

KOMENTARZ DO PROPOZYCJI ZMIAN W USTAWIE PRAWO FARMACEUTYCZNE

ANALIZA POSELSKIEGO PROJEKTU
„APTEKA DLA FARMACEUTY”

AUTOR:
RAFAŁ MOMOT

WARSZAWA, STYCZEŃ 2017 R.



Spis treści

1. Streszczenie.....	3
2. Wstęp.....	5
3. Rynek dystrybucji farmaceutycznej w Polsce	6
4. Proponowane nowe rozwiązania i ich uzasadnienie.....	11
4.1. Ograniczenie podmiotowe i ilościowe	11
4.2. Ograniczenia demograficzno-geograficzne.....	13
4.3. Apteka dla farmaceuty.....	15
5. Przewidywany efekt wprowadzenia propozycji zmian	17
6. Podsumowanie.....	20

1. Streszczenie

- Wartość rynku dystrybucji farmaceutycznej w Polsce wynosi rocznie 32 mld zł – to wyższa kwota niż wydatki na obronę narodową
- Statystyczny Polak odwiedza aptekę raz w miesiącu wydając około 50 zł, seniorzy wydają ponad trzy razy tyle – 154 zł miesięcznie
- W Polsce działa blisko 15 tysięcy aptek i punktów aptecznych – ich liczba stale rośnie od momentu transformacji ustrojowej
- W Europie nie ma dominującego modelu rynku – otwartego lub zamkniętego. Natomiast od wielu lat można zauważyć stały trend w zakresie liberalizacji regulacji występujący w większości krajów
- Rynek aptek jest bardzo rozdrobniony – tylko jeden podmiot kontroluje niecałe 5% aptek, a 3 największe mają łącznie mniej niż 10%, reszta rynku sieci to blisko 400 podmiotów
- Rynek hurtowy farmaceutyków jest bardzo skonsolidowany – 3 największe podmioty kontrolują ponad 70% obrotu
- Zdecydowana większość rynku – ponad 96% – jest kontrolowana przez polski kapitał
- Ceny leków (nieregulowane przez prawo) w aptekach sieciowych są o 9-12% niższe niż w placówkach indywidualnych
- Projekt nowych regulacji zakłada wprowadzenie wielu obostrzeń m.in.: zakazu posiadania więcej niż 4 aptek, ograniczenia możliwości prowadzenia apteki – tak by jedynie farmaceuta mógł być jej właścicielem, przypisania apteki do konkretnego adresu i zablokowania przez to możliwości zmiany jej lokalizacji, praktycznego ograniczenia możliwości kontynuacji działalności apteki do kręgu spadkobierców farmaceuty
- Ograniczenia geograficzne w pełni uzależnią prowadzącego aptekę od woli właściciela lokalu, w którym ta funkcjonuje. Umocni to pozycję negocjacyjną wynajmującego i da mu możliwość nieskrępowanego podnoszenia czynszu bez obawy o utratę najemcy
- Zasada „apteka dla farmaceuty” spowoduje duże zmiany na rynku, włącznie z realizacją wysoce prawdopodobnego scenariusza stopniowej likwidacji większości sieci aptek
- Sieci aptek dla obecnych ich właścicieli staną się aktywem praktycznie niesprzedawalnym, o postępującej, bardzo dużej utracie wartości

- Ograniczenie rozwoju przedsiębiorstw do 4 aptek, przy jednoczesnym bardzo skonsolidowanym rynku hurtowym, spowoduje istotne pogorszenie pozycji negocjacyjnej aptek
- Stopniowa likwidacja sieci aptek oraz istotne ograniczenie konkurencji na rynku farmaceutycznym spowodują ograniczenie dostępności leków dla pacjentów – poprzez trudności w dystrybucji, a także bardzo prawdopodobne podwyżki cen
- Głównymi beneficjentami proponowanych regulacji staną się hurtownicy farmaceutyczni oraz producenci leków
- Nowe regulacje obniżą wiarygodność inwestycyjną Polski, narażą budżet państwa na ryzyko konieczności wypłat odszkodowań.

2. Wstęp

Jednym z głównych celów Fundacji Republikańskiej jest analiza problemów trapiących polskie państwo i gospodarkę, a następnie prezentacja rozwiązań, które przyniosłyby korzyści obywatelom i poszerzały sferę dobra wspólnego. W Fundacji powstało wiele ekspertyz i opracowań poświęconych konkretnym branżom lub działom administracji. Niniejszy komentarz odnosi się do projektu legislacyjnych zmian na rynku dystrybucji farmaceutycznej w Polsce.

Dnia 7 grudnia 2016 roku do Sejmu wpłynął poselski projekt ustawy o zmianie ustawy Prawo farmaceutyczne 12 grudnia został on skierowany do I czytania w Komisji Nadzwyczajnej do spraw deregulacji, którą uznano za właściwą dla tego projektu. Pierwsze posiedzenie Komisji odbyło się 14 grudnia 2016 roku.

Projekt zakłada wprowadzenie zmian mających istotny wpływ na kształt rynku dystrybucji farmaceutycznej, a przez to i na losy milionów Polaków odwiedzających apteki każdego dnia. Polski rynek farmaceutyczny wart jest ponad 30 mld zł rocznie, a statystyczny Polak odwiedza aptekę średnio częściej niż raz w miesiącu. Większość tych wizyt generują seniorzy oraz osoby przewlekle chore. Badania wykazują, że wydatki na leki w grupie wiekowej powyżej 60. roku życia są trzykrotnie wyższe, przy jednocześnie niższych dochodach, względem reszty społeczeństwa (miesięczne wydatki seniorów na leki w 2014 r. wyniosły 154 zł¹). Okazuje się przy tym, co jest zjawiskiem szczególnie niebezpiecznym, że prawie jednej trzeciej seniorów zdarzyło się zażywać mniejsze dawki leków lub rzadziej, niż wynikało to z zaleceń lekarza. Aż jednej piątej zdarzyło się natomiast przerwać terapię ze względów finansowych. To pokazuje, że dla tej części społeczeństwa korzystne ceny leków oraz ich duża dostępność mają znaczenie fundamentalne.

