

FUNDACJA REPUBLIKAŃSKA



R A P O R T

RAFAŁ MOMOT

**RYNEK
DYSTRYBUCJI
FARMACEUTYCZNEJ
W POLSCE**

2016r.

Spis treści

1. Wstęp	5
2. Rynek dystrybucji farmaceutycznej w Europie	7
2.1. Modele regulacji rynku dystrybucji farmaceutycznej w Europie	7
2.2. Przykład zmian na rynku na Węgrzech	7
2.3. Przykład zmian na rynku w Norwegii	9
2.4. Wpływ modelu regulacyjnego na konsumentów i pacjentów	9
3. Rynek sprzedaży aptecznej w Polsce	11
3.1. Informacja o rynku sprzedaży aptecznej	11
3.2. Rynek dystrybucji detalicznej – pozycja aptek indywidualnych i sieciowych	11
3.3. Obrót hurtowy	14
3.4. Apteki indywidualne i sieciowe – najważniejsze różnice	16
3.5. Istota rynków lokalnych	18
3.6. Zmiany na rynku dystrybucji farmaceutycznej oraz zmiany zachowań klientów	19
4. Poziom regulacji i ograniczenia konkurencji na rynku dystrybucji farmaceutycznej w Polsce	20
4.1. Rola samorządu zawodowego	20
4.2. Ograniczenia konkurencji	22
4.2.1. Zakaz reklamy	22
4.2.2. Regulacje antykoncentracyjne	23
4.2.3. Wpływ korporacji aptekarskiej na rynek aptek	24
4.2.4. Bariery we wprowadzaniu nowych usług	24
5. Przegląd aktualnych propozycji w zakresie regulacji rynku.....	25
5.1. Apteka dla farmaceuty	26
6. Podsumowanie raportu	27
7. Rekomendacje dotyczące kierunku zmian	28

1. Wstęp

Jednym z głównych celów Fundacji Republikańskiej jest analiza i prezentacja wniosków dotyczących funkcjonowania różnych obszarów gospodarki Polski. Fundacja przygotowała wiele ekspertyz i opracowań na ten temat. Niniejszy raport dotyczy rynku dystrybucji farmaceutycznej w Polsce.

Rynek ten jest wart ponad 30 mld zł rocznie, a z jego działalnością styka się praktycznie każdy obywatel. 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 Polaków (miesięczne wydatki seniorów na leki w 2014 r. wyniosły 154 zł¹). Okazuje się przy tym, co jest zjawiskiem negatywnym, że prawie jednej trzeciej seniorów zdarzyło się zażywać mniejsze dawki leków lub rzadziej, niż wynikało z zaleceń lekarza. Aż jednej piątej przydarzyło się natomiast przerwać terapię ze względów finansowych. To pokazuje, że dla tej części społeczeństwa ceny leków oraz ich dostępność są poważnym problemem.

Co pewien czas w Polsce powraca debata na temat rynku farmaceutycznego, jego funkcjonowania, prawnych rozwiązań mających zapewnić jego przejrzystość i zachowanie funkcji prozdrowotnych. Dyskusja dotyczy również aspektu gospodarczego. Czy rynek ten powinien być traktowany jako element gospodarki rynkowej z obwarowaniami prawnymi czy też jako bardzo hermetyczny i dostępny tylko dla określonej grupy zawodowej? Niniejsze opracowanie zawiera omówienie tych kwestii oraz najbardziej racjonalne – zdaniem autorów – wnioski w tym zakresie.

Raport powstał na wniosek Związku Pracodawców Aptecznych PharmaNET. Wykorzystane zostały w nim analizy eksperckie oraz powszechnie dostępne informacje pochodzące z firm PharmaExpert oraz IMS Health, a także ze Związku Pracodawców Aptecznych PharmaNET, z 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 oraz Krajowej Rady Notarialnej.

¹ Badanie TNS Polska oraz Programu 60+; wrzesień – październik 2012 r.

2. Rynek dystrybucji farmaceutycznej w Europie

2.1. Modele regulacji rynku dystrybucji farmaceutycznej w Europie

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.

Pierwszy cechuje się restrykcyjnym podejściem do działalności na rynku aptecznym. Funkcjonuje już od kilkudziesięciu lat w takich państwach, jak Austria, Dania, Finlandia czy Niemcy.

Drugi model, również często spotykany, odznacza się stosowaniem liberalnych zasad na rynku aptecznym. Nie zakłada zasadniczych ograniczeń przy podejmowaniu działalności. Praktykowany jest m.in. w Holandii, Wielkiej Brytanii, Irlandii czy Czechach. W pozostałych państwach mamy do czynienia z rozwiązaniami mieszanymi lub procesami transformacji.

Biorąc to pod uwagę, można zatem wyodrębnić cztery następujące modele regulacji rynku aptecznego:

- model rynku zamkniętego, obowiązujący w dziewięciu państwach (Austria, Cypr, Dania, Finlandia, Islandia, Liechtenstein, Luksemburg, Niemcy, Słowenia), w których utrwaliło się restrykcyjne podejście do swobody działalności na rynku aptecznym i doszło do kumulacji ograniczeń własnościowych i geograficzno-demograficznych,
- model rynku otwartego, występujący w ośmiu państwach (Czechy, Holandia, Irlandia, Litwa, Szwecja, Wielka Brytania, Norwegia, Szwajcaria). Ich systemy prawne są pozbawione zasadniczych ograniczeń w podejmowaniu działalności aptecznej,
- model w transformacji, obejmujący cztery państwa (Belgia, Rumunia, Węgry, Estonia) przechodzące istotną, niezakończoną jeszcze reformę systemu,
- model mieszany, obowiązujący w pięciu państwach (Francja, Grecja, Hiszpania, Portugalia, Włochy), w którym rysuje się przewaga elementów rynku zamkniętego, jednak wprowadzane są zmiany zwiększające konkurencyjność. W pięciu innych (Bułgaria, Chorwacja, Łotwa, Malta, Słowacja) obowiązują generalnie reguły rynku otwartego, występują tam jednak pewne ograniczenia.

W ograniczeniach obowiązujących na europejskich rynkach aptecznych trudno zauważyć jednoznaczną tendencję. Generalnie rodzaje ograniczeń można podzielić na cztery podstawowe:

- zasada „apteka dla farmaceuty” (obowiązuje w 14 z 32 państw),
- ograniczenie liczby posiadanych aptek oraz ewentualnie oddziałów do maksymalnie czterech (działa w 17 z 32 państw),
- ograniczenia geograficzne (obowiązują w 10 z 32 państw),
- ograniczenia demograficzne (obowiązują w 15 z 32 państw).

Najbardziej rozpowszechniony typ ograniczenia – ograniczenie liczby aptek – spotyka się w połowie państw europejskich. Jest stosowany bardzo różnie. W niektórych krajach, np. na Słowacji, dotyczy wyłącznie podmiotu bezpośrednio prowadzącego aptekę, natomiast nie stoi na przeszkodzie łączeniu takich podmiotów w ramach grupy kapitałowej. Pozostałe typy ograniczeń (geograficzne, demograficzne, „apteka dla farmaceuty”) dotyczą mniejszości państw europejskich.

W tym stanie rzeczy – brak dominującego modelu regulacyjnego – trudno traktować aktualny stan regulacji w poszczególnych państwach europejskich jako wyznacznik budowy optymalnego modelu rynku. Pewne wskazówki mogą natomiast płynąć z analizy trendów w ustawodawstwach europejskich. Na przestrzeni ostatnich 20 lat znacznie częściej dochodziło do liberalizacji zasad podejmowania działalności na rynkach aptecznych aniżeli do ich zaostrzania. Widać to na przykładzie przepisów dotyczących zakładania nowych aptek aż w 16 państwach (Bułgaria, Czechy, Dania, Francja, Grecja, Hiszpania, Irlandia, Islandia, Litwa, Niemcy, Norwegia, Portugalia, Rumunia, Szwecja, Wielka Brytania, Włochy). Odwrotna tendencja pojawiła w zaledwie pięciu krajach (Węgry, Słowacja, Cypr, Estonia, po części Łotwa). W Bułgarii, Portugalii, Holandii oraz na Litwie i w Islandii obserwuje się odwrót od zasady „apteka dla farmaceuty”.

Czynniki zdecydowanej liberalizacji rynków aptecznych w Europie są rozmaite. W niektórych krajach były efektem orzecznictwa sądu konstytucyjnego lub organów ochrony konkurencji, w innych wynikały z inicjatywy ustawodawców, często opartej na analizie ekonomicznej.

2.2. Przykład zmian na rynku na Węgrzech

Rynek apteczny na Węgrzech funkcjonuje obecnie w ramach prawnych będących rezultatem reform podjętych w 2010 r. Ich celem było wprowadzenie modelu zamkniętego. Przeprowadzona w 2014 r. parlamentarna ocena skutków zmian, uwzględniająca strukturę aptek oraz rentowność działalności prowadzonej przez farmaceutów, jest pozytywna. W sprawozdaniu węgierskich deputowanych pominięto jednak czynniki kluczowe z punktu widzenia pacjenta, czyli dostępność i jakość usług farmaceutycznych przed i po reformie oraz ceny koszyka produktów w aptekach. Na pierwszy plan – zamiast tego – wysuwa się poprawę rentowności placówek aptecznych. Raport stawia więc w centrum zainteresowania interes farmaceuty-właściciela, a nie pacjenta. Zauważa się w nim, że po reformie marża hurtowa zmalała, a marża apteczna zwiększyła się prawie dwukrotnie. Mimo to apteki zasadniczo nie decydują się na obniżki cen dla pacjentów, choć mają w tym obszarze duże możliwości. Świadczy to prawdopodobnie o zaburzonych mecha-

nizmach konkurencyjnych – apteka potrafi narzucić cenę, gdyż pacjentowi ogranicza się możliwość wyboru placówki. Nie grozi jej zatem odpływ klientów z powodu niekorzystnej oferty cenowej.

Sprawozdanie węgierskiego parlamentu nie odnosi się również do skutków zmian własnościowych, które dokonują się w tamtejszym sektorze aptecznym. W poprzednim stanie prawnym, obowiązującym w latach 2007-2010, otwieranie i prowadzenie aptek było dozwolone także niefarmaceutom, w tym spółkom. Reforma liberalizacyjna w 2007 r. była odpowiedzią na zastój rynkowy – przy stałym wzroście liczby farmaceutów w latach 1995-2001 przybyło zaledwie 25 aptek. Rozluźniono wtedy również obowiązujące w okresie 1994-2007 ograniczenia demograficzne (1 apteka na 5000 mieszkańców) i geograficzne (odległość między aptekami 250-300 m). Nowe apteki można było otwierać niezależnie od tych kryteriów, jeżeli tylko gwarantowały wyższy poziom usług farmaceutycznych (całodobowa obsługa, wydłużone godziny pracy w tygodniu, dyżur, dostawa leków do domu, realizacja zamówień składanych przez internet).

W 2010 r. trend regulacyjny uległ odwróceniu. W pierwszym etapie – dla przygotowania właściwej reformy – wprowadzono moratorium na otwieranie nowych aptek i przekształcenia własnościowe. Następnie uchwalono nowe prawo.

Stanowi ono teraz, że właścicielem apteki może być farmaceuta lub spółka z większościami udziałami farmaceutów (farmaceutów). Przepisy przejściowe określają, iż udział farmaceutów w spółkach prowadzących apteki powinien osiągnąć poziom co najmniej 25% udziałów w aptece do końca 2014 r., a poziom większości udziałów ma zostać zapewniony do końca 2017 r. Przewidziano regulację dotyczącą wykupu udziałów w aptekach będących własnością niefarmaceutów, która daje prawo pierwokupu według ustalonej kolejności czterem kategoriom nabywców. Powstał również państwowy system preferencyjnych kredytów dla farmaceutów, którzy chcieliby kupić udziały od wywłaszczanych sieci. Nie spotkał się on jednak z ich zainteresowaniem. Jak wynika ze sprawozdania węgierskiego parlamentu, do 27 października 2014 r. w skali całego kraju udzielono trzech takich pożyczek¹.

Prowadzenie aptek przez hurtownie farmaceutyczne nie jest dopuszczalne. Niezależnie od wskazanych wyżej ograniczeń podmiotowych podmioty niebędące farmaceutami, które były właścicielami aptek do 31 maja 2011 r., mogą zatrzymać mniejszościowy pakiet udziałów.

W 2011 r. wprowadzono również przepis, zgodnie z którym jeden podmiot może posiadać (w całości lub poprzez większościowy udział w spółce) najwyżej cztery apteki.

Przywrócono też bezwzględne limity demograficzne i geograficzne. Inne reguły obowiązują jednak w stosunku do pierwszej apteki na danym terenie, a inne w odniesieniu do kolejnych. W stosunku do pierwszej apteki niezbędne jest spełnienie kryterium demograficznego (co najmniej 4500 mieszkańców stale zamieszkałych na danym terenie). W stosunku do kolejnych obowiązują następujące kryteria geograficzne i demograficzne: dla obszarów i miejscowości do 50 000 mieszkańców minimalna odległość od już istniejącej apteki wynosi 250 m (liczona jako najkrótsza droga pieszo), zaś minimalna liczba ludności przypadająca na aptekę wynosi 4500 mieszkańców. Dla miast powyżej 50 000 mieszkańców kryterium geograficzne to 300 m, a demograficzne 4000 mieszkańców. Kryteria powyższe są podstawą do oceny, czy istnieje konieczność otwarcia na danym terenie nowej apteki. Ministerstwo Zdrowia dokonuje jej cyklicznie co sześć miesięcy i w oparciu o jej wyniki ogłasza przetargi na udzielenie licencji.

W konsekwencji zmian prawnych prywatni przedsiębiorcy zostali zmuszeni do odsprzedaży udziałów w aptekach po znacznie zaniżonych cenach. Nowe przepisy, jak również negatywne skutki ich wejścia w życie są przedmiotem licznych postępowań przed sądami krajowymi i organami międzynarodowymi. Wprowadzone regulacje zostały zaskarżone do węgierskiego sądu konstytucyjnego przez węgierskie stowarzyszenie aptek sieciowych HGYSZ, które zarzuciło naruszenie prawa własności. Skargę odrzucono w 2012 r. bez rozpoznania co do istoty sprawy jako niedopuszczalną z uwagi na brak legitymacji do jej wniesienia. Działania państwa węgierskiego polegające na przymuszeniu prywatnych przedsiębiorców do wyzbycia się udziałów w spółkach prowadzących apteki bez odszkodowania były też przedmiotem skarg indywidualnych do Europejskiego Trybunału Praw Człowieka. Do tej pory nie doszło do merytorycznego rozpoznania żadnej z nich. Dwie zostały uznane za niedopuszczalne z uwagi na wniesienie ich po terminie.

