theory and Measurement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19 (3), 1780. DOI: 10.3390/ijerph19031780.
- Fainstad, T., Mann, A., Suresh, K., Shah, P., Dieujuste, N., Thurmon, K., Jones, Ch.D. (2022). Effect of a Novel Online Group-Coaching Program to Reduce Burnout in Female Resident Physicians. A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 5 (5), e2210752. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.10752.
- Fengler, J. (2000). *Pomaganie mężczyz. Wypalenie w pracy zawodowej*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Gołąb, D. (2022). Wypalenie zawodowe. *Kurier Onkologii*, 21 (1), 8–9.
- Jeske, A. (2018). *Kompetencje w świecie VUCA*. Dostęp: 12.10.2020, <https://taptalent.eu/kompetencje-w-swiecie-vuca/>.
- Kornakiewicz, B., Krupa, S., Widenka, K. (2019). Czynniki wpływające na wypalenie zawodowe pielęgniarek w środowisku szpitalnym. *Pielęgniarstwo w Anestezjologii i Intensywnej Opiece*, 5 (3), 83–89.
- Laschinger, H., Montgomery, A. (2014). Burnout and HealthCare — Editorial. *Burnout Research*, 1 (2), 57–58. DOI: 10.1016/j.burn.2014.08.002.

- Maslach, Ch. (1994). *Wypalenie się: utrata troski o człowieka*. W: Zimbardo, P.G., Gerrig, R.J., *Psychologia i życie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Maslach, Ch., Banks, C.G. (2017). *Psychological connections with work*. W: Cooper, C.L., Leiter, M.P. (red.), *The Routledge Companion to Wellbeing at Work*. London: Taylor and Francis. DOI: 10.4324/9781315665979-4.
- Maslach, Ch., Leiter, M.P., Schaufeli, W. (2009). *Measuring burnout*. W: Cartwright, S., Cooper, C.L. (red.), *Organizational well-being*. New York: Oxford University Press.
- Mattei, A., Fiasca, F., Mazzei, M., Necozone, S., Bianchini, V. (2017). Stress and Burnout in Health-Care Workers after the 2009 L'Aquila Earthquake: A Cross-Sectional Observational Study. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 98. DOI: 10.3389/fpsy.2017.00098.
- Nakamuro, J. (2016). *Redefining Respect for People: Disagree to Agree*. Dostęp: 14.10.2017, <https://www.linkedin.com/pulse/redefining-respect-people-disagree-agree-jun-nakamuro>.
- Oe, M., Ishida, T., Favrod, C., Martin-Soelch, C., Horsch, A. (2018). Burnout, Psychological Symptoms, and Secondary Traumatic Stress Among Midwives Working on Perinatal Wards: A Cross-Cultural Study Between Japan and Switzerland. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 387. DOI: 10.3389/fpsy.2018.00387.
- Ogińska, J., Żuralska, R. (2010). Wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach neurologicznych. *Problemy Pielęgniarstwa*, 18 (4), 435–442.
- Shields, S., Powell, S. (2022). *The Role of Leadership in Addressing Burnout on the Frontline: A Systems Approach*. Virginia Mason Institute, 31.03.2022, Virtual event via Zoom®.
- Ulfa, M., Azuma, M., Steiner, A. (2022). Burnout status of healthcare workers in the world during the peak period of the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 952783. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.952783.
- Xiao, Y., Zhang, H., Li, Q., Xiao, S., Dai, T., Guo, J., Yu, Y. (2022) Role Stress and Psychological Distress Among Chinese Nurses During the COVID-19 Pandemic: A Moderated Mediation Model of Social Support and Burnout. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 812929. DOI: 10.3389/fpsy.2022.812929.

Teresa Janicka-Michalak

ORCID: 0000-0002-5026-3787

Akademia Bialska Nauk Stosowanych im. Jana Pawła II

teresajanicka7@wp.pl

Rodzaje orientacji działania (aktywności) aptek ogólnodostępnych w Polsce

Artykuł nadesłany: 21.06.2022; artykuł zaakceptowany: 27.10.2022

Kody klasyfikacji JEL: D22, I11, L21, L22, M31

Słowa kluczowe: aktywność rynkowa, orientacja zarządzania marketingowego, apteka ogólnodostępna, zarządzanie, marketing

Abstrakt

Aktywność marketingowa apteki ogólnodostępnej stanowi istotny aspekt prowadzonej działalności rynkowej, albowiem wpływa w sposób bezpośredni i pośredni na realizację jej celów komercyjnych. Złożoność marketingu powoduje, że organ prowadzący aptekę może w różny sposób stosować instrumenty marketingowe i podejmować różne rodzaje aktywności w ramach prowadzonej działalności operacyjnej. Zakres zastosowania marketingu oraz rodzaje podejmowanych aktywności wymuszają przyjęcie określonego sposobu postępowania, zorientowanego na maksymalizację efektywności wariantu działania, czyli wybór określonej orientacji aktywności. Niniejszy artykuł przedstawia rodzaje orientacji aktywności aptek ogólnodostępnych, czyli podmiotów świadczących według polskiego ustawodawcy usługi farmaceutyczne w ramach systemu ochrony zdrowia publicznego. Wybór i przyjęcie jednego, konkretnego rodzaju orientacji aktywności pozwoli określić zakres i sposoby realizacji celów komercyjnych i celów społecznych. Celem artykułu jest identyfikacja rodzaju orientacji aktywności możliwej do przyjęcia przez aptekę ogólnodostępną i wskazanie dominującego rodzaju orientacji na aptecznym rynku farmaceutycznym. Realizacja przyjętych założeń została oparta na metodzie ankietowej i zmodyfikowanym indeksie rozumienia i stosowania marketingu, metodzie analizy i krytyki piśmiennictwa, metodzie analizy aktów prawnych oraz metodzie badania dokumentów.

Types of activity orientation in Polish community pharmacies

Keywords: market activity, orientation in marketing management, community pharmacy, management, marketing

Abstract

The commercial activity of a pharmacy is an important aspect of its market operations because it directly and indirectly influences the achievement of its business goals. Due to the complexity of marketing, the authority managing the pharmacy may use marketing instruments in various ways and undertake various types of activities as part of its operations. The scope of marketing application and the types of activities undertaken require the adoption of a specific method of proceeding, oriented at maximizing the effectiveness of the variant of action. This article presents the types of activity orientation in pharmacies, i.e., entities which, according to the Polish legislator, provide pharmaceutical services under the public health system. Choosing and adopting one specific type of activity orientation will determine the scope and ways of achieving commercial and social goals. The aim of the article is to identify the type of activity orientation acceptable for a pharmacy and to indicate the dominant type of orientation on the pharmaceutical market. The implementation of the adopted assumptions was based on the survey method as well as the modified comprehension and marketing application index, the method of analysis and criticism of the literature, the method of analyzing legal acts, and the method of examining documents.

Wstęp

Prowadzenie działalności operacyjnej przez apteki ogólnodostępne w jednym z ważnych sektorów gospodarki polskiej, jakim jest rynek farmaceutyczny, wynika zarówno z ich wewnętrznych uwarunkowań strategicznych, jak i z czynników pochodzących z otoczenia sektorowego i makrootoczenia. W obszarze uwarunkowań wewnętrznych i uwarunkowań zewnętrznych, podejmując starania mające na celu osiągnięcie zaplanowanych założeń budżetowych, apteki dokonują wyboru najskuteczniejszego sposobu działania. Możliwe sposoby działania nazywane są orientacjami działania przedsiębiorstwa (Garbarski, 2011, 24).

Prowadzenie działalności operacyjnej wymaga od przedsiębiorstwa przyjęcia odpowiedniej formy aktywności w strategii konkurencji, która to strategia będzie determinować implementację właściwych instrumentów marketingowych (Żak, 2018, 15). Wykaz tych aktywności, określony przez czynniki wewnętrzne i zewnętrzne, może bezpośrednio lub pośrednio oddziaływać na pozycję rynkową przedsiębiorstwa, wyznaczając udział przedsiębiorstwa w rynku, co przekłada się na wyniki finansowe przedsiębiorstwa. Znaczenie poszczególnych czynników ze względu na siłę oraz długość ich oddziaływania może być różne (Niestrój, 2005, 8). Apteka ogólnodostępna jako podmiot rynku farmaceutycznego koncentruje swoją działalność na czynnikach, które efektywnie wpływają na realizację celów społecznych (świadczenie usług farmaceutycznych) i komercyjnych (maksymalizacja wartości w długim okresie oraz zysku w okresie krótkim). Identyfikacja czynni-

ków wpływających na wartość (dodających wartości) stanowi kluczowy element strategii konkurencji, ponieważ jej właściwa realizacja daje gwarancję osiągnięcia rentowności działalności gospodarczej, jaką jest prowadzenie apteki ogólnodostępnej. Uznanie określonego rodzaju aktywności za priorytetowy determinuje, w jakim kierunku będzie prowadzona działalność operacyjna apteki. Wśród istotnych z punktu widzenia marketingu rodzajów aktywności należy wskazać (Żak, 2018, 19):

- rozpoznawanie oczekiwań i potrzeb klientów;
- prowadzenie działań reklamowych lub public relations, stosowanie promocji sprzedaży;
- politykę cenową (dostosowaną do kosztów, do możliwości nabywczych klientów);
- wspieranie popytu na usługi świadczone w aptece;
- dbałość o poziom satysfakcji klientów;
- ocenę atutów i słabości konkurentów;
- kierowanie się zachowaniami konkurentów;
- wpływ personelu na świadczenie usług w aptece;
- zakres wykorzystywania badań marketingowych;
- stosunek (nastawienie) właściciela, menedżerów i pracowników do marketingu.

Poszczególne rodzaje aktywności wymagają podejmowania wielu czynności, które odpowiednio pogrupowane i sparametryzowane pozwalają na określenie rodzaju orientacji apteki.

1. Teoretyczny aspekt badań

Analiza literatury dotyczącej orientacji 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 (Kotler i Keller, 2012, 19; Kotler i Armstrong, 2012, 42), orientacje działania przedsiębiorstw (Garbarski, 2011, 24; Garbarski, Rutkowski i Wrzosek, 2008, 36–45), orientacje przedsiębiorstw (Niestrój, 2005) lub orientacje aktywności (Żak, 2014, 132–139)¹.

¹ Niektórzy błędnie identyfikują orientacje działania (aktywności) przedsiębiorstw i nazywają je orientacjami działalności marketingowej. Jeśli wziąć pod uwagę, że w ramach orientacji działania (aktywności) przedsiębiorstw wyodrębnia się orientację marketingową (rynkową), to takie nazewnictwo może nie zostać uznane za logicznie poprawne, albowiem stanowi tautologię. O. Nawrot wskazuje, że tego typu definiowanie stanowi „błąd błędnego koła” (łac. *circulus in definiendo*) w formie błędnego koła bezpośredniego (zwane także błędem *idem per idem* — z łac. to samo przez to samo) (Nawrot, 2020, 97). Z tego względu w niniejszym artykule przyjęto za L. Garbarskim, I. Rutkowskim i W. Wrzoskiem nazewnictwo „orientacja (działania) aktywności”.

Każda orientacja aktywności (działania) przyjmuje założenia i warunki, które bezpośrednio dotyczą obsługiwanych klientów, w tym odnoszą się do sposobu postępowania nabywcy i motywów jego działania przy wyborze produktów farmaceutycznych. Zdefiniowany obszar warunków i założeń konkretnej orientacji aktywności (działalności) determinuje, jaki jest charakter decyzji w zakresie prowadzonej działalności operacyjnej. Przekłada się to na wyodrębnienie następujących podstawowych rodzajów (typów) orientacji (Kotler i Keller, 2012, 19–20):

- orientacja produkcyjna;
- orientacja produktowa;
- orientacja sprzedażowa;
- orientacja rynkowa;
- orientacja holistyczna.