Niniejszy komentarz powstał na wniosek Związku Pracodawców Aptecznych PharmaNET. Wykorzystane zostały w nim fragmenty raportu Fundacji Republikańskiej² o polskim rynku dystrybucji farmaceutycznej oraz analizy eksperckie i powszechnie dostępne informacje

¹ Badanie TNS Polska oraz Programu 60+; <http://www.rynekzdrowia.pl/>

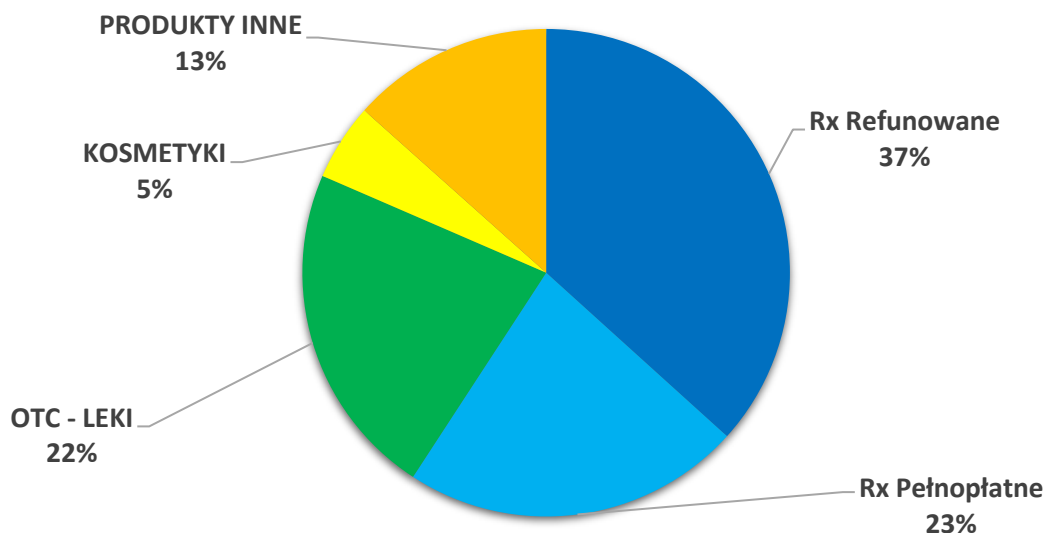
² [Rynek dystrybucji farmaceutycznej w Polsce, Fundacja Republikańska, wrzesień 2016](#)

pochodzące z: PharmaExpert, IMS Health, Związku Pracodawców Aptecznych PharmaNET, Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego, Naczelnej Izby Aptekarskiej, Naczelnej Izby Lekarskiej, Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, Krajowej Izby Radców Prawnych, Naczelnej Rady Adwokackiej, Krajowej Rady Notarialnej.

3. Rynek dystrybucji farmaceutycznej w Polsce

Wartość rynku dystrybucji farmaceutycznej w Polsce wynosi 32 mld zł rocznie i rośnie od ponad 20 lat. Ponad połowę stanowi sprzedaż leków na receptę (Rx): refundowanych (Rx refundowane) oraz nierefundowanych (Rx nierefundowane). W ostatnim okresie najszybciej jednak rozwija się sprzedaż w kategoriach związanych z samoleczeniem, m.in. leków OTC i produktów dietetycznych, które tworzą 36% wartości rynku. Budują one równocześnie najwyższe poziomy marż dla aptek. Dostęp do tych produktów mają również sieci i podmioty handlowe z innych kanałów dystrybucji detalicznej, dla których często są generatorami ruchu. Ich udział – chodzi głównie o leki OTC – nie przekracza jednak w przypadku sieci sklepów ogólnospożywczych poziomu 1-2% całej sprzedaży.

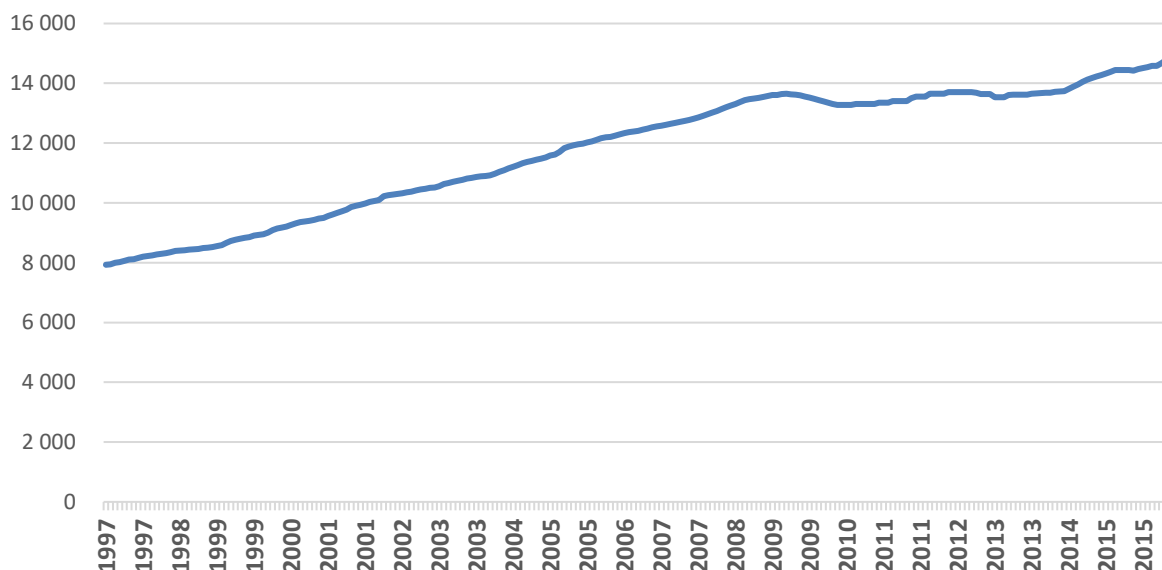
Wykres 1. Polski rynek dystrybucji farmaceutycznej – udziały wartościowe kategorii



Źródło: PharmaExpert, dane za lipiec 2016

W Polsce działa ponad 14 780 aptek i punktów aptecznych. Ich liczba nieustannie zwiększa się od początku transformacji ustrojowej³. Polski rynek apteczny jest niezwykle płynny – w miejsce zamykanych placówek pojawiają się apteki lepiej odpowiadające na potrzeby klientów i pacjentów. To naturalny proces wynikający ze zmiany oczekiwań konsumenckich, zmiany geografii ruchu ulicznego czy zmiany modelu dystrybucji detalicznej. W ciągu ostatniego roku przybyło 29 sieci aptecznych. Udział aptek należących do sieci zwiększył się z 34% ogólnej liczby aptek do 38%. Udział aptek indywidualnych w polskim rynku spadł zaś w tym samym czasie o 4 punkty procentowe, z 66 do 62% ogólnej liczby aptek.

