

ZAPPA

ZWIĄZEK APTEKARZY
PRACODAWCÓW POLSKICH APTEK

USTAWA APTEKA DLA APTEKARZA

- PODSUMOWANIE ZMIAN
I REKOMENDACJE



Warszawa, marzec 2021 r.

USTAWA APTEKA DLA APTEKARZA

- PODSUMOWANIE ZMIAN
I REKOMENDACJE

SPIS TREŚCI

I. O raporcie.....	6
II. Sytuacja przed wprowadzeniem ustawy Apteka Dla Aptekarza.....	7
III. Bezpośrednie przyczyny wprowadzenia ustawy Apteka Dla Aptekarza.....	9
IV. Ustawa Apteka Dla Aptekarza złoty standard w Unii Europejskiej.....	11
V. Rynek apteczny w Unii Europejskiej.....	13
VI. Cele wprowadzenia ustawy Apteka Dla Aptekarza w Polsce.....	17
VII. Skutki wprowadzenia ustawy Apteka Dla Aptekarza w Polsce.....	18
VIII. Ustawa Apteka Dla Aptekarza - co się nie udało?.....	20
IX. Rekomendacje.....	21



O RAPORCIE

Oddajemy w Państwa ręce raport przygotowany przez Związek Aptekarzy Pracodawców Polskich Aptek. Nasze raporty przygotowujemy w oparciu o rzetelnie zebrane i wiarygodne informacje, zweryfikowane dane, do których zawsze podajemy źródła.

Niniejszy dokument został sfinansowany ze składek aptekarzy, członków Związku Aptekarzy Pracodawców Polskich Aptek.

WIĘCEJ INFORMACJI:

Marcin Wiśniewski
Prezes Związku Aptekarzy
Pracodawców Polskich Aptek
e-mail: kontakt@aptekarze.org.pl

Więcej o naszych działaniach:

<http://aptekarze.org.pl>
<https://www.facebook.com/Zwi%C4%85zek-Aptekarzy-Pracodawc%C3%B3w-Polskich-Aptek-218247505362948>



SYTUACJA PRZED WPROWADZENIEM USTAWY APTEKA DLA APTEKARZA

- Liberalne przepisy obowiązujące w Polsce w latach 2001-2017 nie przewidywały ograniczeń w zakładaniu aptek ogólnodostępnych ze względu na ich liczbę na danym obszarze, odległość od innych aptek czy też formę prowadzenia działalności.
- Wyjątkiem był limit antykoncentracyjny stanowiący, że podmiot (także grupa kapitałowa lub podmioty kontrolowane pośrednio bądź bezpośrednio) nie może prowadzić więcej niż 1% aptek w województwie.
- **Tendencje monopolistyczne części przedsiębiorców oraz towarzysząca im bierność ze strony słabej Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej spowodowały, że rynek apteczny koncentrował się z przekroczeniem limitu 1%, doprowadzając do powstania aptecznych sieci.**
- W konsekwencji ukształtowały się na rynku dwie grupy podmiotów prowadzących apteki: podmioty indywidualne, profesjonalne, prowadzone głównie przez aptekarzy i skupione na realizacji celów placówek ochrony zdrowia, oraz podmioty stricte komercyjne, nastawione na zysk, tworzące z naruszeniem prawa sieci aptek.
- Nierówność konkurencyjna podmiotów spowodowała, że apteki przestały prawidłowo pełnić powierzone im funkcje publiczne. Praktycznie wszystkie apteki indywidualne prowadzone przez farmaceutów były dyskryminowane w zakresie dostępu do leków refundowanych.
- **Pojawiło się ryzyko całkowitej monopolizacji rynku, przejęcia go przez duże, międzynarodowe podmioty, likwidacji małych, polskich przedsiębiorstw prowadzących apteki, pogarszania się dostępności do aptek.**
- Równocześnie rynek apteczny stał się atrakcyjny dla grup przestępczych wywożących leki za granicę czy dostarczających substancje do produkcji narkotyków. Podmiot, któremu cofnięto zezwolenie za udział w procederze przestępczym, mógł **bez ograniczeń** otwierać kolejne apteki.
- **W 2015 roku, 10 proc. aptek w Polsce działało z naruszeniem przepisów prawa w zakresie wymogu antykoncentracji(1).**
- **W 2014 r. aż 78% wszystkich zamkniętych aptek w Polsce to apteki indywidualne, które nie wytrzymały konkurencji ze strony aptek sieciowych(2).**