Podstawowe rodzaje orientacji aktywności są często przedmiotem analiz w literaturze przedmiotu (tabela 1).

Tabela 1. Podstawowe rodzaje orientacji działalności (aktywności) przedsiębiorstw

Lp.	Rodzaj orientacji	Wybrani przedstawiciele
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, M. Jaworska, J. Karpacz, K.L. Keller, N. Kim, D.J. Ketchen Jr., Ph. Kotler, A. Kumar, B.A. Lukas, R. Matwiejczuk, 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, A. Wójcik-Karpacz
5.	holistyczna	A.I. Baruk, K.L. Keller, Ph. Kotler

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Kotler i Keller (2012); Kotler i Armstrong (2012); Garbarski (2011); Garbarski, Rutkowski i Wrzosek (2008); Kotler, Armstrong, Saunders i Wong (2002); Damanpour (1991); Hult i Ketchen Jr. (2001); Lukas i Ferrell (2000); Grinstein (2008); Fritz (1996); Gatignon i Xuereb (1997); Han, Kim i Srivastava (1998); Alt i Puschmann (2005); Narver i Slater (1990); Pettijohn, Rozell i Newman (2010); Wójcik-Karpacz, Karpacz i Rudawska (2020); Matwiejczuk i Jaworska (2021).

Przedsiębiorstwo może przyjąć tylko jedną z wymienionych orientacji podstawowych, ponieważ zakres aktywności w ramach każdej z nich wyznacza różne akcenty działalności operacyjnej, przekładające się na odrębne procesy podej-

choć zauważyć należy, że przedmiotowe określenie nie wyczerpuje w pełni zakresu znaczeniowego orientacji przedsiębiorstwa.

mowania decyzji. Analiza aktów prawnych wskazuje na ściśle określony zakres usług farmaceutycznych świadczonych przez aptekę, które wyznaczają wymiar społeczny jej aktywności. Podstawowym aktem prawnym normującym funkcjonowanie aptek jest ustawa Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381 ze zm., art. 86–87), z kolei wykaz usług farmaceutycznych został zawarty w ustawie o zawodzie farmaceuty (Dz.U. z 2021 r., poz. 97. ze zm., art. 4).

Apteka ogólnodostępna została zdefiniowana w systemie prawa farmaceutycznego jako placówka ochrony zdrowia publicznego, w której to placówce osoby uprawnione świadczą w szczególności usługi farmaceutyczne (Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381 ze zm., art. 86 ust. 1). Ustawodawca szczegółowo określił zakres jej zadań, wskazując, że jest ona przeznaczona do (Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381 ze zm., art. 87 ust. 2 w zw. z art. 86, ust. 8 i art. 72 ust. 5):

- zaopatrywania ludności w produkty lecznicze, leki apteczne, leki recepturowe, wyroby medyczne i inne artykuły posiadające wymagane prawem atesty lub zezwolenia, pod warunkiem, że ich przechowywanie i sprzedaż nie będą przeszkadzać podstawowej działalności apteki;
- zapewnienia świadczenia ludności usług farmaceutycznych oraz sprawowania opieki farmaceutycznej.

Analiza prawa farmaceutycznego wskazuje na usługowy charakter apteki ogólnodostępnej, który wyznacza dopuszczalny zakres działalności operacyjnej, ograniczający aptecę swobodę przyjęcia każdej z wymienionych rodzajów działalności (aktywności).

Badania aktywności aptek ogólnodostępnych w odniesieniu do przyjętego przez konkretny podmiot określonego sposobu postępowania (orientacji aktywności) rzadko pojawiają się w centrum zainteresowania polskich naukowców i praktyków gospodarczych. Aktywność rynkowa aptek ogólnodostępnych w odniesieniu do identyfikacji aptek o orientacji rynkowej (marketingowej) i sprzedażowej (dystrybucyjnej) była przedmiotem badania w Polsce w latach 2011–2012 oraz w 2018 roku (Żak, 2014; Żak, 2018).

2. Metodologia badania

Celem artykułu jest identyfikacja rodzaju orientacji działania (aktywności) możliwej do przyjęcia przez aptekę ogólnodostępną i wskazanie dominującego modelu orientacji na aptecznym rynku farmaceutycznym. Metoda analizy i krytyki piśmiennictwa pozwoliła dokonać charakterystyki podstawowych rodzajów orientacji aktywności, z kolei metoda analizy aktów prawnych i metoda badania dokumentów pozwoliły wskazać zakresy działalności aptek dopuszczalne w ich działalności operacyjnej.

Specyfika misji apteki oraz jej usługowy charakter już na wstępie pozwalają wykluczyć możliwość przyjęcia orientacji produktowej i produkcyjnej. Za-

tem alternatywą dla organu prowadzącego aptekę jest przyjęcie orientacji rynkowej (marketingowej) albo sprzedażowej (dystrybucyjnej), względnie holistycznej. Identyfikacji rodzaju orientacji działalności (aktywności) w konkretnej aptece dokonano wykorzystując metodę ankietową, która pozwoliła zebrać dane do ich wykorzystania w ramach zmodyfikowanego indeksu rozumienia i stosowania marketingu (tabela 2).

Tabela 2. 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
	Potrzeby klienta stanowią punkt wyjścia działań podejmowanych przez naszą aptekę	0,5
	Regularnie przeprowadzamy badania dotyczące oczekiwań i potrzeb naszych klientów w kontekście działania naszej apteki	1
	W naszej aptece dzielimy klientów na poszczególne grupy (segmenty), do których dostosowujemy naszą ofertę rynkową	1
	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
	W trosce o naszych klientów zawsze informujemy o naszych produktach, które oferujemy po atrakcyjnej cenie	0,1
	W ramach budowania relacji oferujemy naszym stałym klientom dodatkowe korzyści związane z zakupami w naszej aptece	0,2
	Przyjmujemy zamówienia na nasz asortyment przez telefon	0,2
	Dostarczamy produkty bezpośrednio do domu klienta	0,2
	Sporządzamy leki recepturowe w ciągu 30 minut, o ile technologia wytwarzania na to pozwoli	0,2
	Oferujemy naszym klientom bezpłatnie pomiar ciśnienia krwi	0,1
	Oferujemy naszym klientom bezpłatnie pomiar masy ciała	0,1
	Oferujemy naszym klientom bezpłatnie pomiar wzrostu	0,1
	Oferujemy naszym klientom bezpłatnie pomiar tkanki tłuszczowej	0,1
	Oferujemy naszym klientom możliwość obliczenia współczynnika BMI	0,1
	Cyklicznie organizujemy dla naszych klientów badanie densytometryczne kości	0,2
	Cyklicznie organizujemy dla naszych klientów dermatokonsultacje	0,2
	Nasza apteka posiada wykupione miejsca na tak zwaną reklamę zewnętrzną (<i>outdoor</i>)	0,1
	Nasza apteka eksponuje wewnątrz lokalu listy cenowe w formie plakatu	0,1
III	Polityka cenowa dostosowana do kosztów	1
	Ceny naszych produktów (z wyłączeniem leków refundowanych) są ustalane tak, aby zapewnić rentowność apteki	0,3

	W działaniach naszej apteki kierujemy się głównie maksymalizacją sprzedaży	0,3
	W naszej aptece maksymalizacja sprzedaży odbywa się kosztem identyfikacji i zaspokajania potrzeb klienta	0,4
IV	Polityka cenowa dostosowana do nabywczych możliwości klientów	2
	Stosujemy politykę rabatową dla stałych klientów	0,4
	Oferujemy dodatkowy rabat dla seniorów	0,4
	Oferujemy dodatkowy rabat na produkty dla niemowląt i dzieci	0,4
	Jesteśmy postrzegani w okolicy jako „tania apteka”	0,4
	W naszej aptece farmaceuta może uznaniowo udzielić rabatu każdemu klientowi	0,4
V	Wspieranie popytu na usługi świadczone w aptece	1
	Eksponując towar, stosujemy metodę „powielania twarzy” (<i>multifacing</i>)	0,1
	Towar w naszej aptece jest ułożony kategoriami (stosujemy <i>category management</i>)	0,3
	W naszej aptece realizacja celów społecznych jest ważniejsza niż realizacja celów komercyjnych	0,2
	Posiadamy szeroki asortyment produktów, aby zapewnić klientom realizację zamówienia przy pierwszej wizycie	0,4
VI	Dbalność o poziom satysfakcji klientów	3
	W naszej aptece prowadzona jest profesjonalna opieka farmaceutyczna	0,5
	Szczegółowo informujemy klienta o wpływie oferowanych produktów leczniczych i suplementów diety na jego stan zdrowia	0,5
	Szczegółowo informujemy klienta o ubocznych skutkach sprzedawanych produktów leczniczych	0,5
	Informujemy klienta o tańszych zamiennikach zawsze, gdy takie występują	0,3
	W sytuacji braku asortymentu zamawiamy produkty lecznicze, wyroby medyczne i inne produkty, aby klient mógł je odebrać w dogodnym dla siebie czasie	0,3
	Udzielamy porad terapeutycznych bez podważania autorytetu lekarza	0,3
	W naszej aptece przeprowadzane są regularne badania jakości obsługi klienta	0,3
	Regularnie przeprowadzamy badania satysfakcji naszych klientów	0,3
VII	Ocena atutów i słabości konkurentów	2
	Regularnie przeprowadzamy badania poziomu cen konkurencji	0,5
	Systematycznie oceniamy atuty i słabości naszych konkurentów	0,5
	Głównym sposobem konkurowania naszej apteki jest polityka wysokiej jakości obsługi klienta	0,5
	Głównym sposobem konkurowania naszej apteki jest polityka niskich cen	0,5
VIII	Kierowanie się zachowaniami konkurentów	2
	Ceny naszych produktów są wyższe od cen w konkurencyjnych aptekach	1

	Nasza apteka w niewielkim stopniu kieruje się zachowaniami konkurentów	1
IX	Wpływ personelu na świadczenie usług w aptece	2
	W naszej aptece personel farmaceutyczny ma duży wpływ na świadczone usługi	1
	W naszej aptece osoby odpowiedzialne za marketing mają duży wpływ na świadczone usługi	1
X	Wykorzystywanie badań marketingowych	1
	Wyniki badań marketingowych są wykorzystywane przede wszystkim przez osoby zajmujące się marketingiem	0,5
	W naszej aptece personel farmaceutyczny nie jest informowany o wynikach badań marketingowych prowadzonych przez aptekę	0,5
XI	Stosunek do marketingu	1
	W naszej aptece marketing stanowi wsparcie procesu świadczenia usług farmaceutycznych	0,5
	W naszej aptece jest wyznaczona osoba, która zajmuje się marketingiem	0,5

Źródło: Żak (2022), 8–9.

Ankieta skierowana była do farmaceutów ($n = 300$) z uwagi na ich szeroki zakres obowiązków i odpowiedzialności za prawidłowe funkcjonowanie podmiotu. Zastosowanie zmodyfikowanego indeksu rozumienia i stosowania marketingu pozwoliło wskazać dominujący rodzaj orientacji aktywności aptek ogólnodostępnych prowadzących swoją działalność operacyjną na rynku farmaceutycznym.