Wykres 2. Zmiana liczby aptek w latach 1997-2016⁴

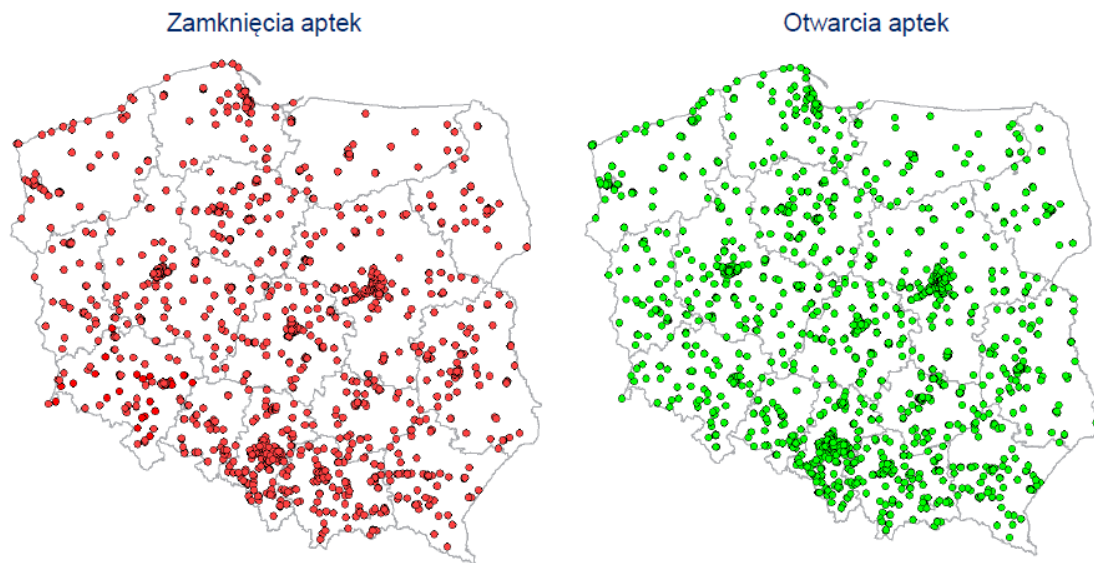


Źródło: PharmaExpert

³ Trends on Polish Pharmaceutical Market, PharmaExpert, Warszawa, kwiecień 2016

⁴ Trends on Polish Pharmaceutical Market, PharmaExpert, Warszawa, kwiecień 2016

Wykres 3. Zmiany liczby (zamknięcia i otwarcia) aptek w Polsce w 2014



Źródło: IMS Health

Liczba sieci aptecznych rośnie oddolnie. Polscy przedsiębiorcy, szukając efektu skali, dokupują kolejne placówki. Kiedy mają ponad pięć aptek, wchodzą do grupy aptek sieciowych. Najczęściej powiększają swoje firmy przejmując upadające apteki indywidualne; dla ich dotychczasowych właścicieli to szansa ucieczki przed długami i bankructwem.

Na ekonomiczną sytuację apteki wpływają więc coraz bardziej produkty o cenach regulowanych przez rynek. Stąd coraz większe znaczenie umiejętności menedżerskich właścicieli, umiejętność uzyskiwania lepszych warunków handlowych, a te wypływają właśnie z efektu skali, wpływając na konsolidację rynku.

Większość aptek na rynku – 62% – należy do indywidualnych podmiotów. Wśród nich funkcjonują mikrosieci, skupiające po 2-4 apteki i stanowiące 26% wszystkich aptek w Polsce. Apteki, sieci apteczne i mikrosieci należą zarówno do farmaceutów, jak i przedsiębiorców niebędących farmaceutami.

Trend do usieciowienia rynku w różnych formach (połączenia kapitałowe, grupy zakupowe, sieci wirtualne, programy partnerskie etc.) trwa w Polsce od ponad 10 lat. Ma związek m.in. z pogorszeniem warunków ekonomicznych prowadzenia aptek przy jednoczesnym wzroście wymagań pacjentów i klientów. Apteki łączą się funkcjonalnie, operacyjnie i właścicielsko,

FUNDACJA REPUBLIKAŃSKA

ul. Nowy Świat 41, 00-042 Warszawa
tel.: +48 22 891 07 37, tel.: +48 512 435 471, www.fundacjarepublikanska.org