- Sytuacja ta generowała także straty dla budżetu państwa - likwidacja podmiotów płacących podatki i zastąpienie ich podmiotami (w tym zagranicznymi) optymalizującymi podatki powodowały utratę wpływów podatkowych. Tylko kilka firm z grona największych sieci reprezentowanych przez ZPA PharmaNET osiągnęło w 2016 r. przychód w wysokości 7,3 mld zł, nie płacąc przy tym podatku CIT.
- Z danych uzyskanych z Ministerstwa Finansów wynika, że w latach 2016-2018 osoby prawne (głównie

sieci apteczne) wykazały 476mln zł straty, podczas gdy osoby fizyczne (polskie apteki profesjonalne) wykazały 265 mln zł podatku należnego.

- **Nasiłał się problem braku leków.**
- **Postępowało wypaczenie roli farmaceuty, który będąc zależnym od komercyjnych podmiotów, musiał realizować cele biznesowe, zamiast zawodowe, pro-pacjenckie.**
- **Państwo nie dysponowało przepisami ani procedurami, które pozwoliłyby skutecznie usunąć z rynku nieuczciwych przedsiębiorców.**



BEZPOŚREDNIE PRZYCZYNY WPROWADZENIA USTAWY APTEKA DLA APTEKARZA

1. Obowiązujące przepisy znacznie utrudniały realizację zobowiązania państwa do dostarczania leków wszystkim obywatelom na równych warunkach – sytuacja ta prowadziła do zagrożenia zdrowia i życia obywateli:

- W wyniku naruszenia limitów koncentracji sieci apteczne uzyskały przewagę konkurencyjną m.in. w dostępie do leków, w tym refundowanych.
- Apteki indywidualne prowadzone przez farmaceutów były dyskryminowane w tym zakresie.

2. Postępował spadek rentowności aptek:

- W konsekwencji znaczna liczba aptek dostała się pod wpływ hurtowni, coraz większy wpływ na działalność aptek uzyskiwali także producenci leków oraz organizacje przestępcze.
- Coraz większa liczba upadków aptek na terenach wiejskich oraz miast powiatowych zagrażała stabilności i bezpieczeństwu dostaw lekarstw do pacjentów. Z drugiej strony, wzrost liczby aptek w dużych miastach prowadził do „konkurencji niszczącej”.
- W konsekwencji obniżania rentowności, apteki upadały lub szukały zysków pozamarżowych, pro-

W KONSEKWENCJI OBNIŻANIA RENTOWNOŚCI, APTEKI UPADAŁY LUB SZUKAŁY ZYSKÓW POZAMARŻOWYCH, PROWADZĄC DO SKRAJNYCH PATOLOGII – OD UDZIAŁU W ODWRÓCONYM ŁAŃCUCHU DYSTRYBUCJI, PRZEZ SPRZEDAŻ LEKÓW DO PRODUKCJI NARKOTYKÓW, PO ROZWÓJ RYNKU TANICH SUPLEMENTÓW DIETY I ZASTĘPOWANIE NIMI ORDYNOWANYCH LEKÓW.

wadząc do skrajnych patologii – od udziału w odwróconym łańcuchu dystrybucji, przez sprzedaż leków do produkcji narkotyków, po rozwój rynku tanich suplementów diety i zastępowanie nimi ordynowanych leków.