3. Orientacja produkcyjna

Orientacja produkcyjna jest jedną z wielu orientacji działań marketingowych. Jej powstanie datuje się na drugą połowę XIX wieku (Czubała, 2012, 15–19). Zakłada ona, że nabywcy produktów preferują produkty dostępne na rynku i produkty niedrogie. Bazując na tym założeniu, należy przyjąć, iż podstawowym instrumentem marketingowym determinującym wybór produktu przez nabywcę i fizyczną możliwość jego nabycia jest cena produktu (Garbarski, 2011, 25). Cena produktu jako narzędzie oddziałujące na popyt dóbr rynkowych korelować będzie z ich podażą. Konsekwencją relacji między popytem a podażą na produkty przy uwzględnieniu ceny jako instrumentu kształtującego rynek zakupów jest koncentracja interesariuszy przedsiębiorstw zorientowanych produktowo na uzyskaniu wysokiej wydajności produkcji, niskich kosztach i masowej dystrybucji (Kotler i Keller, 2012, 19). Przedsiębiorstwo nieukierunkowane na zaspokajanie potrzeb nabywcy, koncentrujące wysiłek organizacyjny na procesie produkcyjnym dążyć będzie do minimalizacji kosztów produkcji, zapewnienia szerokiego zakresu produkcji, a jednocześnie zachowywać będzie pożądaną przez nabywców jakość produktów w celu zapewnienia dużej dostępności produktu (Garbarski, 2011, 25). Zazna-

czyć ponadto należy, że przedsiębiorstwa decydujące się na przyjęcie orientacji produkcyjnej są narażone na poważne ryzyko zawężenia obszaru widzenia i postrzegania, gdyż skoncentrowane na własnych działaniach tracą z oczu właściwy cel, którym jest zaspokajanie potrzeb klientów i budowanie z nimi relacji (Armstrong i Kotler, 2012, 42).

Analizując miejsce, role i zadania apteki w systemie prawa farmaceutycznego, zauważyć należy, że definicja ustawowa i przeznaczenie apteki wykluczają możliwość przyjęcia orientacji produkcyjnej. Apteka ogólnodostępna jest bowiem placówką ochrony zdrowia publicznego, co wskazuje na jej prospołeczny i usługowy charakter.

4. Orientacja produktowa

Orientacja produktowa, będąca kolejnym sposobem postępowania przedsiębiorstw, zakłada, że konsumenci wybierają produkty, które cechują się najwyższą jakością z uwagi na pełnowartościowe materiały wykorzystywane do ich produkcji oraz posiadają elementy szczególnie wyróżniające, co świadczy o ich innowacyjności (Kotler i Keller, 2012, 20). Nowe technologie wykorzystywane w procesie wytwarzania produktów przyczyniają się do postrzegania produktu przez konsumenta jako atrakcyjnego, najlepszego jakościowo oraz takiego, w którym innowacyjne komponenty dostarczają wyższej wartości dodanej i skutecznie zaspokajają potrzeby (Armstrong i Kotler, 2012, 43). Cena produktu, odgrywająca w orientacji produkcyjnej główną rolę, w tej orientacji nie stanowi podstawowego kryterium jego wyboru. W orientacji produktowej priorytetowym czynnikiem decydującym o atrakcyjności produktu jest jego jakość, co często nie jest doceniane przez nabywców. Zauważają to Ph. Kotler i K.L. Keller, którzy twierdzą, że „nowy lub ulepszony produkt wcale nie musi odnieść sukcesu — musi być jeszcze w odpowiedni sposób wyceniony, dystrybuowany, reklamowany i sprzedawany” (Kotler i Keller, 2012, 20). W tym celu, według L. Grabarskiego, przedsiębiorstwa powinny skupiać się na takich działaniach, które skłonią nabywców do akceptacji nowoczesnych rozwiązań technicznych służących podnoszeniu jakości takiego produktu (Garbarski, 2011, 25–26).

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 opakowaniem, atrakcyjnej cenie, odpowiedniej dystrybucji. Chodzi o to, aby zwrócić uwagę osób, które potrzebują takiego produktu, i przekonać kupujących, że jest on lepszy (Armstrong i Kotler, 2012, 43).

Przedmiotem obrotu na rynku farmaceutycznym jest produkt leczniczy, czyli „substancja lub mieszanina substancji, przedstawiana jako posiadająca właściwo-

ści 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” (Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381 ze zm., art. 2 pkt 32.). Produkt leczniczy w systemie prawa farmaceutycznego występuje w odpowiednich formach: jako produkt leczniczy homeopatyczny, produkt immunologiczny, produkt krwiopochodny, produkt leczniczy roślinny, produkt leczniczy weterynaryjny, produkt radiofarmaceutyczny i referencyjny produkt leczniczy, a także w określonej kategorii dostępności (OTC, Rp, Rpz, Rpw, Lz) (Żak, 2017, 110–111). Wraz z produktami leczniczymi przedmiotem obrotu w aptecce ogólnodostępnej są 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 (Żak, 2017, 111).

W aptekach ogólnodostępnych w zdecydowanej większości świadczone są usługi farmaceutyczne oparte na wydawaniu produktów farmaceutycznych, które są wytworem wyspecjalizowanych przedsiębiorstw produkcyjnych (producentów leków). Niemniej jednak w aptekach wytwarzane są leki recepturowe i apteczne, na bazie recept przepisywanych przez lekarzy i na podstawie przepisów zawartych w *Farmakopei polskiej*. Ich produkcja nie może stanowić jednak podstawy do przyjęcia orientacji produktowej, ponieważ proces produkcyjny leków recepturowych i aptecznych ma charakter akcesoryjny i nie jest oparty na recepturze opracowanej przez konkretnego farmaceutę, lecz na receptach powszechnie dostępnych i dopuszczonych do obrotu.

5. Orientacja sprzedażowa

Charakterystyczną cechą wyróżniającą orientację sprzedażową od innych występujących sposobów postępowania przedsiębiorstw na rynku jest to, że zarówno nabywcy instytucjonalni, jak i konsumenci bez odpowiedniej zachęty nie dokonają zakupu odpowiedniej ilości produkowanych przez przedsiębiorstwo towarów (Kotler i Keller, 2012, 20). Jak wskazuje L. Garbarski, nabywca samodzielnie nie jest w stanie docenić oferty produktowej przedsiębiorstwa i kupić takiej ilości produktów, jaką są w stanie zaoferować sprzedawcy, dlatego przedsiębiorstwo musi podjąć istotny wysiłek w dziedzinie sprzedaży i promocji (Garbarski, 2011, 26).

Orientacja sprzedażowa jest bardzo widoczna na rynku takich dóbr, nad którymi nabywcy na co dzień nie myślą, gdyż raz zakupiony produkt czy towar nie jest przedmiotem kolejnego zakupu, to jest takiego samego towaru czy produktu. Ma to odzwierciedlenie szczególnie na rynku dóbr ubezpieczeniowych (poli-

sy ubezpieczeniowe), jak również jest charakterystyczne dla przedsiębiorstw mających nadwyżkę zasobów produkcyjnych, aby sprzedać to, co produkują, a nie produkować to, co się sprzedaje (Kotler i Keller, 2012, 20). 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 (Armstrong i Kotler, 2012, 43).

Oparcie działalności operacyjnej na orientacji sprzedażowej, postrzeganej jako orientacja agresywna, koncentrująca się na potrzebach sprzedającego, jest dość niebezpieczne i ryzykowne. Zintegrowanie działań tylko na przedmiocie sprzedaży, a nie na kształtowaniu długoterminowych i pozytywnych 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 tego zauważyć należy, że orientacja sprzedażowa jest szeroko rozpowszechniona na aptecznym rynku farmaceutycznym. Według badań przeprowadzonych w 2018 roku przez K. Żakę jest ona dominującym przejawem aktywności, charakterystycznym dla 88,5% aptek ogólnodostępnych w Polsce (Żak, 2018, 21). W odniesieniu do rynku farmaceutycznego i funkcjonujących na nim aptek ogólnodostępnych orientacja sprzedażowa zakłada trzy aspekty. Pierwszy z nich w sposób bezpośredni będzie dotyczył zasobów finansowych apteki — zdolności nabywczych produktów. Drugi dotyczyć będzie możliwości dostawy — zdolności dystrybucyjnej hurtowni farmaceutycznej. Trzeci zaś będzie dotyczył samego producenta produktów farmaceutycznych — jego zdolności produkcyjnych. Orientacja sprzedażowa ponadto, poprzez skupianie się na systematycznie podejmowanych działaniach w zakresie upłynnienia posiadanych produktów i jednocześnie wykorzystywanie narzędzi promocji sprzedaży, zamierza osiągnąć założone cele operacyjne odnoszące się do zaplanowanej wielkości sprzedaży produktów, do zaplanowanego poziomu marży oraz zaplanowanego zysku ze sprzedaży zasobów produktowych.

Orientacja sprzedażowa jako jedna z form aktywności aptek, mająca na celu przede wszystkim zbycie produktów w krótkim horyzoncie czasu, nieprzekładająca wagi do tego, kto i dlaczego dokonuje zakupu, wzbudza wiele kontrowersji natury etycznej z uwagi na trudności w harmonijnym pogodzeniu społecznej misji apteki z priorytetową realizacją celów *stricte* komercyjnych (Żak, 2018, 17–18).

6. Orientacja rynkowa

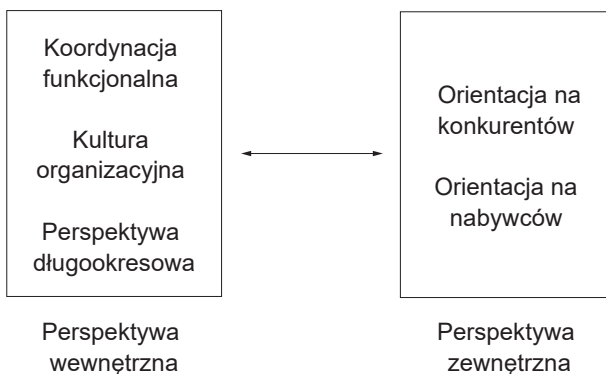
Orientacja rynkowa stanowi filozofię koncentracji na kliencie i reagowania na wysyłane przez niego sygnały, czyli wskazuje na konieczność zmiany w sposobie myślenia operacyjnego i postuluje, aby wytwarzać produkty odpowiadające klientom, a nie poszukiwać klientów dla wytworzonego produktu. Zakłada, że kluczem do osiągnięcia celów przedsiębiorstwa jest bycie skuteczniejszym od konkurentów w sferze tworzenia, dostarczania i komunikowania rynkom docelowym wyższej

wartości (Kotler i Keller, 2012, 20). Działania w ramach orientacji rynkowej, skierowane zarówno na nabywców, jak i konkurentów, wynikają z jej holistycznego podejścia do zrozumienia istoty potrzeb nabywców oraz zaspokajania ich w sposób lepszy, niż czynią to konkurenci (Garbarski, 2011, 26).

W orientacji rynkowej zogniskowanie działań na kliencie i na wartości przyczynia się do wyznaczenia ścieżki dostępu do celu, którym są sprzedaż produktów i osiągnięcie określonej wielkości zysku. Zamiast opierać się na filozofii „wyprodukować i sprzedać”, opartej na produkcji, proponuje się filozofię „wyczuć i zareagować”, zorientowaną na klienta (Armstrong i Kotler, 2012, 43). Wartość dla nabywcy stanowi podstawę kształtowania orientacji rynkowej (Gołębiowski, 2006, 38–39; Janeczek, 2022, 194). 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 (Garbarski, 2011, 26–27):

- 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 koncentrację na nabywcy;
- perspektywa długookresowa — określająca finansowe i organizacyjne ramy działań przedsiębiorstwa.

Model orientacji rynkowej przedstawiono na rysunku 1.



Rysunek 1. Model orientacji rynkowej

Źródło: Narver i Slater (1990), 20–35. Cyt. za: Garbarski (2011), 26.