Przepisy dotyczące sposobu wprowadzenia ograniczeń własnościowych są ponadto przedmiotem postępowania w sprawie naruszenia prawa unijnego wszczętego w 2014 r. przez Komisję Europejską. Bada ona ewentualne naruszenie swobody przedsiębiorczości i przepływu kapitału. Obecnie sprawa znajduje się na etapie przedprocesowym, Komisja wezwała Węgry do zajęcia oficjalnego stanowiska w kwestii domniemanego naruszenia art. 49 i 63 traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (dot. swobody przedsiębiorczości i swobody przepływu kapitału).

¹ Sprawozdanie Kancelarii Zgromadzenia Narodowego Węgier nr B/1764 o aptekach ogólnodostępnych z 27 października 2014 r.

2.3. Przykład zmian na rynku w Norwegii

Reformy wprowadzone w 2001 r. sprawiły, że norweski rynek apteczny jest obecnie najbardziej otwarty w całej Europie. Z badania skutków zmian przeprowadzonego w 2004 r. na zlecenie rządu norweskiego wynika, że cele nowej ustawy o aptekach w większości zostały osiągnięte. Norwegowie postrzegają liberalizację przepisów własnościowych jako sukces. Deregulacja została poparta przez wszystkie partie polityczne w parlamencie, a wnioski są takie, że jakość obsługi pacjentów w aptekach jest po reformie dużo wyższa niż wcześniej. Większa konkurencyjność w handlu aptecznym spowodowała także, iż apteki stały się bardziej dostępne. Jest to szczególnie ważne w kraju, którego geografia bardzo niekorzystnie wpływa na efektywność logistyczną: Norwegię cechuje duża rozciągłość terytorium poprzecinanego pasmami górskimi i fiordami (odległość drogą lądową pomiędzy najodleglejszymi punktami to ponad 2800 km) oraz niska gęstość zaludnienia (blisko 10 razy mniejsza niż w Polsce lub UE).

Zasady działania aptek reguluje tam prawo o aptekach z 2000 r., które weszło w życie w 2001 r. Koncesje wydaje agencja ds. produktów medycznych. Własność apteki oraz prowadzenie apteki wymagają osobnych koncesji. Nowe przepisy gruntownie zmieniły funkcjonowanie rynku. Odstąpiono od wcześniejszych restrykcyjnych uregulowań własnościowych, demograficznych i geograficznych oraz zrezygnowano z pięcioletnich planów ustalających politykę dotyczącą aptek.

Wyeliminowane zostały również ograniczenia własnościowe o charakterze podmiotowym i przedmiotowym (poza ogólnymi ograniczeniami wynikającymi z prawa konkurencji). Właścicielami aptek mogą być zarówno farmaceuci, jak i niefarmaceuci, pod warunkiem uzyskania koncesji. W tym drugim przypadku wymogiem jest zatrudnienie farmaceuty na stanowisku kierownika apteki i dokonywanie sprzedaży wyłącznie przez wykwalifikowany personel farmaceutyczny.

Brak jest regulacji, które ograniczałyby formę prowadzenia działalności aptecznej. Gdy nie ma możliwości prowadzenia apteki przez farmaceutę (szczególnie na słabo zaludnionych terenach wiejskich), dopuszcza się prowadzenie – pod nadzorem apteki głównej – oddziału apteki, w którym czynności, jako kierownik apteki, wykonuje osoba posiadająca licencjat z farmacji.

Integracja pionowa między hurtowniami farmaceutycznymi a aptekami jest w pełni dopuszczalna i praktykowana. Każda koncesjonowana apteka może mieć do trzech filii. Prawa wynikające z koncesji nie mogą być przedmiotem obrotu, może jednak zostać wydana nowa decyzja na rzecz podmiotu, który jest następcą prawnym.

Wprowadzona reforma została pozytywnie oceniona przez większość społeczeństwa. Początkowo w Norwegii istniały 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 główny strumień przychodów aptek w dalszym ciągu stanowi sprzedaż leków na receptę – 52% w 2015 r.²

2.4. Wpływ modelu regulacyjnego na konsumentów i pacjentów

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 zarówno dla płatnika publicznego, jak 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.

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 aptek³. 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 z innymi krajami europejskimi poziomy marż aptek i – w większości przypadków – cen leków⁴.

Istnienie efektywnego, niskokosztowego, propacjenckiego 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.

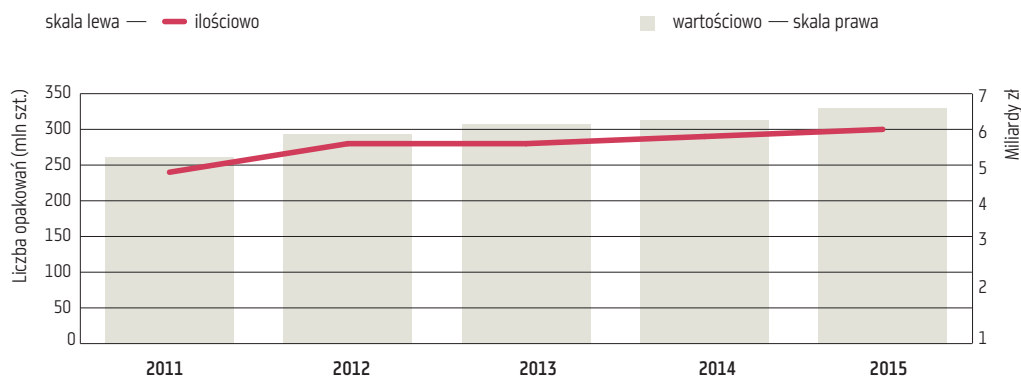
² Pharmacies and pharmaceuticals in Norway 2014; Apotekforeningen; 2015 r.

³ Competition issues in the distribution of pharmaceuticals; OECD; marzec 2014 r.

⁴ The medicines market in Norway – prices and regulations; Apotekforeningen; sierpień 2008 r.

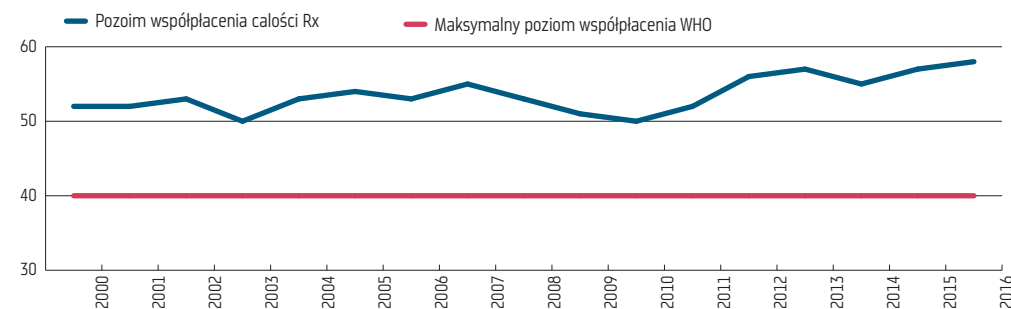
W przypadku leków Rx (tylko na receptę), mających największe znaczenie dla farmakoterapii, udział współpłacenia pacjentów w Polsce systematycznie rośnie. Jednym z kluczowych powodów takiej sytuacji jest rosnąca wartość rynku leków Rx pełnopłatnych, zarówno w ujęciu ilościowym, jak i wartościowym.

WYKRES 1. RYNEK LEKÓW NA RECEPTĘ (Rx) PEŁNOPŁATNYCH



Według danych Światowej Organizacji Zdrowia, jeśli poziom współpłacenia pacjentów za leki przekracza 40%, zaczyna to powodować poważne skutki dla zdrowia publicznego⁵ – pacjenci nie wykupują leków, zmniejszają ich dawki, rezygnują z terapii. Według danych TNS 32% seniorów w Polsce zdarzyło się nie wykupić recept z przyczyn finansowych⁶. Wysokie współpłacenie ogranicza bowiem dostępność ekonomiczną farmakoterapii, zwłaszcza w tych grupach, które częściej niż inne korzystają z aptek: seniorów, przewlekle chorych czy rodzin wielodzietnych. Chęć choćby częściowego rozwiązania tego problemu była podstawą programu bezpłatnych leków dla seniorów, wprowadzanego przez obecny rząd od września tego roku.

WYKRES 2. POZIOM WSPÓŁPŁACENIA PRZEZ PACJENTÓW LEKÓW NA RECEPTĘ (Rx) (PROC)



ŹRÓDŁO: PHARMAEXPERT

Obecny rozwój ekonomiczny Polski nie pozwala na pełne, porównywalne z najwyżej rozwiniętymi krajami świata (np. współpłacenie w Niemczech – 10%, Hiszpania – leki na receptę bezpłatne)⁷, zaspokojeni potrzeb obywateli związanych z refundacją leków. Z tego powodu zarówno w interesie państwa, jak i pacjentów leży istnienie konkurencyjnego, efektywnego rynku farmaceutycznego obniżającego koszty farmakoterapii.

⁵ Polacy płacą za leki najwięcej w Europie...; www.wpolityce.pl; sierpień 2013 r., <http://wpolityce.pl/polityka/164419-polacy-placa-za-leki-najwiecej-w-europie-wedlug-standarow-swiatowej-organizacji-zdrowia-who-mamy-powazne-ograniczenia-dla-chorych-w-dostepie-do-lekow>.

⁶ Dane na podstawie badania TNS dla Programu 60+; wrzesień – październik 2012 r.,

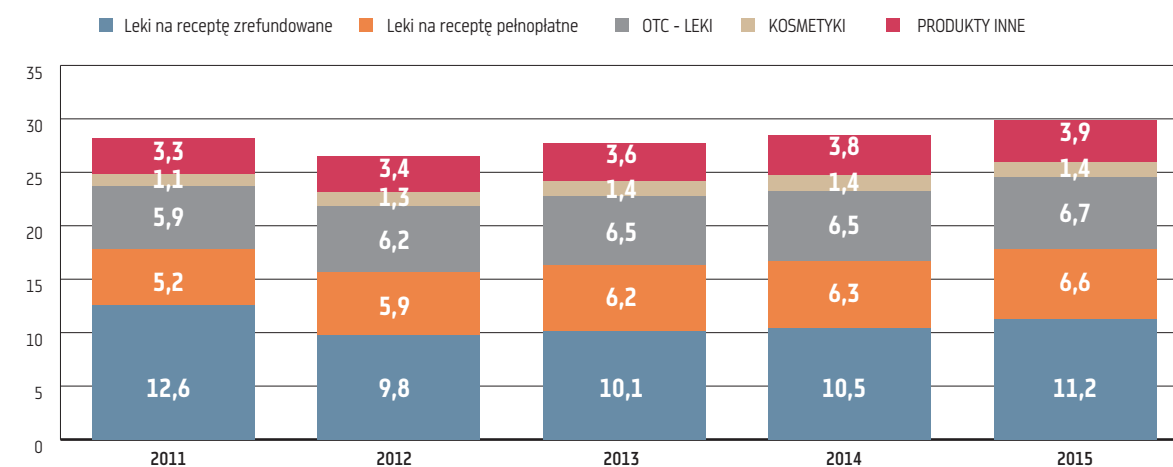
⁷ Polacy płacą za leki najwięcej w Europie...; www.wpolityce.pl; sierpień 2013 r., <http://wpolityce.pl/polityka/164419-polacy-placa-za-leki-najwiecej-w-europie-wedlug-standarow-swiatowej-organizacji-zdrowia-who-mamy-powazne-ograniczenia-dla-chorych-w-dostepie-do-lekow>

3. Rynek sprzedaży aptecznej w Polsce

3.1. Informacja o rynku sprzedaży aptecznej

Wartość rynku sprzedaży aptecznej w Polsce wynosi 30 mld zł rocznie i rośnie od ponad 20 lat. Ponad połowę (60%) stanowi sprzedaż leków na receptę (Rx): refundowanych (Rx refundowane – 38%) oraz nierefundowanych (Rx nierefundowane 22%). W ostatnim okresie najszybciej jednak rozwija się sprzedaż w kategoriach związanych z samoleczeniem i jakością życia, m.in. leków OTC, produktów dietetycznych i dermokosmetyków, które tworzą 40% 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% łącznej sprzedaży. Mimo to są promowane w dużo większym stopniu, niż wynika z ich znaczenia w sprzedaży.