Ogromne dochody z działalności przestępczej, brak należytego nadzoru nad rynkiem i wynikająca z tego bezkarność, były przyczyną powstawania sieci aptecznych nakierowanych przede wszystkim na tę działalność.

3. Pogarszały się standardy zawodowe, nie działał system etyki zawodowej farmaceuty:

- Brak gwarancji niezależności zawodowej farmaceutów w aptekach niebędących ich własnością wypaczał społeczną rolę apteki.
- Apteki coraz częściej stawały się placówkami o charakterze komercyjnym, a farmaceuci sprzedawcami realizującymi plany sprzedażowe.

- Niekontrolowany wzrost ogromnej liczby aptek spowodował deficyt kadry fachowej. Farmaceutów brakowało dla ok. 2 tys. aptek.
- W przypadku nieprawidłowego działania apteki nie było możliwości nałożenia rzeczywistych sankcji wobec właścicieli.

4. Niewystarczająca kontrola sektora ze strony władz – potwierdziła to m.in. kontrola NIK.

IV.

USTAWA APTEKA DLA APTEKARZA - ZŁOTY STANDARD W UNII EUROPEJSKIEJ

Od czerwca 2017 r., dzięki wprowadzeniu ustawy „Apteka dla Aptekarza”, możliwość uzyskania zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej posiada jedynie:

- a. farmaceuta posiadający prawo wykonywania zawodu, prowadzący jednoosobową działalność gospodarczą;
- b. spółka jawna lub spółka partnerska, której przedmiotem działalności jest wyłącznie prowadzenie aptek, i w której wspólnikami (partnerami) są wyłącznie farmaceuci posiadający prawo wykonywania zawodu;

Równolegle wprowadzono również, tzw. kryteria geograficzno-demograficzne. Ustawa Apteka dla Aptekarza uniemożliwia także dokonywanie przekształceń własnościowych i przenoszenia w tym trybie zezwoleń na prowadzenie aptek ogólnodostępnych.

Ustawa „Apteka dla aptekarza” („AdA”) wprowadza wymóg posiadania uprawnień zawodowych – dyplomu farmacji - do prowadzenia apteki.

Celem tego zapisu jest profesjonalizacja sektora, podniesienie jakości usług farmaceutycznych, zagwarantowanie, że apteki będą prowadzone zgodnie z intere-

sem publicznym. To też pierwszy krok ku wprowadzeniu w Polsce opieki farmaceutycznej. Zastosowanie tego modelu oznacza wcielenie aptek do systemu ochrony zdrowia oraz wykluczenie komercyjnego modelu obrotu lekiem - powodującego szereg negatywnych konsekwencji, w tym zagrożenie dla zdrowia publicznego.

Regulacje wprowadzone w Polsce pod nazwą „Apteka dla Aptekarza” są zgodne z:

- **Dyrektywą 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 6 listopada 2001 r. w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi (Dz.Urz. L 311 z 28.11.2001r.),**
- **Wykładnią Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości (wyroki C-171/07 i C-172/07),**
- **Zaleceniami Komisji Europejskiej.**

**PRAWO EUROPEJSKIE JUŻ U SWYCH PODSTAW
ODRZUCA MOŻLIWOŚĆ KOMERCYJNEGO
OBROTU LEKAMI – PODSTAWOWYM CELEM
DZIAŁALNOŚCI APTEK MUSI BYĆ OCHRONA
ZDROWIA PUBLICZNEGO.**

- a. **Punkt 2 Preambuły dyrektywy 2001/83/WE** w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi ustanawia m.in. podstawowy cel, którym kierować powinny się państwa członkowskie Unii Europejskiej przy ustalaniu ram prawnych funkcjonowania obrotu detalicznego produktami leczniczymi.

Zgodnie z jego brzmieniem: „Ochrona zdrowia publicznego musi być podstawowym celem wszelkich zasad regulujących produkcję, dystrybucję i stosowanie produktów leczniczych”(3).