Orientacja rynkowa w odniesieniu do apteki ogólnodostępnej najczęściej jest wynikiem transformacji z orientacji sprzedażowej. Punktem inicjującym tę transformację jest harmonizacja celów apteki 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. Aby móc sprostać nowym wyzwaniom stojącym za przejściem z orientacji sprzedażowej na orientację rynkową aktywności, konieczne jest stworzenie systemu zdobywania, przetwarzania i gromadzenia informacji płynących z rynku (dotyczących na przykład oczekiwań klienta co do usług apteki, działalności konkurentów), albowiem bez niego decydenci nie będą w stanie formułować i wdrażać efektywnych decyzji na poziomie taktycznym i operacyjnym (Żak, 2018, 18). Dodatkowo kluczowym elementem w procesie formułowania strategii apteki na wszystkich jego etapach (planowania, organizacji, implementacji i kontroli) jest powszechne zaangażowanie kapitału ludzkiego, to jest interesariuszy zarządzających (kierownictwa), personelu fachowego (kierownika apteki, farmaceutów, techników farmaceutycznych) i personelu wspierającego (specjalistów do spraw zakupów, marketingu i sprzedaży). Przekłada się to z kolei na osiągnięcie efektywności operacyjnej poprzez integrację funkcji zaopatrywania (zakupów), sprzedaży (świadczenia usług farmaceutycznych), marketingu (komunikacji marketingowej) zgodnie z zasadą: właściwy produkt we właściwym czasie o właściwej cenie we właściwej ilości we właściwym miejscu (Żak, 2018, 18).

7. Orientacja holistyczna

Orientacja holistyczna jest filozofią, która tworzy kompleksową całość, korespondującą na każdej płaszczyźnie, począwszy od projektowania, modelowania, wdrażania, rozwijania i implementacji programów marketingowych, procesów i działań, uwzględniającą przy tym szerokie ujęcie marketingu (Kotler i Keller, 2012, 20). Koncepcja ta głosi, że całości nie da się sprowadzić do sumy części, dlatego ważną rolę odgrywają wzajemne zależności pomiędzy czterema zasadniczymi komponentami (Żak, 2018, 16):

- marketingiem relacji, którego istotą jest budowanie długotrwałych relacji z klientem i nabywcą, opartych na zaufaniu;
- marketingiem zintegrowanym, którego celem jest zintegrowanie wszystkich możliwych działań za pomocą dostępnych narzędzi w przestrzeni cyfrowej, tylko po to, aby dotrzeć do określonej grupy nabywców;
- marketingiem wewnętrznym, odnoszącym się do budowania relacji pomiędzy pracodawcą a pracownikami oraz podniesienia ich wiedzy w zakresie zarządzania i funkcjonowania jednostki;
- marketingiem dokonań, będącym swoistym sprawdzianem zrealizowanych projektów czy działań.

Tak szeroki zakres działań i złożoność marketingu powodują, że niewiele przedsiębiorstw jest w stanie przyjąć ten rodzaj orientacji aktywności, która jest budowana na wartości, a nie na agresywnej sprzedaży w celu maksymalizacji zysków.

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, czego dowodem jest odnotowana aktywność rynkowa w 11,5% aptek (por. Żak, 2018, 21). Przyjęcie holistycznego podejścia przez podmioty funkcjonujące na rynku farmaceutycznym, to jest przez apteki ogólnodostępne, wymaga wielu zmian, zarówno na płaszczyźnie planowania, jak i zarządzania, realizacji i kontroli tych działań, które służyć będą rozwojowi jednostki, jak również nowemu spojrzeniu na potencjalnych nabywców wyrobów farmaceutycznych i ważne dla nich wartości.

8. Wnioski z badań

Analiza literatury oraz aktów prawnych umożliwiła identyfikację rodzajów orientacji działania (aktywności) apteki ogólnodostępnej i ograniczyła możliwość przyjęcia jednej z trzech podstawowych orientacji: sprzedażowej (dystrybucyjnej), rynkowej (marketingowej) oraz holistycznej. Poprzez dokonanie oceny zakresów zadań apteki i obowiązków farmaceuty (świadczenie usług farmaceutycznych) wykluczono możliwość przyjęcia orientacji produktowej i produkcyjnej (technologicznej, innowacyjnej), ponieważ apteka ogólnodostępna jest placówką o charakterze usługowym, w której osoby uprawnione (farmaceuci i technicy farmaceutyczni) świadczą w szczególności usługi farmaceutyczne.

Dokonując oceny wyników badań, zauważyć należy, że orientacja holistyczna, choć teoretycznie możliwa do przyjęcia, organizacyjnie nie może być zaimplementowana w aptece z uwagi na szeroki zakres aktywności, którą należałoby wdrożyć. Na obecnych zasadach gry rynkowej i w obowiązujących ograniczeniach aktywności marketingowej w systemie prawa farmaceutycznego (zakaz reklamy apteki i jej działalności) stanowi kierunek, do którego powinno się dążyć, choć realia rynkowe pokazują, że może to być przysłowiowa droga przez mękę. Niemniej jednak zastosowanie zmodyfikowanego indeksu rozumienia i stosowania marketingu pozwoliło dokonać rozróżnienia aptek na apteki o orientacji rynkowej (marketingowej) i apteki o orientacji sprzedażowej (dystrybucyjnej). Dominującym rodzajem orientacji działania (aktywności) jest orientacja sprzedażowa charakterystyczna dla 92% aptek ogólnodostępnych. Jeśli zestawić te wyniki z wcześniej prowadzonymi badaniami w tym zakresie, można zauważyć, że na przestrzeni ostatnich 11 lat upowszechniła się orientacja sprzedażowa (dystrybucyjna), a jednocześnie marginalizacji uległa orientacja rynkowa (marketingowa), którą przyjęło

tylko 8% aptek ogólnodostępnych (w 2011 roku orientację sprzedażową wybrało 80,2% aptek, w 2012 roku — 91%, a w 2018 roku — 88,5%). Mogło to zostać spowodowane następującymi czynnikami:

— presją właścicieli aptek na realizację przez personel apteki wyłącznie planów sprzedażowych jako efektem niezrozumienia istoty marketingu i zalet działalności zorientowanych rynkowo;

— niechęcią farmaceutów do marketingu, wynikającą z utożsamiania aktywności marketingowej z patologią rynkową;

— ograniczeniami aktywności marketingowej w systemie prawa farmaceutycznego (zakaz reklamy apteki i jej działalności) i ryzykiem nałożenia wysokiej kary finansowej (do 50 tys. zł) za złamanie przedmiotowego zakazu.

Podsumowanie

Działalność prowadzona przez charakterystyczne podmioty tylko dla rynku farmaceutycznego, czyli apteki ogólnodostępne, wymaga przez nie zarówno zaangażowania zasobów ludzkich oraz zasobów finansowych, jak i nowego spojrzenia marketingowego w zakresie świadczonych usług farmaceutycznych na rzecz społeczeństwa. Konieczność szybkiego reagowania na pojawiające się nowe kierunki na rynku dóbr farmaceutycznych zobowiązuje zarządzających do podejmowania decyzji wkomponowujących się w obszar aktywności rynkowej podmiotu, której uczestnikami są ludzie i zarazem nabywcy produktów farmaceutycznych.

Apteka ogólnodostępna, dostosowując się do wymagań rynku farmaceutycznego przy wyborze określonego rodzaju orientacji działania (aktywności), bierze pod uwagę zakres zadań nałożonych przez prawodawcę. Analiza literatury i aktów prawnych umożliwiła identyfikację orientacji aktywności, które mogą być przyjęte w prowadzonej działalności operacyjnej przez apteki. Nawijając do celu badania — identyfikacji rodzaju orientacji działania (aktywności) możliwej do przyjęcia przez aptekę ogólnodostępną i wskazania dominującego modelu orientacji na aptecznym rynku farmaceutycznym — należy zauważyć, że spośród pięciu podstawowych rodzajów orientacji apteka może przyjąć teoretycznie jedną z trzech orientacji: sprzedażową, rynkową albo holistyczną.

Prawo farmaceutyczne określa zadania apteki, obowiązki farmaceuty oraz uwzględnia jednocześnie ograniczenia aktywności marketingowej apteki, które dotyczą zakazu reklamy jej działalności. Wynika to z linii orzeczniczej sądownictwa administracyjnego, które za reklamę działalności uznaje każde działanie niebędące informacją o lokalizacji apteki i godzinach dostępności dla klientów. Z uwagi na powyższe założenia prawa farmaceutycznego orientacja holistyczna nie może być zastosowana w praktyce aptecznej.

Wykorzystując zmodyfikowany indeks rozumienia i stosowania marketingu, zaobserwowano, że dominującym sposobem postępowania na rynku aptecznym

jest orientacja sprzedażowa. Przeprowadzone w 2022 roku badania empiryczne dowodzą, że orientacja aktywności sprzedażowej jest charakterystyczna dla 92% aptek. Zatem apteki zorientowane rynkowo (marketingowo) stanowią 8% z ogółu badanych aptek, co nie jest zjawiskiem korzystnym dla efektywności operacyjnej świadczonych usług farmaceutycznych. Tak niski udział aptek o orientacji rynkowej wynika z tego, że apteki zorientowane rynkowo (marketingowo) lepiej rozpoznają oczekiwania i potrzeby klientów, dbają o satysfakcję klientów i kierują się zachowaniami konkurentów oraz w większym zakresie wykorzystują badania marketingowe niż apteki zorientowane sprzedażowo. Zmiana istniejącej sytuacji na rynku farmaceutycznym wskazuje na potrzebę opracowania definicji reklamy apteki oraz wskazania rodzajów dozwolonej i zabronionej aktywności apteki. Doprecyzowanie zagadnienia reklamy apteki, rodzajów aktywności dozwolonych i dostępnych dla aptek na rynku farmaceutycznym uporządkuje i zracjonalizuje proces świadczenia usług farmaceutycznych. Do zaprezentowanych wyników badań należy podejść z dużą ostrożnością, gdyż do konstrukcji indeksu rozumienia i stosowania marketingu wykorzystana była metoda ankietowa, mająca swoje ograniczenia. Metoda ankietowa nie zawsze przedstawia sytuację zgodną z rzeczywistością, ponieważ bazuje na subiektywnych odpowiedziach respondentów. W tym celu uzyskanie dodatkowych informacji za pomocą badań jakościowych, w postaci wywiadów pogłębionych, pozwoliłoby na określenie istniejącego stanu aptek na rynku farmaceutycznym w zakresie prowadzonej przez nie działalności gospodarczej.

W konkluzji należy podnieść, że aktualna sytuacja na rynku farmaceutycznym wymaga od aptek ciągłego monitorowania otoczenia rynkowego. Apteka w ramach świadczenia usług farmaceutycznych powinna nie tylko się skupiać na wielkości sprzedaży, lecz także uwzględniać oczekiwania i potrzeby klienta, dbać o jakość oferowanych usług, poddawać analizie stosowane przez konkurentów sposoby działania oraz dostosowywać strategię działania do warunków istniejącego rynku farmaceutycznego.

Bibliografia

Literatura

- Alt, R., Puschmann, T. (2005). Developing Customer Process Orientation — The Case of Pharma Corp. *Business Process Management Journal*, 11 (4), 297–315.
- Armstrong, G., Kotler, Ph. (2012). *Marketing. Wprowadzenie*. Warszawa: Oficyna a Wolters Kluwer business.
- Czubała, A. (red.) (2012). *Podstawy Marketingu*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Damanpour, F. (1991). Organizational innovation: a meta-analysis of effects of determinants and moderators. *Academy of Management Journal*, 34 (3), 555–590.