WYKRES 3. POLSKI RYNEK SPRZEDAŻY APTECZNEJ W LATACH 2011-2015
(MLD ZŁ)



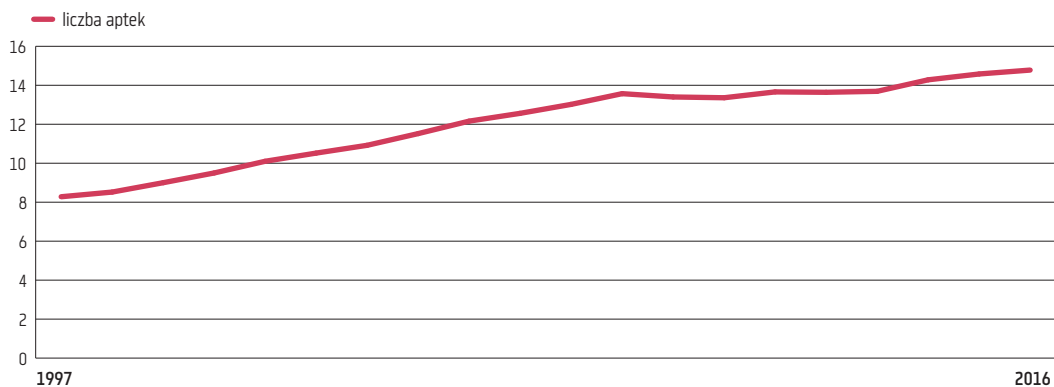
ŹRÓDŁO: PHARMAEXPERT

3.2. Rynek dystrybucji detalicznej – pozycja aptek indywidualnych i sieciowych

W Polsce działa ponad 14 780 aptek i punktów aptecznych. Ich liczba nieustannie się zwiększa od początku transformacji ustrojowej⁸. Ma to związek między innymi z:

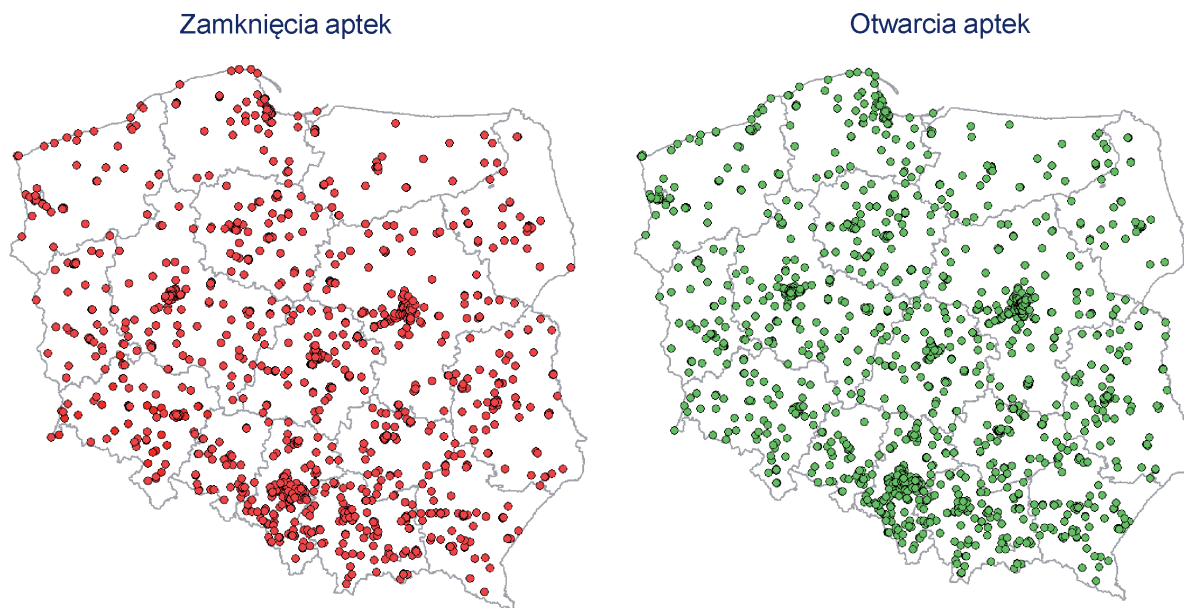
- rozwojem rynku farmaceutycznego – pojawiają się nowe leki i wyroby medyczne pozwalające na leczenie jednostek chorobowych, wobec których do niedawna medycyna była bezradna,
- rozwojem miast i wsi – powstają nowe miejsca, gdzie w naturalny sposób pojawia się potrzeba otwierania kolejnych aptek, np. w nowych centrach handlowych czy osiedlach mieszkaniowych,
- wzrostem dbałości Polaków o zdrowie,
- demografią – starzeniem się społeczeństwa w wyniku wydłużenia życia, co przekłada się na konieczność zażywania większej ilości leków.

⁸ Trends on Polish Pharmaceutical Market, PharmaExpert, Warszawa, kwiecień 2016 r.

WYKRES 4. ZMIANA LICZBY APTEK W LATACH 1997-2016
(TYS.)

ŹRÓDŁO: PHARMAEXPERT

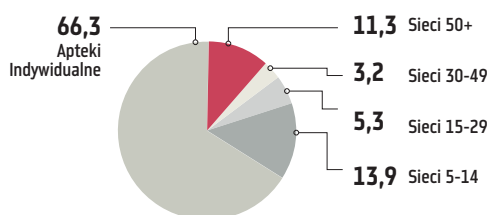
Polski rynek apteczny jest niezwykle płynny – w miejsce zamykanych placówek pojawiają się apteki lepiej odpowiadające na potrzeby klientów i pacjentów. To naturalny proces na każdym rynku detalicznym, wynikający ze zmian oczekiwań konsumenckich, geografii ruchu ulicznego czy modelu dystrybucji.

WYKRES 5. ZMIANA LICZBY (ZAMKNIĘCIA I OTWARCIA) APTEK W POLSCE W 2014

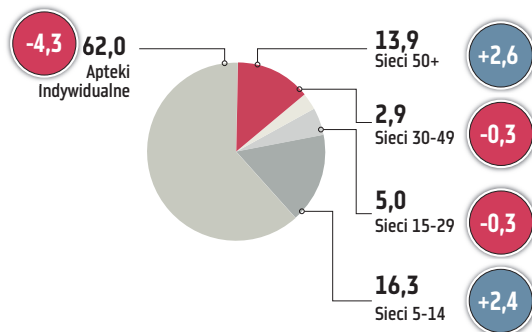
ŹRÓDŁO: IMS HEALTH

WYKRES 6. RYNEK APTEK W POLSCE Z PODZIAŁEM NA WIELKOŚĆ FIRM

STRUKTURA SEGMENTÓW SIECI APTEK 2015.04
(PROC.)



STRUKTURA SEGMENTÓW SIECI APTEK 2016.04
(PROC.)



ŹRÓDŁO: IMS HEALTH

W ciągu ostatniego roku (kwiecień 2015-kwiecień 2016) 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 aptek⁹.

Liczba sieci aptecznych i aptek w sieciach rośnie oddolnie. Polscy przedsiębiorcy, szukając efektu skali, dokupują kolejne placówki. Kiedy mają ponad pięć aptek (sieci apteczne to firmy liczące od pięciu aptek wzwyż), wchodzi do grupy aptek sieciowych. Najczęściej powiększają swoje firmy, przejmując upadające apteki indywidualne; dla ich dotychczasowych właścicieli to szansa ucieczki przed długami i bankructwem.

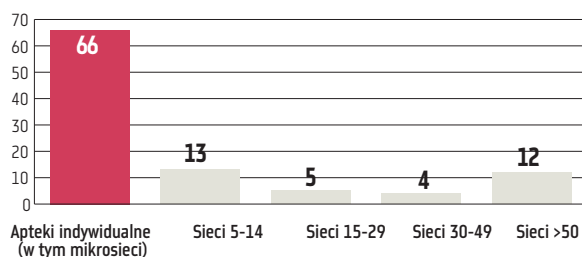
Tendencja do usieciowienia jest efektem decyzji regulacyjnych z ostatnich lat, których celem było m.in. racjonalizowanie i ograniczanie wydatków publicznych na refundację leków: marże apteczne na leki refundowane (a więc pokrywane przez państwo) systematycznie spadają w ciągu ostatnich lat (z 20% w 2011 r. do 17,9% w 2015 r.), tak jak udział refundacji w całkowitej marży uzyskiwanej przez apteki (z 36% w 2011 r. do 28% w 2015 r.)¹⁰. Na ekonomiczną sytuację apteki wpływają więc coraz bardziej produkty o cenach wolnorynkowych. Stąd coraz większe znaczenie zdolności menedżerskich ich właścicieli, umiejętności uzyskiwania lepszych warunków handlowych, które wypływają właśnie z efektu skali, oddziałując na konsolidację rynku. Grupa zawsze ma lepszą pozycję negocjacyjną i większy potencjał niż pojedyncza placówka. Apteki łączą się więc funkcjonalnie, operacyjnie i właścicielsko, aby oferować lepsze usługi w niższej cenie.

Trend do usieciowienia rynku w różnych formach (m.in. połączenia kapitałowe, grupy zakupowe, sieci wirtualne, programy partnerskie) trwa w Polsce od ponad 10 lat, a uległ przyspieszeniu po 2012 r., kiedy weszły w życie nowe regulacje rynku aptecznego, skutkujące pogorszeniem warunków ekonomicznych prowadzenia aptek. Jednocześnie rosnące współpłacenie zmusza pacjentów do poszukiwania tańszych leków, co premiuje placówki o wyższej efektywności i lepszym poziomie zarządzania.

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

WYKRES 7. STRUKTURA RYNKU APTECZNEGO W POLSCE

RYNEK APTEK W POLSCE 2015
(PROC.)



ŹRÓDŁO: IMS HEALTH






⁹ Zmiany w dystrybucji. Ewolucja sieci aptecznych oraz sieci wirtualnych; IMS Health, maj 2016 r.

¹⁰ Według danych firmy PharmaExpert.

Na polskim rynku działa ponad 390 sieci aptecznych posiadających pięć i więcej aptek. To 38% wszystkich placówek funkcjonujących na rynku. Tylko 16 sieci składa się z 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 odbywał się w latach 2002–2011. Cefarmy były państwowymi przedsiębiorstwami prowadzącymi 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.

TABELA 1. LISTA SIECI APTECZNYCH Z UDZIAŁEM KAPITAŁU ZAGRANICZNEGO

Lp.	Nazwa sieci	Liczba aptek	Kraj pochodzenia
1.	Dr. Max	360	
2.	EuroApteka	77	
3.	SuperPharm	64	
4.	Hebe Apteka	47	
5.	Apteka Gemini	46	

ŹRÓDŁO: IMS HEALTH

Łącznie do sieci z udziałem kapitału zagranicznego należy 594 spośród 14 780 aptek, czyli 4% polskiego rynku.

Każda z ok. 390 sieci aptecznych jest firmą mającą odrębnych właścicieli, swoją politykę cenową i własne plany oraz strategie konkurencji 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 mają ok. 3% i 2%. Pozostałe sieci apteczne posiadają mniej niż 1%.

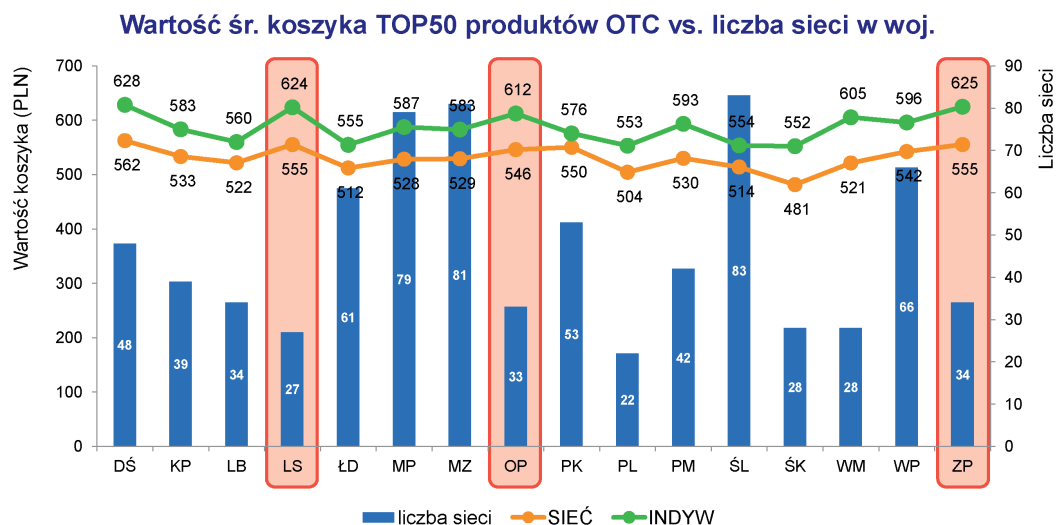
3.3. Obrót hurtowy

Obrót hurtowy produktami farmaceutycznymi w Polsce jest bardziej skonsolidowany niż detaliczny – trzy główne podmioty posiadają ponad 70% rynku. Koncentracja na rynku producentkim, w zależności od grupy produktowej, dochodzi do 25%. Taka rozbieżność powoduje dysproporcje w kontaktach handlowych i uniemożliwia aptekom realną presję na obniżanie cen przez dostawców, którzy od lat korzystają z rozdrobnienia rynku. Największe hurtownie i producenci dyktują warunki handlowe dzięki programom partnerskim i marketingowym: premiuje farmaceutów za sprzedaż określonego asortymentu w określonej ilości oraz uzależniają dostępność leków i ich ceny od wielkości sprzedaży. Największy dystrybutor w kraju, kontrolujący jedną trzecią rynku hurtowego, skupia w ramach programów partnerskich i marketingowych ponad 6500 aptek stanowiących 44% rynku detalicznego¹¹.

Rozwój sieci aptecznych stał się czynnikiem wywierającym realną presję cenową na hurtownie i producentów, która skutkowałą obniżką cen leków nierefundowanych dla pacjentów. Analiza liczby aptek i kosztów koszyka leków OTC w poszczególnych województwach prowadzi do wniosku, że ceny są wyższe tam, gdzie jest mniejsza liczba sieci aptek.

¹¹ Programy partnerskie Neuca skupiają już ponad 6500 aptek; Rynek Aptek; sierpień 2016 r., <http://www.rynekapteki.pl/marketing-i-zarzadzanie/programy-partnerskie-neuca-skupiaja-juz-ponad-6500-apteki,15422.html>.

WYKRES 8. WARTOŚĆ KOSZYKA OTC vs. LICZBA SIECI W DANYM WOJEWÓDZTWIE

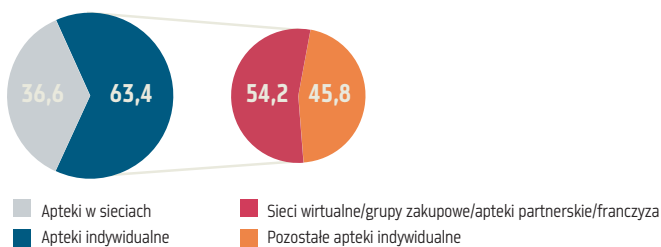


ŹRÓDŁO: IMS HEALTH

Na drogę konsolidacji wkroczyły także apteki indywidualne. Większość spośród 66% aptek działających jako placówki niezależne tworzy różnego rodzaju sieci wirtualne, czyli powiązania funkcjonalne i operacyjne bez powiązań kapitałowych. Budują także grupy zakupowe, liczące po kilkadziesiąt, a nawet kilkaset aptek i uzyskują warunki handlowe i cenowe typowe dla aptek sieciowych. Wiele sieci wirtualnych tworzonych jest również przez hurtownie farmaceutyczne - skupiają nawet po kilka tysięcy aptek.