- b. Zgodnie z wykładnią Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości, bezpieczne zaopatrzenie ludności w leki **jest niezbędną i świadczoną na wysokim poziomie usługą farmaceutyczną, będącą nieodłączną częścią systemu zdrowia publicznego, a model „AdA” jest bezpieczniejszy i przez TSUE zalecany.**

W wyroku Trybunału Sprawiedliwości UE z dnia **19 maja 2009r., C-171/07 i C-172/07** czytamy:

37. W odniesieniu do podmiotu prowadzącego aptekę, który posiada dyplom farmaceuty, nie można zaprzeczyć, że dąży on, podobnie jak inne osoby, do osiągnięcia zysków. Jednakże uznaje się, że jako zawodowy farmaceuta prowadzi on aptekę nie tylko w celu osiągnięcia zysków, ale także by realizować swe obowiązki zawodowe. Jego prywatny interes związany z osiąganiem zysków jest zatem ograniczany przez jego wykształcenie, doświadczenie zawodowe i odpowiedzialność, jaka na nim ciąży, zważywszy, że ewentualne naruszenie przepisów prawnych lub zasad etyki zawodowej nie tylko obniża wartość jego inwestycji, ale także podważa jego byt zawodowy.

38. W odróżnieniu od farmaceutów, niefarmaceutów z definicji nie posiadają wykształcenia, doświad-

czenia i odpowiedzialności równoważnych z tymi, jakie posiadają farmaceuci.

W takich okolicznościach należy stwierdzić, że nie zapewniają takich samych gwarancji jak te, które zapewniają farmaceuci.

39. W konsekwencji państwo członkowskie może w ramach przysługującego mu zakresu uznania, o którym mowa w pkt 36 niniejszego wyroku, uznać, że w odróżnieniu od placówki prowadzonej przez farmaceutę, prowadzenie apteki przez niefarmaceutę może stanowić zagrożenie dla zdrowia publicznego, w szczególności dla pewności i jakości detalicznej dystrybucji produktów leczniczych, ponieważ osiąganie zysków w ramach prowadzenia apteki nie jest ograniczane czynnikami, takimi jak te przytoczone w pkt 37 niniejszego wyroku, które charakteryzują działalność farmaceutów (zob. analogicznie, w odniesieniu do świadczenia usług z zakresu pomocy społecznej, wyrok z dnia 17 czerwca 1997 r. w sprawie C-70/95 Sodemare i in., Rec. s. I-3395, pkt 32). (4)

**WARTO ZAUWAŻYĆ FAKT,
ŻE W WYROKU TRYBUNAŁU
SPRAWIEDLIWOŚCI
Z DN. 19 MAJA 2009 R.
ZWRÓCONO UWAGĘ
NA MOŻLIWOŚĆ NARUSZANIA
PRZEPISÓW ZAPEWNIAJĄCYCH
NIEZALEŻNOŚĆ FARMACEUTÓW
W CELU GENEROWANIA
ZYSKU.**

- c. Warto zauważyć fakt, że w wyroku Trybunału Sprawiedliwości z dn. 19 maja 2009 r. zwrócono uwagę na możliwość naruszenia przepisów zapewniających niezależność farmaceutów w celu generowania zysku.

Wyrok C-531/06, pkt 84:

„Jednakże biorąc pod uwagę przysługujący państwom członkowskim zakres uznania, o którym mowa w pkt. 36 niniejszego wyroku, **państwo członkowskie może uznać, że istnieje zagrożenie, iż przepisy ustawowe mające na celu zapewnienie niezależności zawodowej farmaceutów będą w praktyce naruszane, zważywszy że interes, jaki posiada nefarmaceuta w osiąganiu zysków, nie jest ograniczany w taki sam sposób jak interes niezależnych farmaceutów i że podporządkowanie farmaceutów, jako osób zatrudnionych, prowadzącemu aptekę mogłoby utrudnić im sprzeciwienie się poleceniom wydanym przez tego prowadzącego.**” (5)

d. Komisja Europejska również zaleca model „AdA”, jako słuszny i proporcjonalny.