- Fritz, W. (1996). Market orientation and corporate success: findings from Germany. *European Journal of Marketing*, 30 (8), 59–74.
- Garbarski, L. (2011). *Istota marketingu*. W: Garbarski, L. (red.), *Marketing. Koncepcja skutecznych działań*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Garbarski, L., Rutkowski, I., Wrzosek, W. (2008). *Marketing. Punkt zwrotny nowoczesnej firmy*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Gatignon, H., Xuereb, J.-M. (1997). Strategic orientation of the firm and new product performance. *Journal of Marketing Research*, 34 (1), 77–90.
- Gołębiowski, T. (2006). *Marketing wartości na rynku instytucjonalnym*. W: Duliniec E., Garbarski L., Mazur J., Strzyżewska N., Wrzosek W. (red.), *Ekspansja czy regres marketingu?* Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Grinstein, A. (2008). The relationships between market orientation and alternative strategic orientations. A meta-analysis. *European Journal of Marketing*, 42 (1/2), 115–134.
- 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.
- 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.
- Janeczek, U. (2022). *Przekonanie do wartości użytkowników mediów społecznościowych: adresatów komunikacji marketingowej przedsiębiorstw — wybrane zagadnienia*. W: Mruk, H., Sawicki, A. (red.), *Marketing. Koncepcje i doświadczenia*. Pelplin: Wydawnictwo Bernardinum.
- Kotler, Ph., Armstrong, G., Saunders, J., Wong, V. (2002). *Marketing. Podręcznik europejski*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Kotler, Ph., Keller, K.L. (2012). *Marketing*. Poznań: Rebis.
- 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.
- Matwiejczuk, R., Jaworska, M. (2021). Orientacja rynkowa jako determinanta kształtowania i rozwoju koncepcji logistyki. *Gospodarka Materialowa i Logistyka*, 73 (8), 16–24.
- Narver J.C., Slater S.E. (1990). The Effects of Marketing Orientation on Business Profitability. *Journal of Marketing*, 54 (4), 20–35.
- Nawrot, O. (2020). *Wprowadzenie do logiki dla prawników*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Niestrój, R. (2005). Typologia orientacji przedsiębiorstw. *Zeszyty Naukowe Akademii Ekonomicznej w Krakowie*, 677, 7–15.
- 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.
- Wójcik-Karpacz, A., Karpacz, J., Rudawska, J. (2020). Wpływ orientacji rynkowej na wyniki finansowe: badania empiryczne w mikro-, małych i średnich przedsiębiorstwach (MMŚP) działających w parkach technologicznych w Polsce. *E-mentor*, 83 (1), 51–60.
- Żak, K. (2014). *Działania marketingowe aptek a uwarunkowania prawne w Polsce*. Niepublikowana dysertacja doktorska. Warszawa: Szkoła Główna Handlowa w Warszawie.
- Żak, K. (2017). 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*. Lublin: Innovatio Press. Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie.
- Żak, K. (2018). Orientacja aktywności zarządzania marketingowego a działalność operacyjna aptek ogólnodostępnych w Polsce. *Zarządzanie. Teoria i Praktyka*, 26 (4), 15–22.
- 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.

Akty prawne

Ustawa z dnia 6 września 2001 roku Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381 ze zm.).

Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 roku o zawodzie farmaceuty (Dz.U. z 2021 r., poz. 97. ze zm.).

Konrad Żak

ORCID: 0000-0002-2632-9782

Akademia Bialska Nauk Stosowanych im Jana Pawła II

k.zak@dyd.akademiabialska.pl

Zmodyfikowany indeks rozumienia i stosowania marketingu jako instrument oceny aktywności marketingowej aptek ogólnodostępnych w Polsce

Artykuł nadesłany: 9.06.2022; artykuł zaakceptowany: 4.10.2022

Kody klasyfikacji JEL: D22, I11, L21, L22, M31

Słowa kluczowe: aktywność rynkowa, apteka ogólnodostępna, indeks rozumienia i stosowania marketingu, zarządzanie, marketing

Abstrakt

Aktywność marketingowa jest istotnym aspektem prowadzenia działalności operacyjnej podmiotów świadczących usługi farmaceutyczne. Wzbudza jednak wiele kontrowersji z uwagi na trudności ze zrozumieniem i z właściwym zastosowaniem poszczególnych instrumentów marketingu. To z kolei powoduje, że pojawiające się patologie w procesie świadczenia usług farmaceutycznych są utożsamiane z marketingiem, który według niektórych przedstawicieli środowiska farmaceutów służy wyłącznie potęgowaniu sprzedaży dla zysku. Takie zawężenie roli marketingu wskazuje, że nie jest on należycie rozumiany i odpowiednio stosowany w praktyce aptecznej. Marketing należy rozumieć wielowymiarowo, albowiem jest kategorią złożoną — wieloaspektową, stąd jest różnie definiowany i rozumiany. Owe wieloaspektowość i wielowymiarowość podejścia do marketingu przekładają się na realizację działalności operacyjnej aptek ogólnodostępnych, która różnie rozumiana, nie zawsze jest stosowana *lege artis*. Mając na uwadze pojawiające się ograniczenia we właściwym rozumieniu i odpowiednim stosowaniu instrumentów marketingowych, stworzono koncepcję indeksu rozumienia i stosowania marketingu, która przez autora została rozszerzona i zmodyfikowana (do wersji 2.0), aby można ją było zastosować w praktyce aptecznej. Celem artykułu jest przedstawienie idei koncepcji zmodyfikowanego indeksu rozumienia i stosowania marketingu, który to indeks stanowi system wielopoziomowej i wieloaspektowej oceny rozumienia i stosowania marketingu w aptece. Istotą tego indeksu jest wielowymiarowa, ważona ocena znajomości zasad stosowania marketingu oraz aktywności marketingowej realizowanej w toku prowadzonej działalności operacyjnej. Zmodyfikowany indeks rozumienia i stosowania marketingu pozwala na

obiektywizację i minimalizację ograniczeń wpływających na ocenę aktywności marketingowej aptek, co przekłada się na racjonalizację klasyfikacji aktywności zarządzania marketingowego.

Modified comprehension and marketing application index as an instrument for assessing the marketing activity of community pharmacies in Poland

Keywords: market activity, community pharmacy, comprehension and marketing application index, management, marketing

Abstract

Marketing activity is essential to the operational activities of entities providing pharmaceutical services. However, it raises much controversy due to difficulties in understanding and proper application of particular marketing instruments. This situation, in turn, means that the emerging pathologies in providing pharmaceutical services equate with marketing, which, according to some representatives of the pharmaceutical community, serves only to increase sales for profit. Such a narrowing of the marketing role indicates that it is not properly understood and used in pharmacy practice. Marketing should be seen as multifaceted because it is a complex category. Hence, it is defined and understood in various ways. This multifaceted and multidimensional approach to marketing affects the operational activities of community pharmacies, which, understood in various ways, are not always applied *lege artis*. Bearing in mind the emerging limitations in the proper understanding and use of marketing instruments, the concept of comprehension and marketing application index was created, which was extended and modified by the author (to version 2.0) so that it could be used in pharmacy practice. The article aims to present the idea of the modified comprehension and marketing application index, a system of multi-level and multifaceted assessment of understanding and applying marketing in a pharmacy. The essence of this index is a multidimensional, weighted assessment of the knowledge about the principles of applying marketing and marketing activity carried out during the conducted operating activity. The modified comprehension and marketing application index allows for the objectification and minimization of limitations affecting the assessment of the marketing activity in pharmacies, which results in the rationalization of the classification of marketing management activities.

Wprowadzenie

Aktywność marketingowa aptek ogólnodostępnych stanowi kontrowersyjny aspekt działalności operacyjnej podmiotów medycznych z uwagi na lekceważące podejście przedstawicieli zawodów medycznych do marketingu (Taranko, 2012, 329). Wśród przedstawicieli środowiska naukowego farmaceutów marketing postrzegany jest negatywnie, ponieważ potęguje sprzedaż dla zysku (Masiakowski, 2006, 147). Z tego względu istotne są prawidłowa identyfikacja i charakterystyka aktywności apteki, ponieważ ta aktywność stanowi wyjątkowe połączenie elementu zawodowego i komercyjnego (Thorner, 1942, 321).

Wybór przez aptekę najskuteczniejszego sposobu działania spośród możliwych wariantów określa jej orientację aktywności (orientację działania) (Garbarski, 2011, 24). Zakres działań apteki jest uwarunkowany czynnikami wystę-

pującymi wewnątrz i na zewnątrz przedsiębiorstwa, co pokazuje, że może ona bezpośrednio lub pośrednio wpływać na swoją pozycję rynkową i swoje wyniki finansowe, jak również wskazywać, że jej pozycja ze względu na siłę oraz długotrwałość oddziaływania może być różna (Niestrój, 2005, 8). Każda orientacja aktywności odnosi się do działań, które bezpośrednio dotyczą obsługiwanych nabywców, przez co warunkują ich sposób postępowania i motyw działania. Determinuje ona zatem decyzje kształtujące charakter prowadzonej działalności operacyjnej. Z tego względu wyodrębnia się pięć podstawowych rodzajów orientacji przedsiębiorstwa na rynek: produkcyjną, produktową (technologiczną, innowacyjną), sprzedażową (dystrybucyjną), rynkową (marketingową) i holistyczną (Kotler i Keller, 2012, 19–20).

Apteka ogólnodostępna jako specyficzny podmiot gospodarczy — placówka ochrony zdrowia publicznego o zakresie działalności pozycjonującym ją jako podmiot świadczący specjalistyczne rodzaje usług (usługi farmaceutyczne) — nie może przyjąć każdej z wymienionych orientacji, lecz może wybrać jedną z dwóch alternatywnych: sprzedażową (dystrybucyjną) albo rynkową (marketingową) (Żak, 2018a, 16–17). Rozróżnienie aptek na bazie analizy ich aktywności (orientacja sprzedażowa vs. orientacja rynkowa) jest możliwe dzięki zmodyfikowanemu indeksowi rozumienia i stosowania marketingu (2.0).

1. Teoretyczny aspekt badań

Indeks rozumienia i stosowania marketingu jako narzędzie służące do analizy aktywności marketingowej został opracowany przez pracowników naukowych Katedry Rynku i Marketingu Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie w 2008 roku. Istota indeksu została oparta na wielowymiarowej, ważonej ocenie prawidłowości rozumienia klasycznych zasad marketingu oraz wykorzystywania podstawowych instrumentów marketingowych (Taranko, 2009, 164). Koncepcja powstała w związku ze złożonością i wieloaspektowością marketingu oraz z pojawianiem się w przestrzeni działań marketingowych następujących błędów (Taranko, 2009, 164):

- braku jednoznaczności rozumienia przez badaczy i badanych podstawowych pojęć, takich jak marketing, orientacja rynkowa, działania marketingowe, instrumenty marketingowe;

- subiektywnej oceny, dokonywanej przez osoby badane, dotyczącej głębokości orientacji rynkowej 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 jedenastu stwierdzeń opisujących konkretne wymiary koncepcji marketingu, którym przypisano punkty wyrażające wagę danego wymiaru aktywności firmy w całościowym rozumieniu systemu marketingu (tabela 1).

Tabela 1. 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 zajmujące się marketingiem	3

Źródło: Taranko (2009), 165.

Indeks rozumienia i stosowania marketingu w pierwotnej postaci został zastosowany w 2008 roku do oceny aktywności marketingowej przedsiębiorstw, co pozwoliło określić znaczenie oceny efektów działań marketingowych jako pochodnej rozumienia zasad marketingu.

Celem artykułu jest przedstawienie idei koncepcji zmodyfikowanego indeksu rozumienia i stosowania marketingu, który to indeks został oparty na koncepcji pracowników naukowych Katedry Rynku i Marketingu Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie i stanowi system wielopoziomowej i wieloaspektowej oceny rozumienia i stosowania marketingu w aptece ogólnodostępnej. Zmodyfikowany indeks rozumienia i stosowania marketingu pozwala na obiektywizację i minimalizację ograniczeń wpływających na ocenę aktywności marketingowej aptek, co przekłada się na racjonalizację klasyfikacji aktywności zarządzania marketingowego.