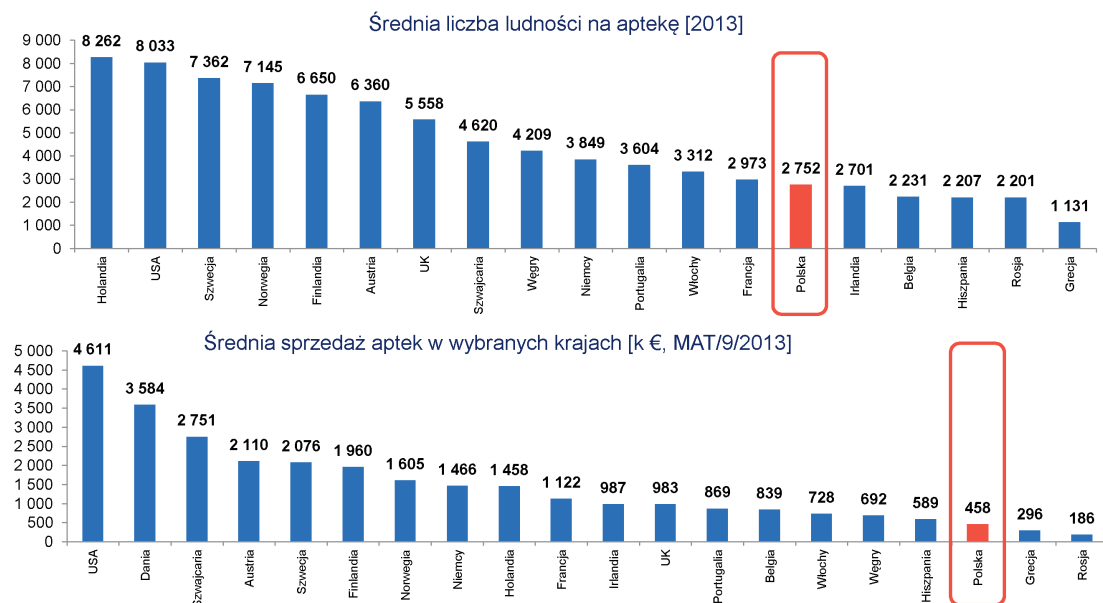
W związku z powyższym podział aptek na sieciowe i indywidualne jest od dawna nieaktualny. Większość placówek w Polsce funkcjonuje w sieciach dwojako rodzaju: widocznych dla konsumentów sieciach rzeczywistych oraz sieciach wirtualnych czy grupach zakupowych o różnym poziomie integracji, w których własność aptek jest rozproszona, jednak zarządzanie nią pozostaje w rękach większej, profesjonalnej organizacji określającej warunki i sposób jej działania.

WYKRES 9. SIECI WIRTUALNE I GRUPY ZAKUPOWE APTEK W POLSCE W 2015 (PROC.)



ŹRÓDŁO: IMS HEALTH

Na tle innych krajów europejskich polski rynek wyróżnia się dużo większą liczbą aptek dostępnych dla konsumentów. Dzięki temu pacjenci, szczególnie w miastach, mają ułatwiony dostęp do nich. Apteki jednak notują skutek tego sprzedaż istotnie niższą w stosunku do innych państw.

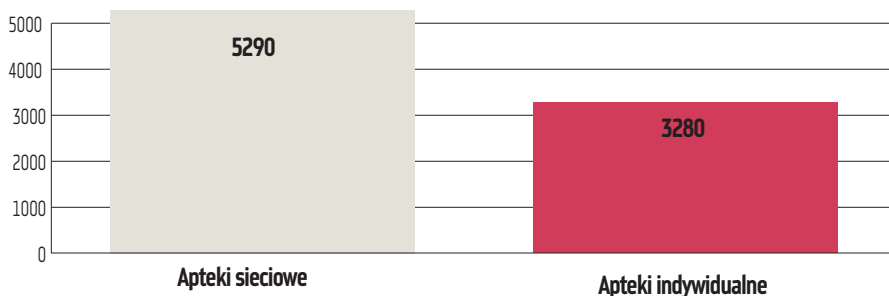
WYKRES 10. RYNEK APTEK W POLSCE ORAZ INNYCH KRAJACH

ŹRÓDŁO: IMS HEALTH

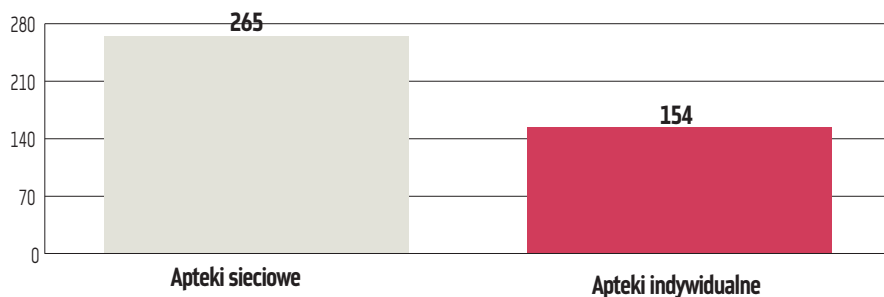
3.4. Apteki indywidualne i sieciowe – najważniejsze różnice

Statystyczna apteka sieciowa generuje wyższy obrót niż statystyczna apteka indywidualna. Ma też więcej pacjentów i klientów. Według danych firmy 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.

Czynnikami, które przyciągają pacjentów i klientów do aptek bez względu na ich formę własności i organizacji są: lokalizacja, bogactwo asortymentu, dostępność leków, poziom cen, poziom obsługi, standard lokalu (nowoczesne meble, estetyczna i przemyślana ekspozycja, strefa samoobsługowa). Polacy chcą kupować w aptecę tanio i w najwyższych standardach.

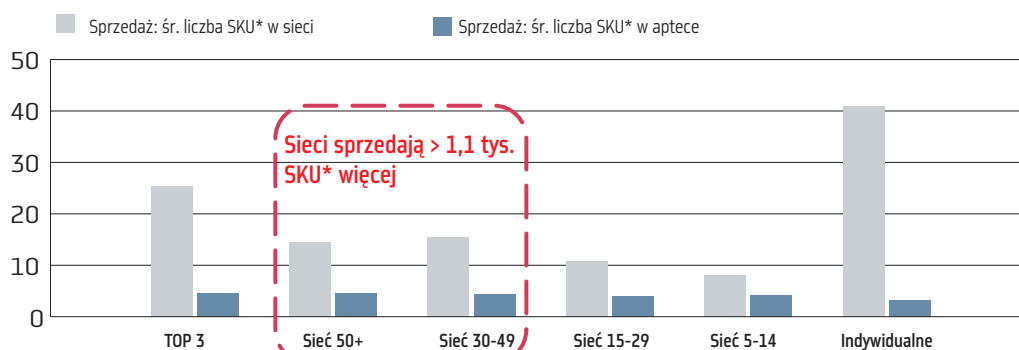
WYKRES 11. LICZBA PACJENTÓW ODWIEDZAJĄCYCH APTEKI MIESIĘCZNIE W 2016

ŹRÓDŁO: PHARMAEXPERT

WYKRES 12. ŚREDNI MIESIĘCZNY OBRÓT
(TYS. ZŁ)

ŹRÓDŁO: PHARMAEXPERT

W aptekach sieciowych klient ma możliwość zakupu większej ilości leków i innych produktów, których średnio jest o 30% więcej niż w przeciętnej aptece indywidualnej. Wpływa to na ilość sprzedawanych wyrobów – w placówkach sieciowych jest ona nawet o dwie trzecie wyższa niż w indywidualnych.

WYKRES 13. LICZBA PRODUKTÓW SPRZEDAWANYCH W APTECE SIECIOWEJ I INDYWIDUALNEJ
(TYS.)

* SKU – jednostki asortymentowe

ŹRÓDŁO: IMS HEALTH

W aptekach sieciowych niższe są ceny leków Rx nier refundowanych i OTC (ceny leków Rx refundowanych są ustalane urzędowo). Analiza 30 najpopularniejszych i generujących największy obrót w aptekach (a jednocześnie najwyższe koszty dla pacjentów) leków OTC wykazała, iż ceny w aptekach sieciowych są o 9-12% niższe niż w aptekach indywidualnych¹². 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.

TABELA 2. RÓŻNICE CEN LEKÓW OTC POMIĘDZY APTEKAMI

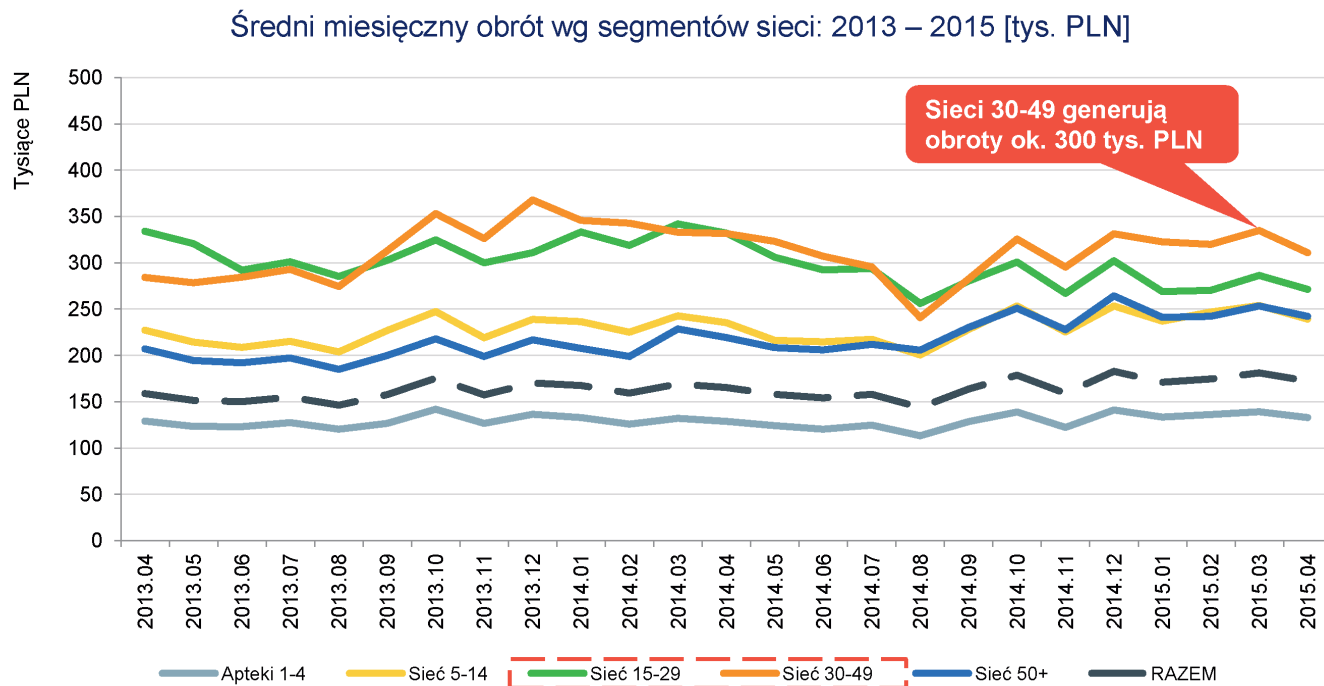
	Indywidualne	Sieci 5-14	Sieci 15-29	Sieci 30-49	Sieci 50+
Poziom cen OTC	100%	90%	90%	88%	91%
Różnica do średniego poziomu cen aptek indywidualnych	0%	-10%	-10%	-12%	-9%

ŹRÓDŁO: OPRACOWANIE WŁASNE NA PODSTAWIE IMS HEALTH

¹² Trends on Polish Pharmaceutical Market, PharmaExpert, Warszawa, kwiecień 2016 r.

Analiza poziomów sprzedaży sieci również wskazuje na większe wartości w sieciach średniej wielkości niż w największych podmiotach. To świadczy o powiązaniu obu tych parametrów oraz o tym, że konsumenci preferują apteki z konkurencyjnymi cenami. Należy też odnotować niską lojalność pacjentów, którzy nie przywiązują się do marki apteki. Wy tłumaczeniem tego zjawiska może być wysoki poziom bezpieczeństwa, jednakowy dla wszystkich aptek i gwarantowany przez nadzór odpowiednich instytucji państwowych. Konsumenci w takich okolicznościach biorą pod uwagę inne kryteria: ceny, odległość apteki od domu, godziny jej otwarcia itp.

WYKRES 14. OBRÓT APTEK INDYWIDUALNYCH ORAZ SIECI APTECZNYCH RÓŻNYCH WIELKOŚCI



ŹRÓDŁO: IMS HEALTH

3.5. Istota rynków lokalnych

Obecne przepisy definiują rynek farmaceutyczny w skali województwa. Trudno znaleźć dla takiego podejścia uzasadnienie inne niż administracyjne. Jest ono bardzo odległe od realiów. Zagadnieniem tym zajął się w 2015 r. Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, podejmując analizę odpowiednich przepisów prawnych regulujących rynek aptek w wybranych krajach Unii Europejskiej w kontekście struktury rynku detalicznej sprzedaży produktów farmaceutycznych przez przedsiębiorców prowadzących apteki ogólnodostępne i punkty apteczne na obszarze województwa kujawsko-pomorskiego.

Z raportu UOKiK jednoznacznie wynika, że rynek sprzedaży aptecznej ma wymiar lokalny. Podstawą do analiz wszelkich procesów rynkowych jest dla tej instytucji obszar o promieniu 1 km wokół placówki aptecznej, a nie rynek całego kraju czy województwa. Przedsiębiorcy apteczni konkurują ze sobą na niewielkich obszarach; sposób delimitacji rynku sprzedaży detalicznej produktów farmaceutycznych w ujęciu geograficznym (analogicznie jak w przypadku rynku sprzedaży detalicznej artykułów konsumpcyjnych codziennego użytku realizowanej przez sklepy tradycyjne) ma wymiar lokalny i ogranicza się – odmiennie niż w przypadku kryterium wskazanego w prawie farmaceutycznym – do obszarów wyznaczonych promieniem ok. 1 km od punktu centralnego lokalizacji placówek¹⁵. W celu określenia takiego zasięgu poszczególnych rynków posłużono się danymi wskazującymi, iż niemal 2/3 konsumentów dokonuje zakupów w aptece, do której dociera pieszo – średni czas dojścia wynosi wówczas pięć minut. Analiza zachowań konsumentów wskazuje ponadto, iż przy wyborze apteki przeważająca część pacjentów kieruje się przede wszystkim odległością od miejsca zamieszkania, pracy lub przychodni zdrowia.

Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów potwierdza zatem to, na co wskazywał już w 2008 r., gdy podejmowano nieudaną (projekt ostatecznie został odrzucony) próbę wprowadzenia do polskiego prawa zakazu posiadania więcej niż 1% aptek w wojewódz-

¹⁵ Streszczenie raportu dotyczącego detalicznej sprzedaży leków; Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów; maj 2015 r.

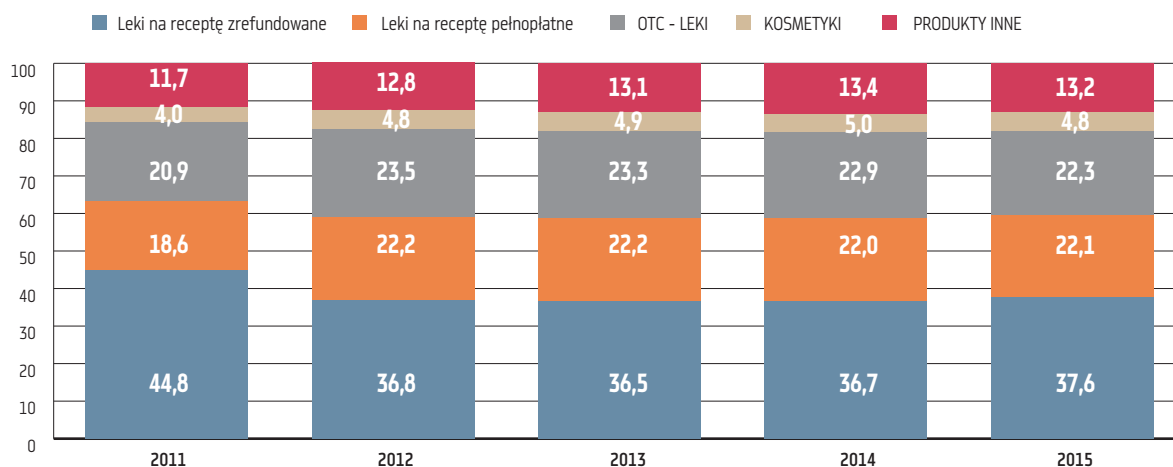
twie. Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów podkreślił wówczas, że konkurencja pomiędzy aptekami nie odbywa się na szczeblu kraju czy województwa, lecz na dużo mniejszych rynkach lokalnych¹⁴.

3.6. Zmiany na rynku dystrybucji farmaceutycznej oraz zmiany zachowań klientów

Na rynku dystrybucji farmaceutycznej, tak jak na innych rynkach dystrybucji detalicznej, następują szybkie zmiany zachowań klientów. Niektórzy właściciele aptek już ponad 10 lat temu zauważali zmianę potrzeb klientów i pacjentów (niskie ceny leków, wysoki poziom usług), dostosowując do nich nowy standard apteki, który lepiej niż tradycyjny odpowiadał na rosnące potrzeby. Katalizatorem zmian były placówki sieciowe, które przeniosły do Polski trendy światowe. Od pewnego czasu widać wyraźną tendencję do zmniejszania się różnic w standardzie, obrotach i liczbie pacjentów między aptekami sieciowymi i niesieciowymi. Apteki indywidualne, które dostosowały się do nowoczesnego formatu, będącego jeszcze niedawno domeną aptek sieciowych, z powodzeniem z nimi konkurują.

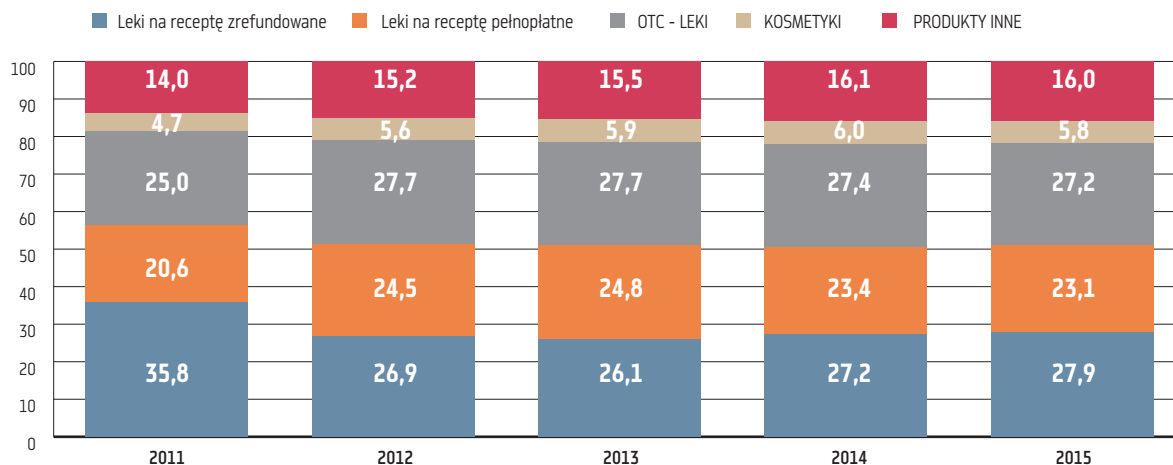
Zmiany zachodzą również w strukturze udziałów poszczególnych kategorii produktowych w obrotach i marżach aptek. Coraz większe znaczenie w sprzedaży i marży uzyskują wyroby wolnorynkowe, takie jak leki OTC, kosmetyki czy wyroby medyczne, dostępne także w innych kanałach dystrybucji detalicznej. Mają one zdecydowanie wyższą marżę niż leki na receptę, które jednocześnie tracą udział w wolumenie sprzedaży. Sytuacja ta znacząco wpływa na bilans aptek, a więc na model biznesowy placówki aptecznej.

WYKRES 15. UDZIAŁY WARTOŚCIOWE POSZCZEGÓLNYCH KATEGORII PRODUKTÓW W SPRZEDAŻY APTEKI (PROC.)



ŹRÓDŁO: PHARMAEXPERT

WYKRES 16. UDZIAŁ POSZCZEGÓLNYCH KATEGORII PRODUKTÓW W MARŻY APTECZNEJ ROCZNIE (PROC.)



ŹRÓDŁO: PHARMAEXPERT

¹⁴ Raport z badania rynku hurtowego obrotu lekami w Polsce; Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów; grudzień 2006 r.

Apteka w tradycyjnym modelu zakładającym, że jest ona przede wszystkim miejscem realizacji recept, może w takich warunkach nie przetrwać. W sytuacji, gdy połowa marży (49%) realizowana jest na produktach niebędących lekami na receptę i dostępnych w innych kanałach dystrybucji bez żadnych ograniczeń, przy czym ich dystrybutorzy nie podlegają takim ograniczeniom jak apteki w zakresie komunikacji marketingowej, coraz większym zagrożeniem konkurencyjnym dla aptek stają się właśnie inne kanały dystrybucji. Bardzo często są to wielkie międzynarodowe sieci handlowe, które mogą w pełni korzystać z efektów skali oraz używać całego dostępnego wachlarza działań marketingowych – od reklam poczynając, a na programach lojalnościowych kończąc. W takiej rzeczywistości rynkowej indywidualne podmioty apteczne mogą podzielić los tysięcy sklepów spożywczych, które samodzielnie nie były w stanie stawić czoła wielkim międzynarodowym koncernom. Sieci drogerijne lub sieci sklepów convenience mogą oferować te same produkty, na których apteki realizują ponad połowę swoich zysków, bez uciążliwych restrykcji w zakresie reklamy, własności i standardów bezpieczeństwa obowiązujących na rynku farmaceutycznym.

Apteki, które w XIX i na początku XX w. były miejscem przygotowywania leków, dzisiaj są punktami dystrybucji w większości standardowych i zapakowanych produktów. Zmagają się nie tylko z konkurencją na rynku sprzedaży leków OTC, kosmetyków czy wyrobów medycznych, dostępnych w sieciach sklepów spożywczych, drogeriach, na stacjach benzynowych czy w kioskach, ale również z globalnymi trendami w zakresie ograniczania dystrybucji leków specjalnych (bardzo drogie terapie), które coraz częściej trafiają do pacjentów wyspecjalizowanymi kanałami. Te zmiany mocno wpływają na sprzedaż aptek oraz poziom ich marż.

W związku z powyższym w wielu państwach wprowadzono programy zdrowotne i świadczenie usług dodatkowych przez apteki. Działania te podwyższają wyniki ekonomiczne aptek, generują dodatkowy ruch konsumentów oraz, co chyba najważniejsze, poprawiają stan zdrowia wielu pacjentów, odciążając przy tym służbę zdrowia. Świadczenie dodatkowych usług przez farmaceutów daje również możliwość lepszego wykorzystania ich wysokich kwalifikacji, które powszechnie są niesłusznie sprowadzane do prostych czynności sprzedażowych. Wiąże się to z praktycznym zanikiem sprzedaży leków przygotowywanych specjalnie dla pacjentów. Takie produkty generują nie więcej niż kilka procent obrotów apteki, tworząc znaczne koszty utrzymania zasobów w gotowości. W takich realiach wydaje się sensowne ograniczenia wymogu przygotowywania takich leków do mniejszej liczby aptek. Sami farmaceuci uważają ten obowiązek za anachroniczny i bardzo kosztowny. Ta opinia znajduje potwierdzenie w wynikach badań prowadzonych wśród farmaceutów¹⁵.

Sekcja aptek ogólnodostępnych Międzynarodowej Federacji Farmaceutycznej przedstawiła w 2011 r. dokument dotyczący wizji praktyki farmaceutycznej do 2020 r. Zawarte są w nim m.in. przewidywania dotyczące kognitywnych usług farmaceutycznych, które powinny być świadczone dla pacjenta w aptece¹⁶.

Gwałtowny rozwój przemysłu farmaceutycznego oraz dostęp do ogromnej liczby leków gotowych spowodował, że od połowy ubiegłego wieku farmaceuci z aptek w krajach rozwijających przesunęli swoje zainteresowania z wytwarzania leków na zaspokajanie potrzeb lekowych pacjentów. Dało to początek idei opieki farmaceutycznej, która w praktyce odzwierciedla się w różnorodnych usługach kognitywnych świadczonych w aptekach. Mianem usług kognitywnych określa się profesjonalne usługi świadczone przez farmaceutów, którzy korzystają ze swojej wiedzy i umiejętności, aby aktywnie działać na rzecz pacjenta przez współpracę z nim oraz przedstawicielami innych zawodów medycznych. Standardem opieki powinno się stać kompleksowe zarządzanie farmakoterapią ustalaną indywidualnie dla każdego pacjenta. Jej celem jest upewnienie się, że każdy zlecony lek jest dla niego odpowiedni, bezpieczny, wskazany i skuteczny w jego chorobie oraz może być prawidłowo stosowany przez pacjenta. Świadczenie takich dodatkowych usług mogłoby obniżyć spożycie wielu leków OTC, które są dawkowane samodzielnie. Szacuje się, że 195 000 zgonów rocznie w Europie jest następstwem niewłaściwego zażywania lub nieprzyjmowania leków¹⁷.

4. Poziom regulacji i ograniczenia konkurencji na rynku dystrybucji farmaceutycznej w Polsce

4.1. Rola samorządu zawodowego

Istotnym elementem wpływu na rynek dystrybucji farmaceutycznej w Polsce jest samorząd aptekarski. Wykonuje on zadania przysługujące każdemu samorządowi zawodów zaufania publicznego: reprezentuje interesy zawodu i broni ich, troszczy się o zachowanie jego godności i niezależności, sprawuje pieczę i nadzór nad jego wykonywaniem. Prócz tego realizuje kompetencje umożliwiające mu kształtowanie rynku. Takimi uprawnieniami nie dysponują inne samorządy zawodów zaufania publicznego.

Jedną z realizowanych w ten sposób kompetencji (pomimo braku wyraźnej podstawy w ustawie) jest wystawianie zaświadczenia, czy dana osoba daje rękojmię należytego wykonywania funkcji kierownika apteki. Zaświadczenie to warunkuje zatrudnienie jej na wskazanym stanowisku i wpływa bezpośrednio na funkcjonowanie apteki, która nie może działać bez kierownika. Procedura potwierdzania takiej rękojmi jest wykonywana przez właściwe miejscowo okręgowe rady aptekarskie. Zgodnie z obowiązującą praktyką każda zmiana na stanowisku kierownika apteki wymaga wszczęcia i przeprowadzenia długotrwałego postępowania związanego z uzyskaniem zaświadczenia potwierdzającego uprawnienia do zarządzania placówką. Takie postępowanie jest konieczne, nawet jeśli funkcję obejmuje osoba, która jest albo była kierownikiem innej apteki. Proces wydania zaświadczenia dla nowego kierownika placówki nie jest określony limitami czasowymi, więc może trwać nawet kilka miesięcy.

¹⁵ Badanie opinii farmaceutów nt. receptury aptecznej; Omniconsumerinfo; 2014 r.,

¹⁶ Budowanie relacji z pacjentem w aptece ogólnodostępnej; dr hab. n. farm. Agnieszka Skowron; Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum; 2013 r.

¹⁷ The FIP Community Pharmacy Section – Vision 2020

Kolejną kompetencją umożliwiającą samorządowi aptekarskiemu wywieranie wpływu na kształt rynku jest wyrażanie opinii w sprawie wydania lub cofnięcia zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej. I w tej dziedzinie udział okręgowych izb aptekarskich jest raczej wynikiem utartej praktyki aniżeli wyraźnych podstaw ustawowych. Zwykle wygląda to tak, że wojewódzki inspektor farmaceutyczny (w przypadku aptek) oraz Główny Inspektor Farmaceutyczny (w przypadku hurtowni) w toku postępowania w sprawie udzielenia lub cofnięcia zezwolenia zwraca się do właściwej miejscowo okręgowej rady aptekarskiej z prośbą o wydanie opinii. W przepisach nie ma wyraźnego wskazania terminu, w jakim ma to nastąpić. Organy inspekcji farmaceutycznej stoją na stanowisku, że postępowanie administracyjne w sprawie udzielenia zezwolenia na prowadzenie apteki nie może się zakończyć bez uzyskania opinii okręgowej rady aptekarskiej. W efekcie to od okręgowej izby aptekarskiej zależy, kiedy przedsiębiorca, który złożył prawidłowy wniosek o otwarcie apteki, będzie mógł rozpocząć działalność gospodarczą.

Należy podkreślić, że samorzady innych zawodów medycznych lub zawodów zaufania publicznego nie mają podobnych możliwości wpływania na rynek.