W „Uzasadnionej opinii do Rzeczypospolitej Polskiej”, z 2.07.2020 r., napisano:

„WYDAJE SIĘ, ŻE NIEZALEŻNOŚĆ ZAWODOWĄ NAJLEPIEJ ZABEZPIECZYĆ W APTEKACH BĘDĄCYCH WŁASNOŚCIĄ ZAWODOWYCH FARMACEUTÓW. W TAKICH APTEKACH FARMACEUCI MOGĄ PODEJMOWAĆ DECYZJE ISTOTNE DLA ZDROWIA PACJENTÓW BEZ OBAWY O MOŻLIWOŚĆ INGERENCJI ZE STRONY WŁAŚCICIELI APTEK NIEBĘDĄCYCH FARMACEUTAMI, KTÓRZY ZE WZGLĘDÓW KOMERCYJNYCH MOGĄ BYĆ SKŁONNI DO WPŁYWANIA NA CODZIENNE ZARZĄDZANIE SWOIMI APTEKAMI.”



RYNEK APTECZNY W UNII EUROPEJSKIEJ

W UNII EUROPEJSKIEJ JEDYNI
10% APTEK NALEŻY DO SIECI
APTECZNYCH, NATOMIAST **81%** APTEK
DZIAŁA W OPARCIU O ZASADĘ
„APTEKA DLA APTEKARZA” I UDZIAŁ
APTEK W TYM MODELU ROŚNIE.

W 16 krajach apteki funkcjonują w modelu „AdA”

(są to: Niemcy, Belgia, Dania, Francja, Luksemburg, Hiszpania, Austria, Włochy (do 2018 r.), Finlandia, Estonia, Łotwa, Polska, Węgry, Słowenia, Cypr, Grecja).

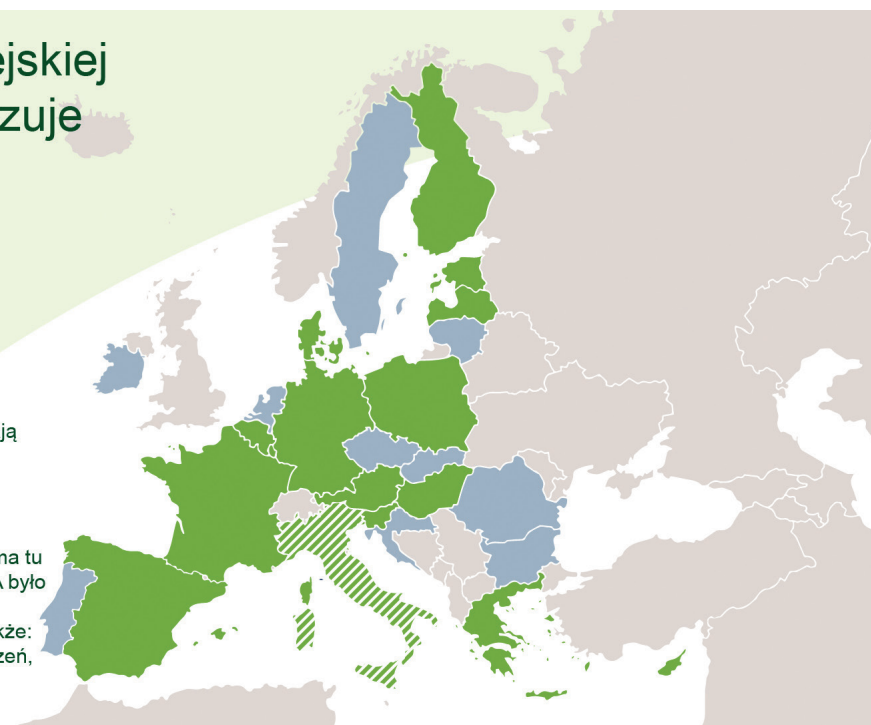
Kraje Unii Europejskiej w których obowiązuje model AdA