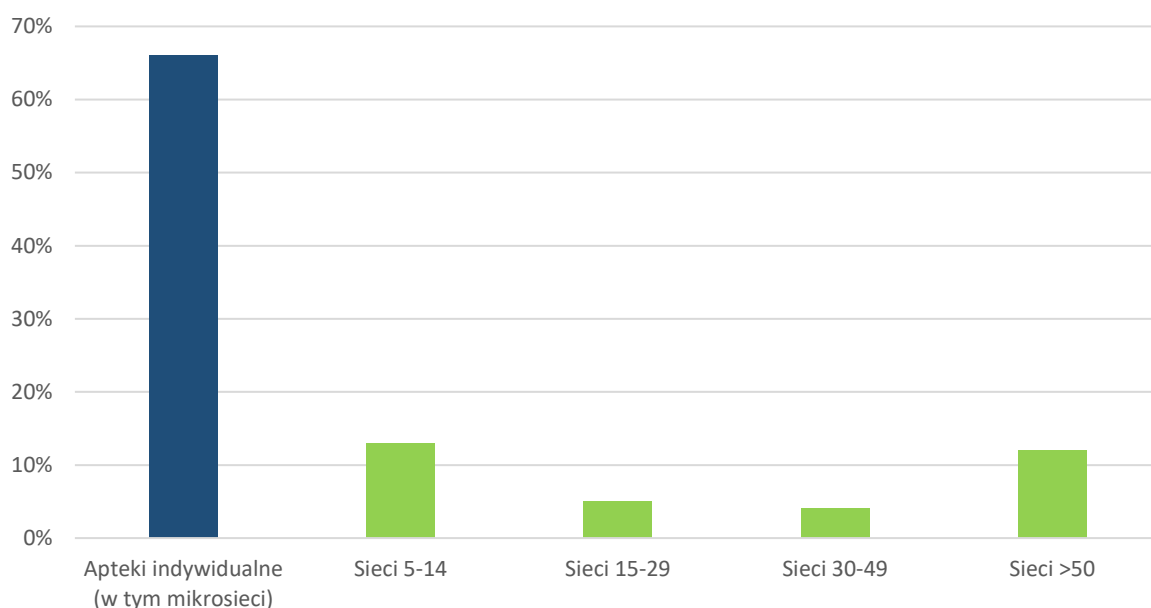
NIP: 952-207-86-26, REGON: 142075516, KRS: 0000340559
nr konta bankowego: Alior Bank 84 2490 0005 0000 4520 9156 1754

aby oferować lepsze usługi w niższej cenie. Grupa zawsze ma lepszą pozycję negocjacyjną i większy potencjał niż pojedyncza placówka.

Na polskim rynku działa ponad 390 sieci aptecznych posiadających pięć i więcej aptek co stanowi 38% wszystkich funkcjonujących placówek. Tylko 16 sieci posiada więcej niż 50 aptek w całym kraju, w tym cztery mają ponad 100 placówek. W trzech największych sieciach, posiadających ponad 100 aptek, mniejszościowym udziałowcem wciąż jest, lub do niedawna był, Skarb Państwa. Sieci te powstały m.in. jako rezultat prywatyzacji 16 państwowych Cefarmów. Proces ten trwał w latach 2002–2011. Cefarmy były państwowymi przedsiębiorstwami prowadzonymi między innymi sieci aptek na terenie całego kraju. Niemal wszystkie zostały nabyte przez polskie firmy.

Sieci apteczne to w ogromnej mierze przedsiębiorstwa polskie – firmy rodzinne, często będące własnością farmaceutów, rozwijane od wielu lat wysiłkiem i pomysłowością swoich właścicieli, którzy z powodzeniem radzą sobie na coraz bardziej konkurencyjnym rynku. Rynku, z którego już dawno w większości wycofał się obcy kapitał. Własnością firm z udziałem kapitału zagranicznego jest zaledwie kilka podmiotów: DR MAX – posiadający 344 apteki (Czechy); EuroApteka – posiadająca 82 apteki (Litwa); SuperPharm – posiadający 60 aptek (Izrael); Gemini – posiadająca 55 aptek (USA); Hebe – posiadające 47 aptek (Portugalia). Łącznie do sieci z udziałem kapitału zagranicznego należy 588 aptek z 14 780 aptek, czyli 3.8% polskiego rynku⁵. Każda z ok. 390 sieci aptecznych jest firmą mającą odrębnych właścicieli, swoją politykę cenową i własne plany oraz strategie konkurowania z innymi sieciami i indywidualnymi aptekami. Polski rynek apteczny jest niezwykle rozproszony: największy podmiot nie posiada nawet 5% aptek w skali kraju, a kolejne dwa największe oscylują wokół 1-2%. Pozostałe sieci apteczne posiadają mniej niż 1%.

⁵ IMS Health

Wykres 4. Struktura rynku aptecznego w Polsce (według liczby aptek)


Źródło: PharmaExpert

Tabela 1. Różnice cen leków OTC pomiędzy aptekami

	Indywidualne	Sieci 5-14	Sieci 15-29	Sieci 30-49	Sieci 50+
Poziom cen OTC	100%	90%	90%	88%	91%
Różnice do indywidualnych	0%	-10%	-10%	-12%	-9%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie IMS Health

Statystyczna apteka sieciowa generuje wyższy obrót niż statystyczna apteka indywidualna. Ma też więcej pacjentów i klientów. Według danych PharmaExpert, w marcu 2016 r. do apteki sieciowej przychodziło miesięcznie średnio 5290 pacjentów, podczas gdy aptekę indywidualną odwiedzało 3280 pacjentów. To przyczyna sporych różnic w ich obrotach. Czynniki, które przyciągają pacjentów i klientów do aptek bez względu na ich formę własności i organizacji są: lokalizacja, szerokość asortymentu, dostępność leków, poziom cen, poziom obsługi, standard

lokalu. Polacy chcą w aptece kupować tanio i w najwyższych standardach. W aptekach sieciowych klient ma dostęp do większej ilości leków i innych produktów, których średnio jest o 30% więcej niż w przeciętnej aptece indywidualnej.

W aptekach sieciowych można zauważyć także niższe ceny leków Rx nierefundowanych i OTC (leki Rx refundowane mają urzędowo ustaloną cenę). Analiza 30 najbardziej popularnych i generujących największy obrót w aptekach (jednocześnie też największe koszty dla pacjentów) leków OTC wykazała, iż ceny w aptekach sieciowych są o 9-12% niższe niż w aptekach indywidualnych⁶. Wyniki ujawniły też różnice w cenach pomiędzy sieciami. Najniższe są nie w największych, lecz w tych, które liczą 30-49 aptek. To sieci, które w ostatnim okresie rozwijają się najszybciej. Analiza poziomów sprzedaży pomiędzy sieciami również wskazuje na większe wartości w sieciach średniej wielkości niż u największych podmiotów. To świadczy o powiązaniu obu tych parametrów oraz konsumenckiej preferencji dla aptek oferujących najbardziej konkurencyjne ceny. Należy też odnotować niską lojalność konsumentów, którzy nie przywiązują się do marki apteki. Wytłumaczeniem takiego zachowania może być wysoki poziom bezpieczeństwa jednakowy dla wszystkich aptek i gwarantowany przez nadzór odpowiednich instytucji państwowych. Konsumentów w takich okolicznościach biorą pod uwagę inne kryteria, m.in. odległość apteki od domu, godziny jej otwarcia, ceny.