2. Metodologia badania

Użycie zmodyfikowanego indeksu rozumienia i stosowania marketingu w celu różniczenia orientacji aktywności aptek wymaga zastosowania metody ankietowej wspartej metodą wywiadu pogłębionego oraz metody analizy i krytyki piśmiennictwa, metody badania dokumentów, ze szczególnym uwzględnieniem analizy aktów prawnych. Ankieta badawcza wsparta wywiadem pogłębionym pozwoliła zebrać dane do zdefiniowania wskaźników indeksu. Analiza literatury i aktów prawnych umożliwiła identyfikację rodzajów aktywności możliwych do przyjęcia przez aptekę ogólnodostępną. Istotne w tym zakresie było określenie zakresu operacyjnej działalności apteki, dlatego należało przeanalizować jej zakres zadań w systemie prawa farmaceutycznego oraz katalog możliwych usług świadczonych przez personel fachowy apteki. Gdy już uzyskano rozpoznanie w zakresie dopuszczalnych i niedozwolonych rodzajów aktywności w aptece, sformułowano wskaźniki wielowymiarowej oceny rozumienia i stosowania marketingu. Utrudnieniem w procedurze analizy jest niezwykle ograniczona dostępność literatury odnoszącej się do mierników kompleksowej aktywności marketingowej podmiotów gospodarczych. Można to jednak zniwelować poprzez opieranie się na odpowiednio dobranych pojedynczych miernikach, których zasady konstruowania są powszechnie opisywane w literaturze przedmiotu (por. Kozielski, 2011).

Zmodyfikowany indeks rozumienia i stosowania marketingu jako instrument służący do analizy i oceny prawidłowości rozumienia klasycznych zasad marketingu oraz stosowania w praktyce aptecznej podstawowych instrumentów marketingowych jest ściśle powiązany z metodą ankietową, albowiem wymaga zgromadzenia i utrwalenia informacji uzyskanych od personelu fachowego apteki w kwestionariuszu. Z tego względu do jego wyników należy podchodzić z ostrożnością, albowiem badanie ankietowe cechuje się dużym pierwiastkiem subiektywności i nie zawsze odzwierciedla w pełni aktualną sytuację w przedsiębiorstwie.

3. Rozszerzona wersja indeksu rozumienia i stosowania marketingu (wersja 1.0)

Rozszerzona wersja indeksu rozumienia i stosowania marketingu (wersja 1.0) nawiązuje do koncepcji źródłowej stworzonej przez pracowników Katedry Rynku i Marketingu Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie. Z racji tego, że świadczenie usług farmaceutycznych stanowi specyficzny aspekt działalności biznesowej, pierwotna koncepcja indeksu została rozszerzona, aby uwzględnić szczególne uwarunkowania prowadzenia działalności operacyjnej na aptecznym rynku farmaceutycznym. Przedmiotowa odmienność dotyczy szczególnie prowadzenia działalności marketingowej, co wynika z misji apteki i zadań farmaceuty realizowanych w ramach powszechnego systemu ochrony zdrowia publicznego.

W rozszerzonej wersji indeksu rozumienia i stosowania marketingu (wersji 1.0) wykorzystano wartości punktowe wskaźników (wag) z ośmiu kategorii stwierdzeń opracowanych w pierwotnej koncepcji (I–V, VII–VIII, X). Wartość kategorii VI podwyższono do trzech punktów (w wersji pierwotnej wartość wynosiła dwa punkty), wartość kategorii IX obniżono do dwóch punktów (w wersji pierwotnej wartość wynosiła trzy punkty), a wartość kategorii XI obniżono do jednego punktu (w wersji pierwotnej wartość wynosiła trzy punkty). Poszczególne wagi (wartości wskaźnika), odpowiadające konkretnym 46 stwierdzeniom w ramach każdej z jedenastu kategorii wskazanych przez respondentów na podstawie danych z kwestionariusza ankiety, zostały opracowane według koncepcji własnej autora, opartej na merytorycznym rozeznaniu ważności poszczególnych stwierdzeń (Żak, 2018a, 20).

Rozszerzenia koncepcji źródłowej i optymalizacji wag dokonano w wyniku konsultacji z autorem pierwotnej koncepcji, która nie mogła zostać zastosowana do badania aptek ogólnodostępnych, ponieważ nie uwzględniała specyfiki procesu świadczenia usług farmaceutycznych. Wprowadzone zmiany pozwoliły na stworzenie skutecznego narzędzia, służącego do wielowymiarowej oceny prawidłowości rozumienia klasycznych zasad marketingu oraz wykorzystywania podstawowych instrumentów marketingowych, które to narzędzie zostało wykorzystane praktycznie w latach 2011–2012 oraz w 2018 roku do klasyfikacji aptek ogólnodostępnych ze względu na rodzaj ich orientacji aktywności (tabela 2) (Żak, 2014, 242–243, 255–258, 397–398; Żak, 2018a, 15–22).

Tabela 2. Rozszerzona wersja indeksu rozumienia i stosowania marketingu (wersja 1.0)

Lp.	Wskaźniki wielowymiarowej oceny rozumienia i stosowania marketingu	Wartość wskaźnika (pkt)
I	Rozpoznawanie oczekiwań i potrzeb klientów	3
	Potrzeby klienta stanowią punkt wyjścia działań podejmowanych przez naszą aptekę	0,5
	Regularnie przeprowadzamy badania dotyczące oczekiwań i potrzeb naszych klientów w kontekście działania naszej apteki	1
	W naszej aptece dzielimy klientów na poszczególne grupy (segmenty), do których dostosowujemy naszą ofertę rynkową	1
	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
	W trosce o naszych klientów zawsze informujemy o naszych aktualnych promocjach cenowych	0,1
	W ramach programu lojalnościowego oferujemy naszym stałym klientom dodatkowe korzyści związane z zakupami w naszej aptece	0,2
	Przyjmujemy zamówienia na nasz asortyment przez telefon	0,2

	Dostarczamy produkty bezpośrednio do domu klienta	0,2
	Sporządzamy leki recepturowe w ciągu 30 minut, o ile technologia wytwarzania na to pozwoli	0,2
	Oferujemy naszym klientom bezpłatnie pomiar ciśnienia krwi	0,1
	Oferujemy naszym klientom bezpłatnie pomiar masy ciała	0,1
	Oferujemy naszym klientom bezpłatnie pomiar wzrostu	0,1
	Oferujemy naszym klientom bezpłatnie pomiar tkanki tłuszczowej	0,1
	Oferujemy naszym klientom możliwość obliczenia współczynnika BMI	0,1
	Cyklicznie organizujemy dla naszych klientów badanie densytometryczne kości	0,3
	Cyklicznie organizujemy dla naszych klientów dermatokonsultacje	0,3
III	Polityka cenowa dostosowana do kosztów	1
	Ceny naszych produktów (z wyłączeniem leków refundowanych) są ustalane tak, aby zapewnić rentowność apteki	0,3
	W działaniach naszej apteki kierujemy się głównie maksymalizacją sprzedaży	0,3
	W naszej aptece maksymalizacja sprzedaży odbywa się kosztem identyfikacji i zaspokajania potrzeb klienta	0,4
IV	Polityka cenowa dostosowana do nabywczych możliwości klientów	2
	Stosujemy politykę rabatową dla stałych klientów	0,5
	Oferujemy dodatkowy rabat dla seniorów	0,5
	Oferujemy dodatkowy rabat na produkty dla niemowląt i dzieci	0,5
	Jesteśmy postrzegani w okolicy jako „tania apteka”	0,5
V	Wspieranie popytu na usługi świadczone w aptece	1
	Eksponując towar, stosujemy metodę „powielania twarzy” (<i>multifacing</i>)	0,1
	Towar w naszej aptece jest ułożony kategoriami (stosujemy <i>category management</i>)	0,3
	W naszej aptece realizacja celów społecznych jest ważniejsza niż realizacja celów komercyjnych	0,2
	Posiadamy szeroki asortyment produktów leczniczych, aby zapewnić klientom realizację zamówienia przy pierwszej wizycie	0,4
VI	Dbłość o poziom satysfakcji klientów	3
	Szczegółowo informujemy klienta o wpływie oferowanych produktów leczniczych i suplementów diety na jego stan zdrowia	0,6
	Szczegółowo informujemy klienta o ubocznych skutkach sprzedawanych produktów leczniczych	0,6
	Informujemy klienta o tańszych zamiennikach zawsze, gdy takie występują	0,6
	W sytuacji braku asortymentu zamawiamy produkty lecznicze, wyroby medyczne i inne produkty, aby klient mógł je odebrać następnego dnia	0,3
	Udzielamy porad terapeutycznych bez podważania autorytetu lekarza	0,3

	W naszej aptece przeprowadzane są regularne badania jakości obsługi klienta	0,3
	Regularnie przeprowadzamy badania satysfakcji naszych klientów	0,3
VII	Ocena atutów i słabości konkurentów	2
	Regularnie przeprowadzamy badania poziomu cen konkurencji	0,5
	Systematycznie oceniamy atuty i słabości naszych konkurentów	0,5
	Głównym sposobem konkurowania naszej apteki jest polityka wysokiej jakości obsługi klienta	0,5
	Głównym sposobem konkurowania naszej apteki jest polityka niskich cen	0,5
VIII	Kierowanie się zachowaniami konkurentów	2
	Ceny naszych produktów są wyższe od cen w konkurencyjnych aptekach	1
	Nasza apteka w niewielkim stopniu kieruje się zachowaniami konkurentów	1
IX	Wpływ personelu na świadczenie usług w aptece	2
	W naszej aptece personel farmaceutyczny ma duży wpływ na świadczone usługi	1
	W naszej aptece osoby odpowiedzialne za marketing mają duży wpływ na świadczone usługi	1
X	Wykorzystywanie badań marketingowych	1
	Wyniki badań marketingowych są wykorzystywane przede wszystkim przez osoby zajmujące się marketingiem	0,5
	W naszej aptece personel farmaceutyczny nie jest informowany o wynikach badań marketingowych prowadzonych przez aptekę	0,5
XI	Stosunek do marketingu	1
	W naszej aptece marketing stanowi wsparcie procesu świadczenia usług farmaceutycznych	0,5
	W naszej aptece jest wyznaczona osoba, która zajmuje się marketingiem	0,5

Źródło: Żak (2014), 397–398; Żak (2018a), 19.

Dokonując oceny rozszerzonej wersji indeksu rozumienia i stosowania marketingu, zauważyć należy, że zastosowanie go obecnie w praktyce aptecznej w wersji 1.0 nie będzie efektywne, albowiem na przestrzeni lat 2011–2022 prowadzenie działalności operacyjnej na aptecznym rynku farmaceutycznym uległo znacznym przeobrażeniom. Przedmiotowe przeobrażenia wymagają korekty niektórych stwierdzeń, co pociąga za sobą również zmiany niektórych wag (wartości wskaźnika).

4. Zmodyfikowany indeks rozumienia i stosowania marketingu (wersja 2.0)

Dynamiczne zmiany zachodzące na aptecznym rynku farmaceutycznym, spowodowane między innymi wprowadzeniem rygorystycznego zakazu reklamy apteki

i jej działalności (obowiązującego od 1 stycznia 2012 r.), oraz rozszerzenie interpretacyjne przedmiotowego zakazu na pozostałe instrumenty aktywności marketingowej spowodowały konieczność modyfikacji indeksu rozumienia i stosowania marketingu (tabela 3) (Żak, 2018c, 145–176).