Kompetencje samorządu lekarskiego nie przewidują wydawania dyskrecjonalnych opinii dotyczących podmiotów starających się o wpis do rejestru podmiotów leczniczych czy praktyk zawodowych lekarzy i lekarzy dentyistów. Samorząd lekarski nie ma też uprawnień do wystawiania zaświadczeń dotyczących rękopisów wykonywania zawodu lekarza związanej z objęciem określonego stanowiska czy funkcji w podmiotach leczniczych. Dysponuje on jedynie ograniczoną przedmiotowo sferą uprawnień dotyczących opiniowania kandydatów na stanowiska lub funkcje zajmowane przez lekarzy, przyznawaną na podstawie przepisów innych niż ustawa o izbach lekarskich. Nie dotyczy to jednak stanowisk w podmiotach leczniczych, lecz raczej funkcji publicznych. W tym zakresie można wymienić m.in. opiniowanie kandydata na konsultanta wojewódzkiego w ochronie zdrowia.

Samorząd pielęgniarów i położnych, podobnie jak lekarski, także nie ma uprawnień do wydawania dyskrecjonalnych opinii dotyczących podmiotów starających się o wpis do rejestru podmiotów leczniczych czy praktyk zawodowych pielęgniarów i położnych. Prowadzi on odpowiednie rejestry, natomiast działanie to – podobnie jak w przypadku samorządu lekarskiego – polega jedynie na weryfikacji ściśle ustalonych kryteriów ustawowych i ma charakter formalny, a nie merytoryczny.

Także w kompetencjach samorządu diagnostów laboratoryjnych nie można doszukać się uprawnień do wydawania wiążących opinii w zakresie prowadzenia medycznego laboratorium diagnostycznego. W odniesieniu do laboratoriów należy wymienić jedynie obowiązek samorządu, a dokładnie Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, prowadzenia ewidencji laboratoriów. Samorząd diagnostów laboratoryjnych nie ma uprawnień do wydawania zaświadczenia o rękopisach niezbędnej do zajmowania danego stanowiska czy wystawiania opinii w zakresie kandydatów na określone stanowiska lub funkcje w laboratoriach.

Samorząd adwokacki nie uczestniczy w procesie tworzenia podmiotu, w którym adwokaci wykonują swój zawód, w szczególności przez wydawanie wiążących opinii. Nie ma on również kompetencji do wydawania zaświadczenia o rękopisach niezbędnej do piastowania danego stanowiska lub wystawiania opinii w zakresie kandydatów na określone stanowiska czy funkcje w podmiotach świadczących usługi prawne.

Kompetencje samorządu radców prawnych w zakresie funkcjonowania podmiotów, w których radcowie prawni świadczą usługi prawne, są zbliżone do uprawnień samorządu adwokackiego. Samorząd radców prawnych nie uczestniczy w procesie tworzenia podmiotu, w którym radcowie prawni wykonują swój zawód, w szczególności nie wydaje wiążących opinii. Obowiązek zawiadomienia rady właściwej okręgowej izby radców prawnych o rozpoczęciu wykonywania zawodu i formach jego wykonywania, adresie i nazwie kancelarii lub spółki jest jedynie luźno związany z tworzeniem podmiotu, w ramach którego udzielane są usługi prawne. Samorząd nie ma kompetencji do wydawania zaświadczenia o rękopisach niezbędnej do zajmowania danego stanowiska czy wystawiania opinii dotyczących kandydatów na określone stanowiska lub funkcje w podmiotach świadczących usługi prawne.

Jedynym samorządem mającym uprawnienia częściowo podobne (aczkolwiek w praktyce węższe) do uprawnień samorządu aptekarskiego jest samorząd notarialny. Należy przy tym pamiętać, że notariusze są w istocie urzędnikami państwowymi. W przeciwieństwie jednak do regulacji dotyczących samorządu aptekarskiego ustawodawca ustanowił termin, w którym samorząd notarialny ma wydać swoją opinię. W przypadku jej niewyrażenia w terminie 60 dni od dnia otrzymania wniosku Ministra Sprawiedliwości przyjmuje się domniemanie wydania opinii pozytywnej. Tym samym, pomimo posiadania uprawnienia do wydawania opinii w sprawie powołania notariusza i wyznaczenia siedziby kancelarii, samorząd notarialny nie ma możliwości bezpodstawnego przedłużania procesu powołania notariusza. Dodatkowo do zakresu działania rady izby notarialnej należy opiniowanie wniosków w przedmiocie odwoływania notariuszy przez Ministra Sprawiedliwości.

Kompetencje samorządu aptekarskiego w zakresie bezpośredniego wpływania na funkcjonowanie apteki są nieporównywalnie większe niż uprawnienia pozostałych samorządów. Żaden inny samorząd zawodowy nie ma tak szerokich kompetencji związanych z powstawaniem lub zakończeniem prowadzenia działalności podmiotów, w ramach których członkowie samorządu zawodowego wykonują swój zawód. Szczególnie uprawnienie do wystawiania zaświadczeń, czy dana osoba daje rękojmię należytego wykonywania funkcji kierownika apteki, wydaje się niezrozumiałe, zwłaszcza że nie ma go żaden z pozostałych samorządów. Podobnie jest w przypadku opiniowania w przedmiocie udzielenia lub cofnięcia zezwolenia na prowadzenie działalności – poza samorządem notarialnym żaden inny samorząd nie ma tego typu kompetencji. Ale nawet samorząd notarialny nie może prowadzić działań mających na celu bezpodstawnie opóźnienie rozpoczęcia prowadzenia kancelarii notarialnej, gdyż wskazany został termin wydania opinii oraz wprowadzono domniemanie, że w przypadku jego upływu opinia jest pozytywna.

4.2. Ograniczenia konkurencji

Rynek dystrybucji farmaceutycznej w Polsce podlega wielu regulacjom. Najważniejsze z nich, najmocniej warunkujące jego funkcjonowanie i najsilniej wpływające na prowadzenie działalności oraz interes konsumentów, omówione są poniżej.

4.2.1. Zakaz reklamy

Całkowity zakaz reklamy aptek został wprowadzony w 2012 r. z inicjatywy samorządu aptekarskiego. Deklarowanym celem była eliminacja patologicznych działań marketingowych typu „leki za 1 grosz”. Jak się jednak okazało, w praktyce doprowadził on do zamknięcia wielu aptecznych programów o charakterze prozdrowotnym oraz do całkowitego wyeliminowania programów, w których apteki, rezygnując z części swojej marży, obniżały odpłatność za leki nierefundowane dla szczególnie wrażliwych grup pacjentów (seniorów, młodych matek, rodzin wielodzietnych, kombatanów, rencistów, inwalidów). Ofiarą zakazu reklamy aptek padła także idea wsparcia przez właścicieli aptek rządowego programu Karta Dużej Rodziny. Chęć włączenia się do niego i zaoferowania rodzinom wielodzietnym leków w niższych cenach była przez nich wyrażana wielokrotnie.

W rzeczywistości deklarowany cel – likwidacja leków za 1 grosz – został osiągnięty innym zapisem ustawy, dotyczącym sztywnych cen leków refundowanych. Zakaz reklamy natomiast w sposób niezamierzony odbił się na konkurencyjności aptek: nie mają one możliwości rywalizowania z innymi podmiotami na rynku dystrybucji detalicznej, m.in. drogeriami, sieciami sklepów spożywczych czy stacjami benzynowymi, które również mają w swojej ofercie preparaty OTC, kosmetyki czy środki higieniczne, ale nie są objęte antyreklamowymi przepisami. Niemożność dotarcia przez apteki do pacjentów z informacją o atrakcyjnej ofercie cenowej na te produkty powoduje, że ich sprzedaż coraz częściej przenosi się do placówek obrotu pozaaptecznego.

Polska jest jedynym krajem UE, który wprowadził całkowity zakaz reklamy aptek. W Komisji Europejskiej trwa badanie jego zgodności z prawem europejskim¹⁸.

TABELA 3. JAK JEST UREGULOWANA KWESTIA REKLAMY APTEK W INNYCH KRAJACH

Kraj	Regulacje dotyczące reklamy aptek kierowanej do publicznej wiadomości
Belgia	Brak zakazu. Podobnie jak w innych krajach reklama aptek powinna być zgodna z ogólnie przyjętymi kodeksami dobrych praktyk w zakresie reklamy.
Chorwacja	Brak zakazu. Dopuszcza się prowadzenie: akcji reklamowych związanych z dodatkową działalnością, np. w ramach akcji wspieranych przez niezależne organizacje, akcji związanych z otwarciem, wprowadzeniem zmian organizacyjnych lub akcji rocznicowych; dopuszcza się reklamę w czasopiśmie branżowych. Za reklamę nie uznaje się podania danych adresowych i kontaktowych oraz informacji o zmianach w tych danych.
Dania	Brak zakazu. Brak jakichkolwiek dodatkowych ograniczeń.
Finlandia	Brak zakazu. Obowiązują ogólne regulacje, których celem jest ochrona konsumenta. Celem reklamy usług aptecznych nie może być zwiększenie zużycia leków.
Francja	Brak zakazu. Prowadzona reklama nie może ograniczać wolności wyboru przez konsumenta miejsca świadczenia usług związanych z dyspensowaniem ani naruszać innych regulacji.
Hiszpania	Brak zakazu. Prowadzona reklama nie może ograniczać wolności wyboru przez konsumenta miejsca świadczenia usług związanych z dyspensowaniem ani naruszać innych regulacji.
Holandia	Brak zakazu. Reklama aptek powinna być prowadzona zgodnie z ogólnie przyjętymi kodeksami dobrych praktyk marketingowych oraz zasadami reklamy kierowanej do wiadomości publicznej.
Irlandia	Brak zakazu. Prowadzona reklama nie może ograniczać wolności wyboru przez konsumenta miejsca świadczenia usług związanych z dyspensowaniem ani naruszać innych regulacji.
Niemcy	Brak zakazu. Zapisy dotyczące reklamy działalności aptek ujęte w kodeksie etycznym zabraniają reklamy, która przedstawiałaby w sposób negatywny zawód farmaceutyczny. Aptekarze, reklamując swoje usługi, muszą pamiętać, że ich podstawowym zadaniem jest dostarczanie leków pacjentom.
Norwegia	Brak zakazu. Kodeks etyki farmaceutycznej wskazuje na konieczność reklamowania działalności aptek w sposób odpowiedni, rozsądny, oparty na faktach i wiarygodny. Aptekom nie wolno przedstawiać informacji o oferowanych cenach w sposób, który mógłby zachęcać do zwiększania zakupu leków.
Polska	Zakaz reklamy aptek i ich działalności, zgodnie z którym jedynie informacje adresowe i godziny otwarcia nie są traktowane jak reklama. Brak jasnych zapisów oznacza, że apteki nie mają możliwości informowania pacjentów o dodatkowych świadczonych przez nie usługach.
Rumunia	Brak zakazu. Nie ma wyraźnego rozróżnienia informacji o działalności z obszaru opieki farmaceutycznej i reklamy działalności aptek, tym samym dopuszcza się wprowadzanie elementów reklamowych np. w materiałach edukacyjnych dla pacjentów.
Słowacja	Brak zakazu. Nie ma żadnych specjalnych regulacji w tym zakresie.
Szwecja	Brak zakazu. Obowiązują ogólne regulacje, których celem jest ochrona konsumenta.
Węgry	Brak zakazu. Informacje o działaniach z obszaru opieki farmaceutycznej nie są traktowane jako reklama. Zabrania się prowadzenia działań zmierzających do zachęcenia pacjentów do zwiększenia zakupu leków refundowanych lub leków przepisanych przez lekarza. Apteki mają prawo udzielania rabatów pacjentom wyłącznie na leki nierefundowane. Zachęta do udziału i korzystania z usług z obszaru opieki farmaceutycznej nie może być żadna rzeczowa korzyść materialna (np. prezenty) oferowana przez aptekę lub inną firmę z apteką współpracującą.

¹⁸ Zakaz reklamy aptek uderza w wolność gospodarczą. Komisja Europejska bada skargę Konfederacji Lewiatan; polskieradio.pl.

Wielka Brytania	Brak zakazu. Obowiązują ogólne regulacje, których celem jest ochrona konsumenta. Nie wolno reklamować usług świadczonych przez apteki i finansowanych przez NHS, choć dopuszcza się przekazywanie do publicznej wiadomości informacji, jakiego rodzaju usługi świadczy apteka.
Włochy	Brak zakazu. Reklama powinna zawierać informacje zgodne z prawdą, obiektywne i nie może wprowadzać w błąd. Zabronione jest prowadzenie reklamy aptek przy udziale innych jednostek ochrony zdrowia. Nie uznaje się za reklamę informacji na temat świadczonych usług, organizacji apteki i cenników umieszczonych w aptece.
USA	Brak zakazu. W poszczególnych stanach możliwe dodatkowe regulacje, które jednak nie ograniczają wolności rynkowej. Obowiązują ogólne regulacje, których celem jest ochrona konsumenta. Dopuszcza się wybór przez pacjenta apteki, do której np. lekarz może bezpośrednio przekazywać recepty.
Australia	Brak zakazu. Obowiązują ogólne regulacje, których celem jest ochrona konsumenta. Nie wolno obniżać cen leków refundowanych (Singleton 2013)

ŹRÓDŁO: BUDOWANIE RELACJI Z PACJENTEM W APTECE OGÓLNODOSTĘPNEJ, ZAKŁAD FARMACJI SPOŁECZNEJ WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY, DR HAB. N. FARM. AGNIESZKA SKOWRON, UNIwersytet Jagielloński, COLLEGIUM MEDICUM, KRAKÓW 2013 r.

4.2.2. Regulacje antykoncentracyjne

Kolejnym ograniczeniem jest przepis zmniejszający liczbę zezwoleń wydanych na prowadzenie apteki jednemu podmiotowi. Pojedynczy właściciel nie może uzyskać nowego zezwolenia na prowadzenie apteki, jeśli już posiada w danym województwie co najmniej 1% ogółu aptek. W sytuacji, gdy rynkiem dla apteki jest rynek lokalny – najczęściej o promieniu 1 km – powoduje to niewłaściwe definiowanie rzeczywistego stosunku konkurencji między aptekami. Może się bowiem okazać, że konkretny podmiot, dysponujący mniej niż 1% aptek w swoim województwie, ma wręcz pozycję monopolisty w danej miejscowości czy regionie, gdyż właśnie tam skoncentrował swoją działalność. Inny natomiast, dysponujący więcej niż 1% aptek w tym samym województwie nie będzie stanowił źródła zakłóceń dla konkurencyjności lokalnych rynków z uwagi na rozproszenie swojej działalności polegające na prowadzeniu aptek w wielu miejscowościach.