4. Proponowane nowe rozwiązania i ich uzasadnienie

4.1. Ograniczenie podmiotowe i ilościowe

W propozycji zmiany ustawy ogranicza się rodzaje podmiotów uprawnionych do prowadzenia aptek. Proponuje się wykluczenie spółek kapitałowych, a także niektórych spółek osobowych: komandytowej i komandytowo-akcyjnej. Autorzy projektu pozostawiają możliwość uzyskania zezwolenia wyłącznie dla jednoosobowej działalności gospodarczej oraz spółki jawnej i partnerskiej.

⁶ Trends on Polish Pharmaceutical Market, PharmaExpert, Warszawa, kwiecień 2016

Zdaniem pomysłodawców ma to doprowadzić do lepszej kontroli nad działalnością aptek. Podkreśla się, że to właśnie problemy nad sprawowaniem kontroli prowadzą do wielu patologii na rynku farmaceutycznym, m.in. wywozu leków, zaniżania standardów obsługi kosztem bezpieczeństwa pacjentów, promowania leków i innych produktów przynoszących wyższe zyski nieuzasadnione interesem pacjenta.

O ile zdefiniowanie problemu pozostaje jak najbardziej trafne, pozostaje pytanie, czy tak daleko idąca regulacja jest konieczna dla realizacji wskazanych celów. Ograniczanie konstytucyjnie chronionej wolności działalności gospodarczej musi być zawsze proporcjonalne i uzasadnione ważnym interesem publicznym. Tymczasem w omawianym przypadku interes publiczny w postaci bezpieczeństwa lekowego Polaków może zostać osiągnięty szeregiem innych działań nieingerujących tak radykalnie w swobodę działalności gospodarczej, m.in. poprzez reformę i usprawnienie funkcjonowania inspekcji farmaceutycznej – w szczególności w zakresie kontroli na spółkami kapitałowymi.

Czytając uzasadnienie projektu ustawy, można ponadto odnieść wrażenie, że to sieci apteczne są podmiotami odpowiedzialnymi za wywóz leków z Polski. Przywołane kilka sygnatur wyroków, które zostały wydane w sprawie decyzji Głównego Inspektora Farmaceutycznego w przedmiocie cofnięcia zezwolenia w związku z uczestnictwem w odwróconym łańcuchu dystrybucji leków, potęguje taką interpretację. Tymczasem sieci aptek, m.in. z uwagi na stosowanie jednolitych procedur operacyjnych i kontrolnych, nowoczesne narzędzia monitorowania poszczególnych placówek czy stabilne finansowanie działalności, są w mniejszym stopniu narażone na zjawisko nielegalnego wywozu leków niż apteki indywidualne.

W projekcie zaproponowano również ograniczenie liczby aptek prowadzonych przez jeden podmiot. Próg wyznaczono na poziomie czterech placówek. Po przekroczeniu tej liczby nie będą udzielane zezwolenia na prowadzenie kolejnych aptek. Co ciekawe, w uzasadnieniu projektu w żaden sposób nie wskazano, dlaczego akurat zaproponowany poziom ma w najlepszym stopniu realizować interesy pacjentów czy bezpieczeństwo lekowe państwa. Wydaje się, że próg ten wynika wyłącznie z interesów korporacji aptekarskiej.

Niezależnie od powyższego, z uzasadnienia projektu wynika, że argumentem przemawiającym za proponowanym rozwiązaniem jest, zdaniem autorów ustawy, ryzyko

całkowitej monopolizacji rynku usług farmaceutycznych i przejęcia go przez duże, międzynarodowe podmioty⁷. Taki argument nie znajduje pokrycia w rzeczywistości, szczególnie ze względu na bardzo duże rozdrobnienie całej branży – nawet w ramach samych sieci aptecznych – oraz dominującą pozycję kapitału polskiego (ponad 96%). Nie istnieje podmiot, który kontrolowałby więcej niż 5% aptek, a liczba sieci wynosi prawie 400 podmiotów. Ponadto wymiar ewentualnej dominacji odnosi się głównie do małych rynków lokalnych, a nie skali kraju. Należy zwrócić także uwagę na skutki proponowanej regulacji dla całego łańcucha dystrybucji leków w Polsce. Obrót hurtowy w Polsce jest skonsolidowany przez cztery główne podmioty, posiadające ponad 70% rynku. Wśród producentów, w zależności od grupy produktowej, koncentracja wynosi nawet 25%. Dla aptek szansą na zwiększenie siły negocjacyjnej przy ustalaniu warunków i cen dostaw są sieci, które zaczęły powstawać 10 lat temu i przyczyniły się do obniżki cen leków nier refundowanych dla pacjentów. Ich powolne rozbitcie spowoduje ponowne obniżenie siły zakupowej aptek i zlikwiduje mechanizm obniżania cen leków dla pacjentów.

Mając na uwadze powyższe dane, ryzyko monopolizacji czy przejęcia rynku przez międzynarodowe podmioty już w aktualnym stanie prawnym pozostaje wysoce nieprawdopodobne, w konsekwencji czego proponowane rozwiązania wydają się być szczególnie nieadekwatne.

4.2. Ograniczenia demograficzno-geograficzne

Jedną z istotniejszych zmian jest też wprowadzenie kryteriów demograficzno-geograficznych ograniczających powstawanie nowych aptek. Nowe zezwolenia na prowadzenie apteki będą wydawane, jeżeli liczba mieszkańców w danej gminie, przypadających na jedną aptekę będzie wynosić co najmniej 3000 osób, a odległość od miejsca planowanej lokalizacji apteki do najbliższej apteki będzie wynosić co najmniej 500 metrów w linii prostej. W drodze wyjątku powyższe kryteria nie będą obowiązywać, jeżeli nowa apteka będzie oddalona od istniejących o 1000 metrów.

⁷ Uzasadnienie do projektu ustawy – o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne; sejm.gov.pl

Konsekwencją wprowadzenia takiego rozwiązania będzie prawie całkowite zamknięcie małych, lokalnych rynków, a to w połączeniu z eliminacją działających sieci może tylko spotęgować zjawiska niekorzystne dla pacjentów.