Tabela 3. 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
	Potrzeby klienta stanowią punkt wyjścia działań podejmowanych przez naszą aptekę	0,5
	Regularnie przeprowadzamy badania dotyczące oczekiwań i potrzeb naszych klientów w kontekście działania naszej apteki	1
	W naszej aptece dzielimy klientów na poszczególne grupy (segmenty), do których dostosowujemy naszą ofertę rynkową	1
	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
	W trosce o naszych klientów zawsze informujemy o naszych produktach, które oferujemy po atrakcyjnej cenie	0,1
	W ramach budowania relacji oferujemy naszym stałym klientom dodatkowe korzyści związane z zakupami w naszej aptece	0,2
	Przyjmujemy zamówienia na nasz asortyment przez telefon	0,2
	Dostarczamy produkty bezpośrednio do domu klienta	0,2
	Sporządzamy leki recepturowe w ciągu 30 minut, o ile technologia wytwarzania na to pozwoli	0,2
	Oferujemy naszym klientom bezpłatnie pomiar ciśnienia krwi	0,1
	Oferujemy naszym klientom bezpłatnie pomiar masy ciała	0,1
	Oferujemy naszym klientom bezpłatnie pomiar wzrostu	0,1
	Oferujemy naszym klientom bezpłatnie pomiar tkanki tłuszczowej	0,1
	Oferujemy naszym klientom możliwość obliczenia współczynnika BMI	0,1
	Cyklicznie organizujemy dla naszych klientów badanie densytometryczne kości	0,2
	Cyklicznie organizujemy dla naszych klientów dermokonsultacje	0,2
	Nasza apteka posiada wykupione miejsca na tak zwaną reklamę zewnętrzną (<i>outdoor</i>)	0,1
	Nasza apteka eksponuje wewnątrz lokalu listy cenowe w formie plakatu	0,1
III	Polityka cenowa dostosowana do kosztów	1
	Ceny naszych produktów (z wyłączeniem leków refundowanych) są ustalane tak, aby zapewnić rentowność apteki	0,3
	W działaniach naszej apteki kierujemy się głównie maksymalizacją sprzedaży	0,3

	W naszej aptece maksymalizacja sprzedaży odbywa się kosztem identyfikacji i zaspokajania potrzeb klienta	0,4
IV	Polityka cenowa dostosowana do nabywczych możliwości klientów	2
	Stosujemy politykę rabatową dla stałych klientów	0,4
	Oferujemy dodatkowy rabat dla seniorów	0,4
	Oferujemy dodatkowy rabat na produkty dla niemowląt i dzieci	0,4
	Jesteśmy postrzegani w okolicy jako „tania apteka”	0,4
	W naszej aptece farmaceuta może uznaniowo udzielić rabatu każdemu klientowi	0,4
V	Wspieranie popytu na usługi świadczone w aptece	1
	Eksponując towar, stosujemy metodę „powielania twarzy” (<i>multifacing</i>)	0,1
	Towar w naszej aptece jest ułożony kategoriami (stosujemy <i>category management</i>)	0,3
	W naszej aptece realizacja celów społecznych jest ważniejsza niż realizacja celów komercyjnych	0,2
	Posiadamy szeroki asortyment produktów, aby zapewnić klientom realizację zamówienia przy pierwszej wizycie	0,4
VI	Dbłość o poziom satysfakcji klientów	3
	W naszej aptece prowadzona jest profesjonalna opieka farmaceutyczna	0,5
	Szczegółowo informujemy klienta o wpływie oferowanych produktów leczniczych i suplementów diety na jego stan zdrowia	0,5
	Szczegółowo informujemy klienta o ubocznych skutkach sprzedawanych produktów leczniczych	0,5
	Informujemy klienta o tańszych zamiennikach zawsze, gdy takie występują	0,3
	W sytuacji braku asortymentu zamawiamy produkty lecznicze, wyroby medyczne i inne produkty, aby klient mógł je odebrać w dogodnym dla siebie czasie	0,3
	Udzielamy porad terapeutycznych bez podważania autorytetu lekarza	0,3
	W naszej aptece przeprowadzane są regularne badania jakości obsługi klienta	0,3
	Regularnie przeprowadzamy badania satysfakcji naszych klientów	0,3
VII	Ocena atutów i słabości konkurentów	2
	Regularnie przeprowadzamy badania poziomu cen konkurencji	0,5
	Systematycznie oceniamy atuty i słabości naszych konkurentów	0,5
	Głównym sposobem konkurowania naszej apteki jest polityka wysokiej jakości obsługi klienta	0,5
	Głównym sposobem konkurowania naszej apteki jest polityka niskich cen	0,5
VIII	Kierowanie się zachowaniami konkurentów	2
	Ceny naszych produktów są wyższe od cen w konkurencyjnych aptekach	1
	Nasza apteka w niewielkim stopniu kieruje się zachowaniami konkurentów	1
IX	Wpływ personelu na świadczenie usług w aptece	2

	W naszej aptece personel farmaceutyczny ma duży wpływ na świadczone usługi	1
	W naszej aptece osoby odpowiedzialne za marketing mają duży wpływ na świadczone usługi	1
X	Wykorzystywanie badań marketingowych	1
	Wyniki badań marketingowych są wykorzystywane przede wszystkim przez osoby zajmujące się marketingiem	0,5
	W naszej aptece personel farmaceutyczny nie jest informowany o wynikach badań marketingowych prowadzonych przez aptekę	0,5
XI	Stosunek do marketingu	1
	W naszej aptece marketing stanowi wsparcie procesu świadczenia usług farmaceutycznych	0,5
	W naszej aptece jest wyznaczona osoba, która zajmuje się marketingiem	0,5

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Żak (2014), 397–398; Żak (2018a), 19.

Zmodyfikowany indeks rozumienia i stosowania marketingu (wersja 2.0) w stosunku do poprzedniej wersji (1.0) wprowadza we wskazanych kategoriach stwierdzeń następujące zmiany:

— kategoria II. Prowadzenie działań reklamowych lub PR, stosowanie promocji sprzedaży:

— pkt 5. W trosce o naszych klientów zawsze informujemy o naszych aktualnych promocjach cenowych — zmiana konstrukcji stwierdzenia na: „W trosce o naszych klientów zawsze informujemy o naszych produktach, które oferujemy po atrakcyjnej cenie”;

— pkt 6. W ramach programu lojalnościowego oferujemy naszym stałym klientom dodatkowe korzyści związane z zakupami w naszej aptece — zmiana konstrukcji stwierdzenia na: „W ramach budowania relacji oferujemy naszym stałym klientom dodatkowe korzyści związane z zakupami w naszej aptece”;

— pkt 15. Cyklicznie organizujemy dla naszych klientów badanie densytometryczne kości — zmiana wagi (wartości wskaźnika) z 0,3 na 0,2;

— pkt 16. Cyklicznie organizujemy dla naszych klientów dermokonsultacje — zmiana wagi (wartości wskaźnika) z 0,3 na 0,2;

— pkt 17. Dodano stwierdzenie: „Nasza apteka posiada wykupione miejsca na tak zwaną reklamę zewnętrzną (*outdoor*)” o wadze (wartości wskaźnika) 0,1;

— pkt 18. Dodano stwierdzenie: „Nasza apteka eksponuje wewnątrz lokalu listy cenowe w formie plakatu” o wadze (wartości wskaźnika) 0,1;

— kategoria IV. Polityka cenowa dostosowana do możliwości nabywczych klientów:

— pkt 22. Stosujemy politykę rabatową dla stałych klientów — zmiana wagi (wartości wskaźnika) z 0,5 na 0,4;

— pkt 23. Oferujemy dodatkowy rabat dla seniorów — zmiana wagi (wartości wskaźnika) z 0,5 na 0,4;

- pkt 24. Oferujemy dodatkowy rabat na produkty dla niemowląt i dzieci — zmiana wagi (wartości wskaźnika) z 0,5 na 0,4;
- pkt 25. Jesteśmy postrzegani w okolicy jako „tania apteka” — zmiana wagi (wartości wskaźnika) z 0,5 na 0,4;
- pkt 26. Dodano stwierdzenie: „W naszej aptece farmaceuta może uznaniowo udzielić rabatu każdemu klientowi” o wadze (wartości wskaźnika) 0,4;
- kategoria V. Wspieranie popytu na usługi świadczone w aptece:
 - pkt 30. Posiadamy szeroki asortyment produktów leczniczych, aby zapewnić klientom realizację zamówienia przy pierwszej wizycie — zmiana konstrukcji stwierdzenia na: „Posiadamy szeroki asortyment produktów, aby zapewnić klientom realizację zamówienia przy pierwszej wizycie”;
 - kategoria VI. Dbłość o poziom satysfakcji klientów:
 - pkt 31. Dodano stwierdzenie: „W naszej aptece prowadzona jest profesjonalna opieka farmaceutyczna” o wadze (wartości wskaźnika) 0,5;
 - pkt 32. Szczegółowo informujemy klienta o wpływie oferowanych produktów leczniczych i suplementów diety na jego stan zdrowia — zmiana wagi (wartości wskaźnika) z 0,6 na 0,5;
 - pkt 33. Szczegółowo informujemy klienta o skutkach ubocznych sprzedawanych produktów leczniczych — zmiana wagi (wartości wskaźnika) z 0,6 na 0,5;
 - pkt 34. Informujemy klienta o tańszych zamiennikach zawsze, gdy takie występują — zmiana wagi (wartości wskaźnika) z 0,6 na 0,3;
 - pkt 35. W sytuacji braku asortymentu zamawiamy produkty lecznicze, wyroby medyczne i inne produkty, aby klient mógł je odebrać następnego dnia — zmiana konstrukcji stwierdzenia na: „W sytuacji braku asortymentu zamawiamy produkty lecznicze, wyroby medyczne i inne produkty, aby klient mógł je odebrać w dogodnym dla siebie czasie”.

Wprowadzone zmiany spowodowały, że w zmodyfikowanym indeksie rozumienia i stosowania marketingu (wersja 2.0) w ramach jedenastu kategorii wyróżniono 50 stwierdzeń, które wynikają ze wskazań respondentów zebranych na podstawie danych z kwestionariusza ankiety, na podstawie merytorycznego rozważania ważności poszczególnych stwierdzeń.

Konstrukcja indeksu rozumienia i stosowania marketingu bazuje na możliwości zaklasyfikowania przedsiębiorstw do trzech grup (Taranko, 2009, 165–166):

- pierwsza grupa o niskiej wartości indeksu (0–19 pkt);
- druga grupa o średniej wartości indeksu (20–29 pkt);
- trzecia grupa o wysokiej wartości indeksu (30–40 pkt).

Zmodyfikowany indeks rozumienia i stosowania marketingu (wersja 2.0) umożliwia dokonanie klasyfikacji badanych podmiotów ze względu na dwa podstawowe rodzaje orientacji aktywności:

- 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 a orientacją 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 (Żak, 2018b, 123–150). Wyklucza to możliwość zaklasyfikowania do orientacji produkcyjnej, produktowej i w konsekwencji — holistycznej. Wybór pomiędzy orientacją sprzedażową a orientacją rynkową wymaga dokonania stosownych obliczeń według formuły:

— za opinię „zdecydowanie tak” — liczba punktów za dane stwierdzenie $\times 2$;
— za opinię „raczej tak” — liczba punktów za dane stwierdzenie $\times 1$;
— 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 $\times 2$, „raczej nie” — liczba punktów za dane stwierdzenie $\times 1$).

5. Praktyczne zastosowanie indeksu rozumienia i stosowania marketingu

Wykorzystanie indeksu rozumienia i stosowania marketingu w praktyce badań marketingowych ma raczej charakter marginalny, albowiem na palcach jednej ręki można wskazać jego praktyczne zastosowanie. Świadczy to o jego niewielkiej popularności, co może dziwić, jeżeli weźmie się pod uwagę jego istotę, charakterystykę i możliwość łatwego zastosowania w praktyce. Niemniej jednak stanowi on uniwersalne narzędzie służące do wielowymiarowej oceny znajomości podstawowych zasad marketingu i umiejętności zastosowania wybranych instrumentów marketingowych w praktyce.

Pierwotna koncepcja indeksu została zastosowana w 2008 roku do analizy badania opinii 300 menedżerów odpowiadających za działania marketingowe przedsiębiorstw w Polsce, a przedmiotem działalności badanych były produkcja dóbr konsumpcyjnych, dóbr zaopatrzeniowych oraz świadczenie usług (Czarnecki, 2008, 195–196). W przedmiotowych badaniach indeks był wykorzystany do badania zależności pomiędzy wartością tego indeksu a kosztami i efektami działań marketingowych. Konkluzją badania było wskazanie, że znaczenie oceny efektów działań marketingowych stanowi pochodną rozumienia zasad marketingu. Przedsiębiorstwa charakteryzujące się wyższym poziomem indeksu istotnie różniły się w tych kwestiach od przedsiębiorstw o relatywnie niższym jego poziomie (tabela 4) (Taranko, 2009, 174).