Dodatkowym ograniczeniem jest nowa, zmieniona interpretacja przepisu o przekraczaniu liczby posiadanych aptek w danym województwie powyżej 1%. Różni się ona istotnie od dotychczasowej praktyki stosowanej przez ponad 10 lat i potwierdzonej wielokrotnie decyzjami organów państwowych m.in. przy prywatyzacji Cefarmów. Kwestia prywatyzacji Cefarmów ukazuje szczególnie wyraźnie tzw. problem 1%, który w ostatnim czasie wywołuje wiele emocji na rynku aptecznym.

W ocenie niektórych organów inspekcji farmaceutycznej w prawie farmaceutycznym zawarty jest zakaz posiadania przez jeden podmiot więcej niż 1% aptek w danym województwie. Zakaz ten jest wywodzony z art. 99 ust. 3 prawa farmaceutycznego, zgodnie z którym „zezwolenia [na prowadzenie apteki – dopisek autora] nie wydaje się, jeżeli podmiot ubiegający się o zezwolenie prowadzi na terenie województwa więcej niż 1% aptek ogólnodostępnych albo podmioty przez niego kontrolowane w sposób bezpośredni lub pośredni, w szczególności podmioty zależne w rozumieniu przepisów o ochronie konkurencji i konsumentów, prowadzą łącznie więcej niż 1% aptek na terenie województwa”.

Artykuł ten od wprowadzenia go w 2004 r. nigdy nie był interpretowany jako bezwzględny zakaz posiadania więcej niż 1% aptek w województwie. Przepis ten zawiera jedynie normę skierowaną do organu prowadzącego postępowanie w sprawie wydania zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej. Należy przy tym podkreślić, że treść przytoczonego wyżej przepisu wskazuje, że dotyczy on wydawania pozwoleń na prowadzenie nowych aptek, a nie sytuacji, w których apteka zmienia właściciela np. w skutek fuzji czy przejęcia. Taka też była wykładnia tej regulacji przez Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Skarbu Państwa, Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów oraz Głównego Inspektora Farmaceutycznego przez ponad 10 lat.

Zmiana nastąpiła pod koniec 2014 r., kiedy nadzór farmaceutyczny uznał, iż oznacza on jednak bezwzględny zakaz posiadania więcej niż 1% aptek. Przed prywatyzacją Cefarmów nikt nie wyciągał z tego przepisu takiego wniosku. Po sprzedaży wszystkich państwowych sieci aptecznych – przy jednoczesnym braku zmian treści tego przepisu – interpretacja nagle stała się inna, niekorzystna dla właścicieli aptek. Rodzą się pytania o przejrzystość i uczciwość tej sytuacji, zwłaszcza w kontekście tych podmiotów, które przekroczyły limit 1% po zakupie prywatyzowanych spółek. Cefarmy zarządzały rozbudowanymi sieciami aptek, liczącymi często po kilkadziesiąt placówek w województwie, co przekraczało limit 1% aptek. Co najmniej paradoksem jest fakt, że ci, którzy je wtedy nabyli, dzisiaj mogą zostać ukarani przez państwo odebraniem zezwolenia na prowadzenie znacznej ich części.

Gdy Skarb Państwa posiadał jeszcze udziały w Cefarmach i oferował ich sprzedaż inwestorom, Ministerstwo Skarbu Państwa oraz Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, opiniując projekt zmiany prawa farmaceutycznego w kierunku zakazu posiadania powyżej 1% aptek, odnosiły się do niego jednoznacznie negatywnie. Wskazywały, iż jednym z najefektywniejszych i właściwie jedynym możliwym sposobem poprawienia rentowności, zapewniającym podniesienie wartości firmy w sektorze farmaceutycznym, jest wzrost organiczny – przejęcia podmiotów prowadzących sieci detaliczne oraz dalszy ich rozwój przez pozyskiwanie i tworzenie nowych aptek¹⁹.

¹⁹ Opinia Ministerstwa Skarbu Państwa dotycząca zmian w ustawie – Prawo farmaceutyczne, http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/3502_15_5012009.pdf.

4.2.3. Wpływ korporacji aptekarskiej na rynek aptek

Kolejne przepisy wpływające na konkurencję na rynku aptecznym są związane z rozbudowaną rolą samorządu zawodowego w kształtowaniu struktury rynku na danym terenie. Uczestnicy rynku aptecznego sygnalizują przypadki nierównego traktowania ich w relacjach z organami samorządu aptekarskiego. Płaszczyzną, na której najczęściej dochodzi do takich sytuacji, jest wykonywanie przez organy samorządu aptekarskiego uprawnień do opiniowania wniosków przedsiębiorców o zezwolenie na otwarcie nowej apteki oraz stwierdzania rękojmi należytego prowadzenia apteki przez jej kierownika.

Podmioty zainteresowane otwieraniem nowych aptek ponoszą znaczne koszty opóźnień w podejmowaniu działalności w związku z niestandardowo długim procesem opiniowania wniosków przez organy okręgowych izb aptekarskich. Podobne problemy zaobserwowano w odniesieniu do wniosków o stwierdzenie rękojmi należytego prowadzenia apteki przez kandydatów na stanowisko kierownika apteki.

Czas wydania tych dokumentów przez organy samorządu aptekarskiego często wydłuża się za sprawą wszczynania formalnych postępowań wyjaśniających oraz wezwań o dostarczenie dodatkowych informacji i wyjaśnień dotyczących zagadnień, które są często mało istotne z punktu widzenia przedmiotu sprawy. Oczekiwanie na opinię izby w wielu wypadkach przekracza standardowy dwutygodniowy termin na wydanie uzgodnienia przewidziany w kodeksie postępowania administracyjnego. Dla przedsiębiorcy ma to kapitalne znaczenie, ponieważ otwarcie nowej apteki wiąże się z dużymi nakładami organizacyjnymi i kapitałowymi.

Właściciel apteki musi pozyskać tytuł prawny do lokalu, dokonać niezbędnych adaptacji w celu spełnienia wymogów technicznych oraz przystosowania standardu obsługi do rosnących wymagań klientów, zagwarantować źródła dostawy asortymentu (z uwzględnieniem ustawowego nakazu zapewnienia pełnej dostępności leków i wyrobów medycznych), zatrudnić kierownika apteki oraz pozostały personel itd. Przedsiębiorca oczekujący na wydanie zezwolenia nie może pozwolić sobie na opóźnienie w otwarciu apteki, gdyż oznacza to konieczność ponoszenia wysokich kosztów utrzymania placówki bez pokrycia w przychodach ze sprzedaży. Z tych samych powodów istotne z punktu widzenia indywidualnego przedsiębiorcy, ale także z punktu widzenia interesu publicznego i interesu pacjentów, jest to, aby zmiana na stanowisku kierownika apteki nie powodowała zaburzenia ciągłości pracy apteki.

4.2.4. Bariery we wprowadzaniu nowych usług

Polski rynek usług aptecznych cechuje się niską innowacyjnością. Brak jest mechanizmów promujących nowoczesne rozwiązania korzystne dla pacjenta. Postęp hamuje głównie konserwatywne podejście decydentów i części środowiska farmaceutycznego oraz zakaz reklamy aptek.

Odpowiedni zapis w prawie farmaceutycznym mówi, że „zabroniona jest reklama aptek i punktów aptecznych oraz ich działalności. Nie stanowi reklamy informacja o lokalizacji i godzinach pracy apteki lub punktu aptecznego”. Niefortunna językowo konstrukcja tego paragrafu sprawiła, że sądy powszechnie przyjmują, iż reklamą apteki może być każde działanie zmierzające do zwiększenia sprzedaży.

Taka formuła zakazu reklamy skutkuje faktycznym ograniczeniem lub wyeliminowaniem w Polsce nowoczesnej opieki farmaceutycznej, w tym informatyzacji usług aptecznych. W Stanach Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii czy Holandii apteki proponują pacjentom podstawowe badania diagnostyczne, pomiar ciśnienia, glikemii lub cholesterolu. Apteki są miejscem organizowania prelekcji prozdrowotnych, doradztwa w zapobieganiu uzależnieniom, promocji badań przesiewowych. Farmaceuci angażują się w działalność edukacyjną, prowadzą sprzedaż książek i czasopism związanych z promocją zdrowia. W Polsce takie działania mogą być traktowane jako zakazana reklama i podlegać karze.

Zakaz reklamy aptek przekształcił się w zakaz komunikacji aptek z pacjentem. Postępująca globalnie i uniwersalnie cyfryzacja nie obejmuje polskich aptek i ich pacjentów. Apteki zostały wykluczone z coraz szybszych postępów telemedycyny. Standardem światowym jest przenoszenie kontaktu z pacjentem poza placówkę apteczną. Pacjent ma możliwość uzyskać opiekę i poradę w domu za pośrednictwem telefonu, smartfonu i internetu. Z inicjatywy środowisk aptekarskich tworzone i rozpowszechniane są aplikacje mobilne przypominające o konieczności zażycia leków i nadzorujące ich dawkowanie. Farmaceuci prowadzą serwisy z indywidualnymi kontami użytkowników pomagające w rzuceniu palenia. Tymczasem polski zakaz reklamy działania takie penalizuje.

Z punktu widzenia rozwoju społeczeństwa informacyjnego najbardziej pożądanym rozwiązaniem jest wprowadzenie elektronicznej recepty oraz umożliwienie aptekom internetowym sprzedaży zarówno leków OTC, jak i leków Rx. Byłoby to nie tylko wygodne dla pacjenta i cenowo dla niego opłacalne (pacjent mógłby zaoszczędzić na kosztach dojazdu do apteki), ale również ułatwiłoby zarządzanie procesem zakupu produktów przez aptekę w hurtowni, a tym samym zwiększyło faktyczną dostępność leków.

W Polsce nie ma prawnego usankcjonowania globalnych trendów handlowych, przenoszących obrót lekami do sieci. Wręcz przeciwnie, wprowadzenie zakazu reklamy aptek spowodowało zahamowanie rozwoju perspektywicznego i dynamicznie rozwijającego się rynku aptek internetowych. Zgodnie z obecnym prawem nawet rozpowszechnianie samego adresu domeny apteki internetowej może być uznane za formę reklamy placówki aptecznej.

Słaba cyfryzacja sektora aptecznego jest również szkodliwa dla płatnika publicznego. Szersza implementacja rozwiązań IT w istotny sposób zwiększyłaby przejrzystość oraz skuteczność zwalczania patologii, nielegalnego wywozu leków za granicę czy defraudowania refundacji. Gromadzenie i analizowanie danych generowanych w aptekach pomogłoby przy ocenach skuteczności terapii lekowych oraz personalizacji i monitorowania leczenia. Z powodu szerokiego zakazu reklamy zasoby te są marnotrawione.

Wszystkie powyższe ograniczenia wpływają na obniżenie konkurencyjności, a przez to na ceny leków i innych produktów dostępnych w aptekach. Warto również zauważyć, iż istniejące ograniczenia konkurencji i regulacje rynkowe w większości wypadków nie wpływają na podwyższenie standardów bezpieczeństwa dla pacjentów, lecz służą jedynie osiągnięciu celów biznesowych.

5. Przegląd aktualnych propozycji w zakresie regulacji rynku

W ostatnich miesiącach pojawia się wiele koncepcji zmian regulacyjnych na polskim rynku dystrybucji farmaceutycznej. W zdecydowanej większości są to propozycje zmierzające do ograniczenia konkurencji oraz zamykające dostęp do tego rynku. W debacie nad nowymi rozwiązaniami brak jest niestety przejrzystej analizy ich wpływu na miliony pacjentów.

Największym echem w tym roku odbiły się wypowiedzi przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia dotyczące planów resortu w zakresie wprowadzenia nowych ograniczeń na rynku aptek. Resort komunikował m.in. potrzebę wymogu posiadania przynajmniej 51% udziałów w aptece przez osoby z tytułem magistra farmacji. Zaprezentował również stanowisko w sprawie nowej interpretacji przepisu o zakazie posiadania ponad 1% liczby aptek w danym województwie²⁰.

Najbardziej kompleksowe działania w zakresie regulacji rynku zgłosił wcześniej samorząd aptekarski. Podczas VII Krajowego Zjazdu Aptekarzy 31 stycznia 2016 r. zostały ponownie potwierdzone i poszerzone postulaty sformułowane jeszcze przed tym wydaniem²¹. Gremium to podjęło uchwałę w sprawie wniosków programowych dotyczących działalności samorządu aptekarskiego, w której poleca Naczelnej Radzie Aptekarskiej podjęcie działań (również poprzez nowelizację przepisów i uchwalenie nowych) związanych m.in. z następującymi kwestiami:

1. wprowadzenie zasady „apteka dla farmaceuty lub spółki z większościovym udziałem farmaceutów”
2. krajowa mapa potrzeb usług farmaceutycznych
3. ustawa o zawodzie farmaceuty
4. powrót leków z rynku pozaaptecznego do aptek
5. zmiany prawa w sposób porządkujący i regulujący stosunki własnościowe w aptekach według modelu węgierskiego oraz popieranie organizacji, które próbują wprowadzić węgierski model prawa farmaceutycznego
6. zmiana zasady obliczania marż na leki refundowane i przyjęcie, że podstawą do naliczania marży jest cena zakupu leku
7. wypracowanie projektu opieki farmaceutycznej finansowanej ze środków publicznych
8. zasada, że recepty lekarskie na leki refundowane muszą być wyłącznie drukowane
9. ujednoczenie zasad stwierdzania rękojmi należytego prowadzenia apteki ogólnodostępnej i szpitalnej, a także działu farmacji szpitalnej
10. nowelizacja przepisów określających zasady przyznawania prawa wykonywania zawodu farmaceuty – odbywanie staży zagranicznych
11. norma, że opinia rady OIA jest wymagana przy wydawaniu zezwoleń na prowadzenie aptek ogólnodostępnych, szpitalnych, punktów aptecznych i hurtowni farmaceutycznych
12. wyeliminowanie emisji reklamy leków i suplementów diety, skierowanej do pacjentów
13. zmiana przepisów dotyczących możliwości wydawania leków na podstawie recepty farmaceutycznej o określonej odpłatności, poszerzenie katalogu możliwości i sytuacji, w których magister farmacji może wydać leki dostępne na receptę
14. zmiana interwału ogłaszania zmian urzędowych cen na listach refundacyjnych oraz nieobciążania podmiotów prowadzących apteki i hurtownie zmianami cen urzędowych
15. zmiana obowiązujących przepisów dotyczących ciągłych szkoleń farmaceutów tak, aby zaliczano pracę naukową farmaceutów do osiągania wymaganego poziomu punktowego
16. zmiana obowiązujących przepisów obligujących apteki do posiadania Farmakopei Polskiej
17. powołanie odpowiedniego zespołu lub komisji w sprawie przygotowania i opracowania materiałów do dokumentu „Polityka lekowa państwa”.