Brak lokalnej konkurencji w sposób naturalny doprowadzi do wzrostu cen na wszystkie nier refundowane kategorie leków i innych produktów sprzedawanych w aptekach (stanowiących prawie 2/3 sprzedaży). Pacjenci pozostawieni bez wyboru będą musieli nabywać droższe leki lub odbywać dalekie podróże w celu poszukiwania tańszych aptek. W szczególnie trudnej sytuacji znajdują się pacjenci mieszkający w mniejszych miejscowościach, znacznie bardziej narażonych na ryzyko powstania lokalnych monopolii, które zgodnie z raportem UOKiK⁸ stanowią właściwe zagrożenie dla konkurencji na rynku aptecznym.

Połączenie proponowanych rozwiązań z ograniczeniami nałożonymi na działanie aptek internetowych – prawie każde działanie informujące o danej aptece może być uznane jako zakazana reklama – spowoduje istotne utrudnienia w dostępie do tańszych leków osobom starszym oraz niepełnosprawnym, których mobilność jest znacznie ograniczona. Zważywszy na powyższe, proponowane rozwiązania wydają się być sprzeczne z celem realizowanym obecnie przez rządowy program „75+”, tj. obniżeniem kosztów leków seniorom.

Zmniejszenie liczby aptek, szczególnie na terenach o mniejszej gęstości zaludnienia, w istotny sposób wpłynie na dostępność do leków, a tym samym spowoduje znaczne utrudnienia dla pacjentów. Pozbawieni możliwości wyboru pacjenci będą zmuszeni zaakceptować ceny dyktowane przez apteki. Podobne ograniczenia obowiązują jedynie w 10 spośród 32 krajów europejskich (Unia Europejska oraz EFTA).

⁸ Raport UOKiK, Streszczenie raportu dotyczącego detalicznej sprzedaży leków, maj 2015.

4.3. Apteka dla farmaceuty

Istotną zmianą może być wprowadzenie zasady „apteka dla farmaceuty”. Wejście w życie tej regulacji przyniesie ogromne przywileje korporacji zawodowej aptekarzy kosztem polskich przedsiębiorców i pacjentów. Realizacja takiego pomysłu doprowadziłaby do wzrostu cen leków, powstania lokalnych monopolii, a przez to braku konieczności starania się o zwiększenie jakości usług aptecznych.

Propozycja ta ponadto ignoruje okoliczność, że rozwiązanie to zostało już uznane za niekonstytucyjne⁹.

Mimo starań, autor nie znalazł racjonalnych argumentów, które uznawałaby tę propozycję za wspierającą dobro pacjentów. Omawiany projekt w żadnym lub jedynie w znikomym stopniu wpłynąłby na większe bezpieczeństwo i wyższe standardy panujące na rynku aptecznym. Warto jednocześnie podkreślić, że rynek sieci aptecznych jest w większej części kontrolowany przez polskie podmioty, dlatego uzasadnienie o repolonizacji rynku wydaje się bezpodstawne. Dodatkowym i istotnym problemem jest tutaj wcześniejsza prywatyzacja Cefarmów, podczas której Skarb Państwa zbywał inwestorom pełnowartościowe aktywa.

Co ważne, w Europie przeważa trend do łagodzenia ograniczeń. W ostatnich dwudziestu latach w 15 państwach zminimalizowano restrykcje dotyczące zakładania nowych aptek. Odchodzi się od zasady „apteki dla farmaceuty”, która to zasada obowiązuje w 14 spośród 32 krajów europejskich (Unia Europejska oraz EFTA). W ostatnich latach zrezygnowały z niej 4 państwa UE (Holandia, Portugalia, Bułgaria, Litwa), a także Islandia i Norwegia. We Włoszech toczą się prace parlamentarne nad jej zniesieniem.

Systemy zamknięte są drogie dla płatnika publicznego i pacjenta. Ponadto, łączenie dzisiaj własności przedsiębiorstwa z wykonywaniem danej profesji wydaje się być anachronizmem. Idąc tym tokiem rozumowania, szpitale powinny należeć wyłącznie do lekarzy, linie lotnicze do pilotów, a gazety do dziennikarzy. Pomysł ten nie znajduje także usprawiedliwienia w dbałości o zdrowie publiczne. Apteki prowadzone przez farmaceutów i nie-farmaceutów obowiązują te same regulacje, nie ma różnic między standardem świadczenia usług

⁹ Trybunał Konstytucyjny, wyrok z dnia 20 sierpnia 1992 r. (sygn. K. 4/92)

farmaceutycznych w zależności od tego, kto jest właścicielem apteki na co zwrócił uwagę Trybunał Konstytucyjny¹⁰. W każdej aptece, bez względu na jej własność, musi być zatrudniony i stale obecny kierownik apteki, którym może zostać wyłącznie farmaceuta z odpowiednim stażem i kwalifikacjami. Standard świadczenia usług wyznacza i nadzoruje inspekcja farmaceutyczna. To od jej sprawności, a nie formy własności apteki, zależy jakość obsługi pacjenta. Likwidacja sieci aptek lub aptek prowadzonych przez nie-farmaceutów spowoduje ogromne utrudnienia w dostępie do leków dla pacjentów. Rozwijany przez wiele lat obecny model gęstej sieci dystrybucji, który istotnie wpływa na łatwiejszą dostępność leków dla pacjentów, zostanie w krótkim czasie zniszczony. Nie wydaje się również prawdopodobne szybkie przejęcie likwidowanych aptek przez indywidualnych farmaceutów. Na Węgrzech, po wprowadzeniu podobnego ograniczenia, zaoferowano farmaceutom preferencyjne kredyty na zakup likwidowanych przez sieci aptek. Z narzędzia tego skorzystało w skali całego kraju jedynie kilku farmaceutów, którzy zakupili likwidowane apteki¹¹.

Uzasadnieniem według wnioskodawców nowego projektu dla reguły „apteka dla farmaceuty” jest argument, jakoby farmaceuci-właściciele aptek kierowali się w swojej działalności poczuciem misji, a właściciele nie-farmaceutów jedynie chęcią zysku. Nie znajduje on jednak potwierdzenia w rzeczywistości. W krajach o najwyższym w Europie poziomie opieki zdrowotnej – Holandii, Wielkiej Brytanii, Szwecji czy Szwajcarii – obowiązują liberalne regulacje, nie ma zasady „apteka dla farmaceuty”, a na rynku działają sieci apteczne.