Tabela 4. Częstotliwość stosowania różnych miar efektów działań marketingowych w przedsiębiorstwach o różnej wartości indeksu rozumienia i stosowania marketingu, w %

Lp.	Miara efektów działań marketingowych	Wartość indeksu rozumienia i stosowania marketingu		
		do 20 pkt	21–30 Pkt	31–40 Pkt
		N=100		
1.	Wielkość sprzedaży ogółem w ujęciu ilościowym	42	44	61
2.	Wielkość sprzedaży produktu lub grupy produktów w ujęciu wartościowym	14	25	36
3.	Wielkość sprzedaży produktu lub grupy produktów w ujęciu ilościowym	16	21	38
4.	Ocena marki (firmy) na tle marek konkurencyjnych	22	25	43
5.	Skojarzenia z marką	19	21	34
6.	Preferowane marki	8	10	22
7.	Wspomagana znajomość marki	11	18	33
8.	Odsetek nabywców wymieniających daną markę jako pierwszą	11	13	27
9.	Poziom zadowolenia klientów	24	33	48
10.	Wielkość sprzedaży pochodzącej z nowych produktów	19	21	38
11.	Wielkość sprzedaży pochodzącej z nowych produktów w porównaniu z wielkością sprzedaży nowych produktów konkurentów	5	10	24
12.	Polecanie marki (firmy) innym nabywcom	8	19	30
13.	Postrzeganie jakości produktów na tle produktów konkurencyjnych	11	18	37
14.	Ilość nowych produktów wprowadzonych na rynek w określonym czasie	8	14	30
15.	Ilość nowych produktów wprowadzonych z powodzeniem na rynek w określonym czasie	5	10	34
16.	Ilość nowych produktów wprowadzonych z powodzeniem na rynek w określonym czasie w porównaniu z konkurentami	3	6	17
17.	Wskaźniki dystrybucji numerycznej (numeryczne wskaźniki gęstości sieci dystrybucji)	8	10	22
18.	Wskaźniki dystrybucji ważonej (ważone wskaźniki gęstości sieci dystrybucji)	3	4	18
19.	Udział w rynku w ujęciu wartościowym	32	30	48
20.	Liczba niezadowolonych klientów	16	13	32
21.	Udział sprzedaży pochodzącej z nowych produktów w ogólnej wielkości sprzedaży	14	10	36
22.	Wskaźnik utrzymania (retencji) klientów	22	21	44

Źródło: Taranko (2009), 169.

Rozszerzona wersja indeksu rozumienia i stosowania marketingu (1.0) opracowana została w 2011 roku na potrzeby badania orientacji aktywności aptek ogólnodostępnych w związku z wejściem w życie 1 stycznia 2012 roku bezwzględnego zakazu reklamy apteki i jej działalności. Przed tą datą orientacja sprzedażowa charakterystyczna była dla 81,2% aptek ogólnodostępnych, a orientację rynkową przyjęło 18,8% placówek (Żak, 2014, 255–258, 330–331). Po wprowadzeniu nowelizacji prawa farmaceutycznego, nie tylko znacznie ograniczającej prowadzenie działań związanych z reklamą, lecz także zakazującej w praktyce komunikacji marketingowej, odsetek aptek o orientacji sprzedażowej wzrósł do 91%, a aptek o orientacji rynkowej spadł do 9%. Zastosowanie rozszerzonej wersji indeksu (wersji 1.0) pozwoliło wskazać zmiany orientacji w aktywności aptek, świadczące o reorientacji części aptek w kierunku orientacji sprzedażowej, co było spowodowane ewolucją zakresu aktywności marketingowej aptek w związku z dostosowaniem strategii marketingowej do nowej rzeczywistości prawnej. Kolejnym zastosowaniem indeksu w wersji 1.0 była przeprowadzona w 2018 roku wielowymiarowa ocena rozumienia i stosowania marketingu, potwierdzająca wyniki badania rynku aptecznego z 2012 roku poprzez identyfikację 88,5% aptek o orientacji sprzedażowej i 11,5% aptek o orientacji rynkowej (Żak, 2018a, 21).

Zmodyfikowana wersja indeksu rozumienia i stosowania marketingu (2.0) została udoskonalona w 2022 roku i zastosowana do rozróżnienia rodzaju orientacji aktywności apteki ogólnodostępnej, wybranego przez organ prowadzący aptekę lub osoby zarządzające. Specyfika indeksu umożliwia przyporządkowanie danego podmiotu jednej z dwóch kategorii: orientacji rynkowej lub orientacji sprzedażowej. Na podstawie przeprowadzonych badań zaobserwowano upowszechnienie się orientacji sprzedażowej w praktyce aptecznej (92% badanych aptek) oraz spadek aptek o orientacji rynkowej do poziomu 8% badanych aptek (Żak i Janicka-Michalak, 2022, 417). Badanie zostało przeprowadzone w ramach projektu badawczego realizowanego z funduszu rozwoju nauki Akademii Białskiej Nauk Stosowanych im. Jana Pawła II w Białej Podlaskiej.

Podsumowanie

Aktywność marketingowa stanowi istotny element działalności operacyjnej podmiotów świadczących usługi farmaceutyczne, albowiem wspiera realizację celów komercyjnych, co z kolei umożliwia realizację celów społecznych (Żak, 2019, 101–128). Rodzaj przyjętej orientacji aktywności determinuje, jaki jest zakres podejmowanych działań, które przekładają się na sposób zastosowania instrumentów wsparcia operacyjnego. Właściwa ocena zakresu poszczególnych rodzajów aktywności podejmowanych przez aptekę ogólnodostępną umożliwia ich racjonalizację oraz optymalizację w sytuacji, kiedy konieczne jest dokonanie stosownych korekt. Zastosowanie w praktyce zmodyfikowanego indeksu rozumienia i stosowania

wania marketingu pozwala na szybkie i łatwe rozróżnienie przyjętej przez aptekę orientacji aktywności.

Zmodyfikowana konstrukcja indeksu do wersji 2.0 umożliwi dokonanie rozróżnienia pomiędzy dwiema orientacjami aktywności: sprzedażową i rynkową. Stanowi to jego istotną wartość, ale zarazem wskazuje na ograniczony zakres stosowania. Za pomocą indeksu nie można wskazać podmiotu o orientacji produkcyjnej czy produktowej. Indeks jest systemem wielopoziomowej i wieloaspektowej ważonej oceny znajomości podstawowych zasad marketingu i praktycznego stosowania instrumentów marketingowych, zatem wyzwaniem dla dalszych prac nad nim jest takie sformatowanie zmiennych i określenie ich wartości, aby można było wyodrębnić podmioty o orientacji holistycznej.

Dokonując jednak oceny aktywności marketingowej aptek ogólnodostępnych, zauważyć należy, że dominującym aspektem aktywności jest orientacja sprzedażowa, zaś orientacja rynkowa stanowi aspekt rzadko występujący w praktyce aptecznej. Zatem wyodrębnienie aptek o orientacji holistycznej w polskich realiach może być problematyczne, albowiem mogą one nie podołać wyzwaniom, jakie stawia przed nimi orientacja holistyczna. Pojedyncza apteka z reguły jest mikroprzedsiębiorstwem, które nie ma wystarczających zasobów organizacyjnych i kadrowych, aby efektywnie prowadzić działalność operacyjną opartą na marketingu relacji, marketingu zintegrowanym, marketingu wewnętrznym i marketingu dokonań, czyli komponentach charakterystycznych dla marketingu holistycznego (Kotler i Keller, 2012, 20). Dodatkowym ograniczeniem jest ustawowy zakaz reklamy apteki i jej działalności, wskazany wprost w art. 94a ustawy Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381 ze zm.), oraz interpretacyjne rozszerzenie przedmiotowego zakazu na pozostałe instrumenty marketingu, co w praktyce uniemożliwia prowadzenie efektywnej komunikacji marketingowej i znacznie utrudnia praktyczne stosowanie marketingu w aptece. Z tych powodów marketing holistyczny w aptece ogólnodostępnej to raczej wyzwanie przyszłości, albowiem w obecnych realiach rynkowych jedynie duże grupy aptek (sieci apteczne) mają wystarczający potencjał, aby dokonać reorientacji swojej aktywności w duchu założeń filozofii holizmu. Daje to jednak czas na opracowanie miernika, który będzie można wykorzystać do identyfikacji szerszego zakresu orientacji aktywności niż orientacja sprzedażowa bądź orientacja rynkowa.

Bibliografia

Literatura

- Czarnecki, A. (2008). *Metodyka badań empirycznych*. W: Garbarski, L. (red.), *Koszty i efekty działań marketingowych*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza SGH.
- Garbarski, L. (2011). *Istota marketingu*. W: Garbarski L. (red.), *Marketing. Koncepcja skutecznych działań*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.

- Kotler, Ph., Keller, K.L. (2012). *Marketing*. Poznań: Rebis.
- Kozielski, R. (red.) (2011). *Wskaźniki marketingowe*. Warszawa: Oficyna a Wolters Kluwer business.
- Masiakowski, J. (2006), Arogancja „opieki farmaceutycznej”. *Aptekarz*, 14 (7/8).
- Niestrój, R. (2005). Typologia orientacji przedsiębiorstw. *Zeszyty Naukowe Akademii Ekonomicznej w Krakowie*, 677, 7–15.
- Taranko, T. (2009). *Ocena aktywności marketingowej przedsiębiorstw za pomocą indeksu rozumienia i stosowania marketingu*. W: Niestrój, R. (red.), *Tożsamość i wizerunek marketingu*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Taranko, T. (2012). Perspektywy rozwoju usług medycznych w Polsce. *Handel Wewnętrzny*, 3, 324–330.
- Thorner, I. (1942). Pharmacy: The Functional Significance of an Institutional Pattern. *Social Forces*, 20 (3), 321–328.
- Żak, K. (2014). *Działania marketingowe aptek a uwarunkowania prawne w Polsce*. Niepublikowana dysertacja doktorska. Warszawa: Szkoła Główna Handlowa w Warszawie.
- Żak, K. (2018a). Orientacja aktywności zarządzania marketingowego a działalność operacyjna aptek ogólnodostępnych w Polsce. *Zarządzanie. Teoria i Praktyka*, 26 (4), 15–22.
- Żak, K. (2018b). 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.
- Żak, K. (2018c). *Świadczenie usług farmaceutycznych a promocja usług prozdrowotnych. Zastosowanie instrumentów komunikacji marketingowej w aptece ogólnodostępnej*. W: Szalotka, K., Widerski, J. (red.), *Zarządzanie komunikacją prozdrowotną*. Jelenia Góra: Karkonoska Państwowa Szkoła Wyższa.
- Żak, K. (2019). *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*. Kraków: Universitas.
- Żak, K., Janicka-Michalak, T. (2022). *Uwarunkowania działalności aptek ogólnodostępnych i świadczenia usług farmaceutycznych w Polsce*. Publikacja w trakcie procedury recenzowania, realizowana w ramach projektu badawczego finansowanego z funduszu rozwoju nauki Akademii Białskiej Nauk Stosowanych im. Jana Pawła II w Białej Podlaskiej.

Akty prawne

Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381 ze zm.).



Wydawnictwo
Uniwersytetu
Wrocławskiego

Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego sp. z o.o.

Plac Uniwersytecki 15

50-137 Wrocław

sekretariat@uwur.com.pl

sklep.wuwr.com.pl

Facebook/wydawnictwouwr