Analizując powyższe żądania i postulaty (pełny tekst uchwały zawiera blisko dwukrotnie większą liczbę dezyderatów), należy stwierdzić, że głównym kierunkiem zmian, jakich domaga się samorząd aptekarski, jest umocnienie jego uprzywilejowanej roli w działalności tego segmentu rynku. Wszystkie te pomysły oznaczają jeszcze dalej posuniętą ingerencję w działalność podmiotów, które często są bezpośrednimi konkurentami osób zasiadających we władzach samorządu aptekarskiego. Wprowadzenie wielu z tych rozwiązań oznacza de facto przymus zbycia prowadzonych przez wiele lat przedsiębiorstw, będących często dorobkiem całego życia, w imię niejasnych argumentów uzasadnianych często troską o dobro pacjenta. Próby dominacji i poszerzania uprawnień samorządów zawodowych bardzo często prowadzą do patologii. Zamiast usprawniać funkcjonowanie rynku, stają się dodatkową barierą w jego działaniu.

²⁰ MZ: co najmniej 51 proc. udziałów w aptece dla magistra farmacji; rynekapteki.pl; kwiecień 2016 r.,

²¹ Uchwała podjęta podczas VII Krajowego Zjazdu Aptekarzy; styczeń 2016 r.

5.1. Apteka dla farmaceuty

Najbardziej rewolucyjną zmianą może być wprowadzenie zasady „apteka dla farmaceuty lub spółki z większościowym udziałem farmaceutów”. Wejście w życie tej regulacji mogłoby oznaczać konieczność masowych wywłaszczeń, zwolnień i odszkodowań, dając ogromne przywileje korporacji zawodowej aptekarzy kosztem polskich przedsiębiorców i pacjentów. Realizacja takiego pomysłu bardzo szybko doprowadziłaby do wzrostu cen leków, powstania lokalnych monopolii, a przez to zapewne do pogorszenia jakości usług aptecznych. Nie ma racjonalnych argumentów wspierających dobro pacjentów takim rozwiązaniem, które w znikomym lub żadnym stopniu nie wpłynęłoby na większe bezpieczeństwo i wyższe standardy rynku farmaceutycznego. Warto jednocześnie podkreślić, że rynek sieci aptecznych jest w większej części kontrolowany przez polskie podmioty, dlatego uzasadnianie tych działań repolonizacją 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 zmniejszania ograniczeń. W ostatnich 20 latach w 16 państwach zminimalizowano restrykcje dotyczące zakładania nowych aptek. Odchodzi się od zasady „apteka dla farmaceuty”. W ostatnich latach zrezygnowało z niej 5 europejskich krajów (Holandia, Portugalia, Bułgaria, Litwa i Islandia). We Włoszech toczą się prace parlamentarne nad jej zniesieniem.

Powody? Systemy zamknięte są drogie dla płatnika publicznego i pacjenta. Ponadto łączenie dzisiaj własności przedsiębiorstwa z wykonywaniem danej profesji wydaje się anachronizmem. Zgodnie z 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. Te same regulacje obejmują apteki prowadzone przez farmaceutów i niefarmaceutów, nie ma różnic między standardem świadczenia usług farmaceutycznych w zależności od tego, kto jest właścicielem placówki. W każdej aptece, bez względu na jej własność, musi być zatrudniony i stale obecny kierownik, 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.

Należy zwrócić także uwagę na skutki zapowiadanej regulacji dla całego łańcucha dystrybucji farmaceutyków w Polsce. Obrót hurtowy w Polsce, jak wspomniano wcześniej, jest skonsolidowany w trzech głównych podmiotach posiadających ponad 70% rynku. Koncentracja wśród producentów, w zależności od grupy produktowej, 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 nierefundowanych dla pacjentów. Ich rozbitcie spowoduje ponowne obniżenie siły zakupowej aptek i zlikwiduje mechanizm obniżania cen leków dla pacjentów.

Usprawiedliwieniem dla reguły „apteka dla farmaceuty” jest argument, jakoby farmaceuci-właściciele aptek kierowali się w swojej działalności poczuciem misji, a właściciele-niefarmaceuci 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.

Decydenci 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.

Kontrolę rozwoju sieci zapewniłoby 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 efektywnej od nich konkurencji, lecz we wzmocnieniu ich pozycji wobec dostawców.

6. Podsumowanie raportu

1. Wartość rynku sprzedaży aptecznej w Polsce to ponad 30 mld zł rocznie. Przeciętny Polak odwiedza aptekę częściej niż raz w miesiącu, seniorzy i osoby przewlekle chore generują większość tego ruchu. Seniorzy ponadto przeznaczają trzy razy więcej na zakupy leków niż reszta społeczeństwa, wydając przy tym znaczną część swoich dochodów (154 zł w 2014 r.). Co piąty senior musiał przerwać kurację ze względów finansowych.
2. W Polsce od ponad 20 lat nieustannie rośnie liczba aptek, w połowie 2016 r. na terenie kraju działało 14,8 tys. aptek i punktów aptecznych. W zdecydowanej większości (62%) są to apteki indywidualne i mikrosieci (2-4 apteki). Ponad 390 sieci posiada pozostałe 38% aptek, a tylko trzy sieci mają udziały przekraczające 1% liczby aptek. Rynek sieci aptek w zdecydowanej większości kontrolowany jest przez polskich właścicieli.
3. Rynek hurtowy jest zdecydowanie dużo bardziej skonsolidowany – 70% rynku kontrolują trzy podmioty. Podobnie wysoki stopień koncentracji można zaobserwować w przypadku rynku producentów – w niektórych kategoriach produktowych jeden podmiot kontroluje blisko 25% wartości sprzedaży. Istotna niesymetryczność pomiędzy rozdrobnionymi aptekami indywidualnymi a wielkimi hurtowniami i producentami wpływa na ich pozycję negocjacyjną. Apteki indywidualne łączą się w grupy zakupowe lub sieci wirtualne, aby móc lepiej negocjować warunki handlowe.
4. Trzy z czterech największych sieci w Polsce, posiadających ponad 100 aptek, to podmioty do niedawna kontrolowane przez Skarb Państwa, które zostały zbyt nowym właścicielom jako przedsiębiorstwa bez wad prawnych czy też ograniczeń co do koncentracji zbyt dużej liczby aptek w jednym województwie – ponad 1%.
5. W Europie (UE oraz EFTA) nie ma dominującego modelu w zakresie regulacji rynku dystrybucji farmaceutycznej, można natomiast wyróżnić dwa podstawowe modele: otwarty i zamknięty, oraz dwa dodatkowe: mieszany i przejściowy. Nie ma również dominującego typu regulacji, który obowiązuje w większości krajów. Systemy są najczęściej mieszanką kilku rozwiązań. Od kilkunastu lat można zaobserwować wyraźny trend odchodzenia od wysokiego stopnia regulacji rynku i stopniowego liberalizowania go.
6. Na rynkach, na których doszło do częściowej lub całościowej liberalizacji (np. Norwegia), nie zaobserwowano negatywnych zjawisk w zakresie ograniczenia dostępności aptek czy też obniżenia standardów obsługi pacjentów. Bardzo często można tam zauważyć wręcz odwrotne zjawiska, np. ponaddwukrotny wzrost liczby aptek w Norwegii od czasu wprowadzenia nowych rozwiązań czy świadczenie dodatkowych usług podwyższających skuteczność systemu opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii. Natomiast na Węgrzech, gdzie w ostatnich latach wprowadzono wiele ograniczeń na rynku dystrybucji farmaceutycznej, poza dosyć wyraźnym zwiększeniem rentowności aptek (wzrost marż oraz finansowanie wielu usług ze środków publicznych) nie zaobserwowano innych pozytywnych zjawisk, np. obniżek cen dla pacjentów przez coraz bardziej rentowne apteki.
7. Średnia apteka indywidualna generuje niższy o 42% obrót i przyciąga o 38% mniej klientów niż sieciowa. Poziomy przeciętnego obrotu pomiędzy aptekami sieci różnej wielkości także istotnie się różni, np. najwyższe osiągają sieci 15-49 aptek, podczas gdy największe sieci (powyżej 50 aptek) notują znacznie niższe poziomy. Różnice pomiędzy sieciami mogą wskazywać na brak prostej korelacji pomiędzy wielkością sieci a jej efektywnością. Świadczą bardziej o różnicach pomiędzy danymi przedsiębiorstwami lub ich modelami biznesowymi.
8. Połowa marży średniej apteki (sieciowe i indywidualne łącznie) generowana jest przez produkty inne niż leki na receptę. Najwyższe poziomy marż apteki uzyskują na lekach OTC, kosmetykach i wyrobach medycznych dostępnych również w innych kanałach dystrybucji detalicznej, które nie podlegają jakimkolwiek ograniczeniom w zakresie reklamy, podmiotu właścicielskiego czy też demografii i geografii rozwoju nowych placówek.
9. Ceny leków refundowanych są regulowane we wszystkich aptekach, natomiast w przypadku leków pełnopłatnych wydawanych na receptę i leków OTC można zaobserwować istotne różnice pomiędzy aptekami indywidualnymi a sieciowymi, gdzie ceny są średnio o 11% niższe.
10. Konkurencja pomiędzy aptekami odbywa się wymiarze lokalnym – najczęściej w odległości 1 km pomiędzy nimi. Regulacje nieuwzględniające tej specyfiki lub nadzorowane przez organy niemające właściwych instrumentów ani doświadczenia w badaniu rynków lokalnych mogą prowadzić do promowania nieefektywnych rozwiązań.
11. Szacuje się, że 195 tys. zgonów rocznie w Europie jest następstwem niewłaściwego zażywania lub nieprzyjmowania leków.
12. Obecnie dyskutowana, najbardziej istotna dla kształtu rynku zmiana to „apteka dla farmaceuty lub spółki z większościami udziałem farmaceutów”. Wprowadzenie proponowanej regulacji mogłoby oznaczać konieczność masowych wywłaszczeń, zwolnień i odszkodowań, a także istotne ograniczenie konkurencji, co zapewne wpłynęłoby na ceny leków.
13. Zamknięcie rynku, czyli zredukowanie zdrowej konkurencji, która zmusza dziś właścicieli aptek do pewnej dyscypliny cenowej, spowoduje, że nie będą oni zobligowani do przestrzegania jej zasad. W mniejszych miastach odbierze to pacjentom jakąkolwiek możliwość wyboru. Będą zmuszeni zaakceptować ceny dyktowane przez apteki.

7. Rekomendacje dotyczące kierunku zmian

1. Wprowadzenie jednoznacznych zapisów antykoncentracyjnych dedykowanych sektorowi aptecznemu.
 - Obowiązujące regulacje dotyczące 1% są niejasne, niejednoznaczne, co skutkuje chaosem interpretacyjnym. Aktualny stan prawny rodzi niepewność nie tylko wśród właścicieli aptek, ale również organów administracji państwowej.
 - Przyjęcie restrykcyjnej wykładni o 1% podważa proces prywatyzacji Cefarmów i może doprowadzić do poważnych strat Skarbu Państwa.
 - Obecnie funkcjonująca regulacja nie zabezpiecza interesu publicznego i interesu pacjentów.

Należy:

- Stworzyć politykę antykoncentracyjną z uwzględnieniem rzeczywistych interesów pacjentów i w sposób zabezpieczający interes publiczny,
 - Przenieść nadzór nad przestrzeganiem zapisów antykoncentracyjnych z zakresu kompetencji inspekcji farmaceutycznej do sfery zadań Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów.
2. Wzmocnienie pozycji aptek w relacjach z dostawcami produktów leczniczych i zwiększenie dostępności asortymentu w aptekach.
 - Apteki, szczególnie małe placówki indywidualne, są pod zwiększoną presją silnie skonsolidowanych dystrybutorów i producentów. Niejednokrotnie przekłada się to na brak dostępu do produktów, w tym tych najbardziej potrzebnych dla pacjentów leków.
 - Apteki w relacjach z mającymi wobec nich pozycję dominującą pozostałymi uczestnikami obrotu są narażone na uciążliwe lub nieuczciwe warunki handlowe (bezpośrednie lub pośrednie narzucanie nieuczciwych cen i terminów płatności itd.)

Należy:

- Wprowadzić zmiany prawa prowadzące do zwiększenia wszystkim aptekom dostępu do leków sprzedawanych przez producentów oraz hurtownie.
 - Wprowadzić zmiany prawa prowadzące do wzmocnienia pozycji negocjacyjnej aptek, szczególnie aptek indywidualnych, w relacjach z hurtowniami i dostawcami produktów.
 - Wprowadzić mechanizmy chroniące apteki przed bezpośrednim lub pośrednim narzucaniem nieuczciwych warunków handlowych.
3. Ograniczenie zakresu działań aptek objętych zakazem reklamy, przy zachowaniu istoty regulacji
 - Całkowity zakaz reklamy sprawił, że apteki są wyłączone z programów i akcji prozdrowotnych czy też zmniejszających odpłatność za leki – na czym tracą pacjenci.
 - Niemal każda komunikacja apteki skierowana do publicznej wiadomości o działaniach mających na celu zaktywizowanie wśród pacjentów zachowań prozdrowotnych i oferująca w tym zakresie wsparcie jest traktowana jako niedozwolona reklama.

Należy:

- Znowelizować przepisy zakazujące reklamy aptek.
- Dopuścić możliwość włączania się przez apteki w programy prozdrowotne oraz obniżające odpłatność za leki – szczególnie dla najbardziej sensytywnych grup społecznych, np. Karta Dużej Rodziny, tańsze leki dla kobiet w ciąży, osób samotnie wychowujących dzieci, seniorów itd.