Dodatkowo proponowane zmiany łączą prawo do prowadzenia apteki z posiadaniem tytułu zawodowego farmaceuty. Oznacza to, że w przypadku utraty prawa wykonywania zawodu konieczna będzie likwidacja apteki. Dzięki takiemu rozwiązaniu – z uwagi na wyłączne uprawnienia do nadawania i pozbawiania prawa wykonywania zawodu farmaceuty – samorząd aptekarski stanie się faktycznym regulatorem rynku. Powyższe może stanowić pole do nadużyć czy zachowań korupcyjnych. Niezwykle silna pozycja samorządu aptekarskiego może być wykorzystywana również do wywierania presji na rządzących.

¹⁰ Trybunał Konstytucyjny, wyrok z dnia 20 sierpnia 1992 r. (sygn. K. 4/92).

¹¹ Sprawozdanie Kancelarii Zgromadzenia Narodowego Węgier nr B/1764 o aptekach ogólnodostępnych z dnia 27 października 2014 r.

5. Przewidywany efekt wprowadzenia propozycji zmian

Wprowadzenie proponowanych zmian w obecnym ich kształcie będzie miało istotny wpływ na rynek dystrybucji farmaceutycznej oraz na całą gospodarkę. Efektem tego może być również obniżenie zaufania do polskich instytucji regulacyjnych, jak i całego kraju jako przewidywalnego oraz bezpiecznego miejsca dla lokowania inwestycji. Pomysłodawcy ustawy wprowadzenie zmian motywują m.in. koniecznością zmniejszenia zbyt dużej liczby aptek. Niemniej droga administracyjnych decyzji, a nie samodzielne decyzje zakupowe pacjentów, nie jest dobrym narzędziem do wyboru najbardziej optymalnych rozwiązań.

W Europie (Unia Europejska oraz EFTA) nie ma jednolitych czy też dominujących sposobów regulacji rynku aptecznego, można jednak wyróżnić w tej sferze dwa podstawowe modele: model rynku zamkniętego i model rynku otwartego. Zmiany w systemach prawnych wielu państw europejskich, jeżeli są podejmowane, mają na celu deregulację i stopniowe odstępowanie od głębokiej ingerencji państwa w rynek detalicznej dystrybucji farmaceutycznej. Wynika to m.in. z faktu, że systemy zamknięte, tworzone z myślą o ochronie interesów właścicieli aptek, są drogie dla płatnika publicznego i prywatnego. Dla właścicieli aptek, którymi są z reguły członkowie korporacji aptekarskiej, takie warunki są bardzo bezpieczne, bo pozbawione ryzyka. Przestają jednak wtedy działać mechanizmy konkurencji, co powoduje wzrost cen.

Wykres 5. Wybrane przykłady rynków otwartych i zamkniętych.

Przykłady rynków zamkniętych:

- Austria
- Dania
- Finlandia
- Niemcy

Przykłady rynków otwartych:

- Czechy
- Holandia
- Irlandia
- Szwecja
- Wielka Brytania
- Szwajcaria
- Norwegia

Źródło: Opracowanie własne

Kraje, w których dominują rozwiązania rynku otwartego w zakresie dystrybucji farmaceutycznej, charakteryzują się lepszą dostępnością oferty lekowej dla pacjentów. Podmiotem regulacji jest bowiem interes pacjenta i efektywność systemu. W krajach tych można również zaobserwować więcej usług dodatkowych świadczonych przez farmaceutów, a poprawiających stan zdrowia publicznego i, co bardzo ważne, odciążających system opieki zdrowotnej. Ponadto nie zaobserwowano w przypadku liberalizacji rynku wystąpienia negatywnych zjawisk dla pacjentów – zamykania aptek, ograniczania asortymentu, obniżenia standardów bezpieczeństwa czy poziomu usług. Rynki norweski oraz szwedzki to przykłady, że otwarcie rynku i zniesienie wszelkich ograniczeń w zakresie konkurencji w dłuższej perspektywie powoduje wzrost liczby aptek¹². Badania przeprowadzone w Norwegii po kilku latach od wprowadzenia nowych rozwiązań wykazały ich pozytywną ocenę społeczną. Co więcej – na rynku norweskim zarejestrowano najniższe w porównaniu do innych krajów europejskich poziomy marż aptek i – w większości przypadków – cen leków¹³. W Norwegii panowały również obawy, że deregulacja doprowadzi do likwidacji placówek na terenach wiejskich. Efekty były jednak przeciwne – w ciągu ostatnich pięciu lat liczba aptek wzrosła o 17%. W dodatku apteki główny strumień przychodów w dalszym ciągu generują poprzez sprzedaż leków na receptę – 52% w 2015 roku¹⁴.

Istnienie efektywnego, nisko-kosztowego, pro-pacjenckiego systemu dystrybucji farmaceutycznej ma szczególne znaczenie na niezbyt zamożnym rynku polskim. Pacjenci w naszym kraju obciążeni są bowiem jednym z najwyższych w Europie poziomów współpłacenia. W przypadku leków Rx (wydawanych z przepisu lekarza), mających największe znaczenie dla farmakoterapii, udział współpłacenia pacjentów w Polsce systematycznie rośnie. Powodem takiej sytuacji jest rosnąca wartość rynku leków pełnopłatnych, zarówno w ujęciu ilościowym, jak i wartościowym. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia, jeśli poziom współpłacenia pacjentów za leki przekracza 50 proc.,

¹² COMPETITION ISSUES IN THE DISTRIBUTION OF PHARMACEUTICALS; OECD; marzec 2014

¹³ The medicines market in Norway - prices and regulations; Apotekforeningen; sierpień 2008

¹⁴ Pharmacies and pharmaceuticals in Norway 2014; Apotekforeningen ; 2015

zaczyna to powodować poważne skutki dla zdrowia publicznego¹⁵ – pacjenci nie wykupują leków, zmniejszają ich dawki, rezygnują z terapii. Według danych Ministerstwa Zdrowia, w Polsce ok. 20% pacjentów nie wykupuje recept z przyczyn ekonomicznych. Stan ekonomiczny Polski nie pozwala na pełne, porównywalne z najwyżej rozwiniętymi krajami świata (np. współpłacenie w Niemczech – 10 proc., Hiszpania – leki na receptę - bezpłatne)¹⁶, pokrycie potrzeb zdrowotnych obywateli, w tym także potrzeb związanych z refundacją leków. Z tego powodu zarówno w interesie państwa, jak i pacjentów leży istnienie konkurencyjnego, efektywnego rynku farmaceutycznego, obniżającego koszty farmakoterapii, gdyż proponowane zmiany niekorzystnie odbiją się na budżetach milionów Polaków ze względu na bardzo prawdopodobny wzrost cen leków.

Przypisanie w nowych regulacjach apteki *de facto* do danej lokalizacji, może bardzo szybko doprowadzić do niekontrolowanego wzrostu czynszów i bankructw wielu aptek. Właściciel takiego lokalu, zdając sobie sprawę z istnienia przewagi w relacjach z właścicielem apteki, przełoży to szybko na wyższe zyski. W takich wypadkach zagrożonych zostanie również wiele indywidualnych aptek, które nie posiadają własnego lokalu a wynajmują go. Wejście w życie ograniczeń demograficzno-geograficznych jest właśnie mechanizmem, który mocno obniży pozycję właścicieli aptek względem wynajmujących im lokal. Może dojść również do wielu absurdów, w konsekwencji zmian budowlanych w obrębie budynku, np. zmiana wejścia do apteki na inną ulicę co spowoduje konieczność ponownego uzyskania zezwolenia na nową lokalizację, co w wielu wypadkach nie będzie już możliwe, gdyż naruszałoby to nowe przepisy – odległość od innej już istniejącej apteki. Wprowadzenie nowych regulacji, doprowadzi do likwidacji sieci aptek i pozbawi rynek realnej konkurencji skazując tym samym pacjentów na łaskę lokalnych monopolii, które nie będą musiały konkurować między sobą z niskimi cenami oraz wysokim poziomem obsługi.

Kolejnym efektem wprowadzenia proponowanych rozwiązań może być szereg postępowań odszkodowawczych przeciwko Skarbowi Państwa wytaczanych przez właścicieli aptek

15 <http://wpolityce.pl/polityka/164419-polacy-placa-za-leki-najwiecej-w-europie-wedlug-standardow-swiatowej-organizacji-zdrowia-who-mamy-powazne-ograniczenia-dla-chorych-w-dostepie-do-lekow>
16 Ibidem

niebędących farmaceutami oraz apteki sieciowe (w szczególności te, które w drodze prywatyzacji nabyły od Skarbu Państwa Cefarmy). Podstawę prawną do takich działań stanowiłoby naruszenie przez Państwo istoty umów prywatyzacyjnych czy wprowadzenie rozwiązań niezgodnych z Konstytucją. Roszczenia żądane w takich postępowaniach obejmowałyby prawdopodobnie ogromne kwoty sięgające dziesiątek, jeśli nie setek milionów złotych, wynikających m.in. ze spadku wartości przedsiębiorstwa.

6. Podsumowanie

Pomysłodawcy projektu nowej ustawy, planujący zmiany na rynku aptecznym, mówią o konieczności ograniczenia ekspansji sieci aptecznych i pomocy małym aptekom. Spełnieniem tych postulatów nie jest bynajmniej wprowadzenie zasady „apteka dla farmaceuty”, która może zdestabilizować polski rynek dystrybucji leków. Nie jest nim również administracyjne ograniczanie rozwoju sieci aptek, które są mocno rozdrobnione i reprezentują w zdecydowanej większości polski kapitał.

Rzeczywistą walkę z patologiami występującymi na rynku aptecznym, czy szerzej – na rynku farmaceutycznym, zapewnić powinny nie radykalna ingerencja w prawo własności lub wolność gospodarczą, lecz przede wszystkim wzmocnienie i usprawnienie funkcjonowania inspekcji farmaceutycznej.

Kontrolę rozwoju sieci zapewniłoby zaś wprowadzenie rzeczywistych rozwiązań antykoncentracyjnych i przeniesienie nadzoru nad tym procesem do Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, który jest, w odróżnieniu od inspekcji farmaceutycznej, instytucją mającą odpowiednie kompetencje i narzędzia.

Pomocy małym, rodzinnym aptekom nie należy zaś upatrywać w likwidacji efektywniejszej od nich konkurencji, lecz we wzmocnieniu ich pozycji wobec dostawców – wielkich hurtowni oraz producentów farmaceutyków w zdecydowanej większości globalnych korporacji.

Ponadto proponowane rozwiązania przyniosą istotne szkody dla wizerunku Polski jako stabilnego i przewidywalnego miejsca do inwestowania.

Ograniczenie liczby otwierania nowych aptek w połączeniu z ograniczeniami geograficznymi doprowadzi do realnej i istotnej utraty wartości wszystkich sieci aptek. Wobec

niejasnych przepisów w zakresie obejmowania praw przez nowego właściciela, takie podmioty staną się praktycznie niezbywalne, z uwagi na wysokie ryzyko związane z zakupem przedsiębiorstwa niepewnego uzyskania wymaganych zgód ze strony nadzoru. Mogłoby to oznaczać konieczność masowych zwolnień i odszkodowań, a także istotne ograniczenie konkurencji, co zapewne wpłynęłoby na ceny leków. Obecny wysoki stopień regulacji pod względem bezpieczeństwa pacjentów wydaje się być wystarczającym mechanizmem, który w administracyjny sposób wpływa na rynek i zapewnia wysokie standardy tak istotne dla zdrowia i życia pacjentów. Natomiast wprowadzenie regulacji na poziomie struktury właścicielskiej wydaje się być działaniem szkodliwym i bardzo ryzykownym.

Biorąc pod uwagę wszystkie powyższe fakty oraz analizy wpływu wprowadzenia proponowanych regulacji na rynek aptek, jako Fundacja Republikańska proponujemy odrzucenie tego projektu oraz ponowne – i tym razem szczegółowe – przeanalizowanie tematu.