państwa, w których apteki działają
w oparciu o model AdA



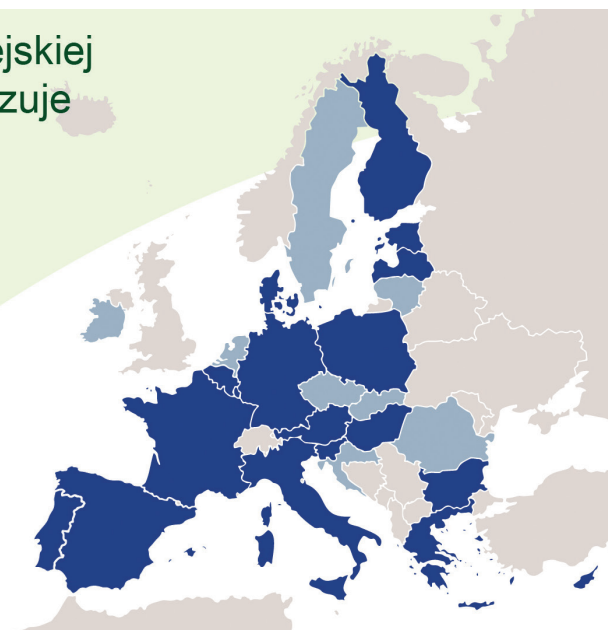
odeszli od zasady AdA, ale nie ma tu
sieci aptecznych, zniesienie AdA było
elementem szerokiej ustawowej
"liceralizacji rynku w zakresie także:
bankowości, turystyki, ubezpieczeń,
transportu itd.



18 krajów UE w swoim prawodawstwie zabrania tworzenia sieci aptecznych – są to: Niemcy, Belgia, Dania, Francja, Luksemburg, Hiszpania, Austria, Włochy (do 2018 r.), Finlandia, Estonia, Łotwa, Polska, Węgry, Słowenia, Cypr, Grecja, Portugalia i Bułgaria.

Kraje Unii Europejskiej w których obowiązuje zakaz tworzenia sieci aptecznych

- zakaz tworzenia sieci aptecznych
- pozostałe kraje Unii Europejskiej

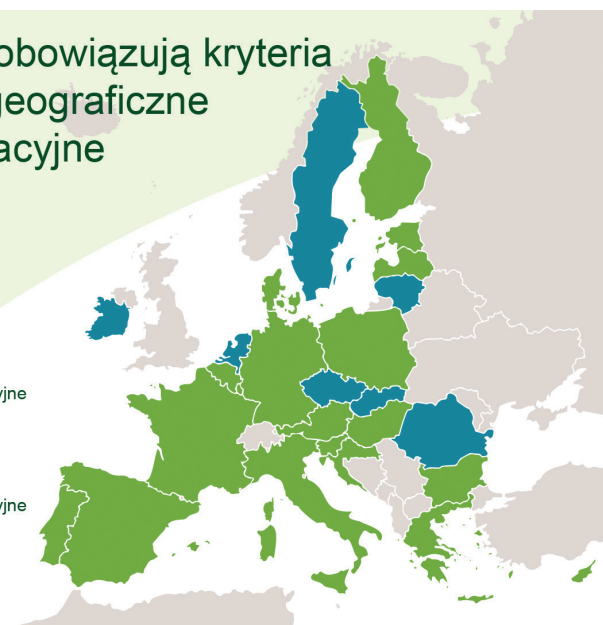


PRZYGLĄDAJĄC SIĘ MAPIE EUROPY, WYRAŹNIE WIDAĆ, ŻE ZDECYDOWANA WIĘKSZOŚĆ KRAJÓW PRZYJĘŁA W SWOIM PRAWODAWSTWIE OGRANICZENIA MAJĄCE NA CELU SILNĄ REGULACJĘ RYNKU APTECZNEGO.

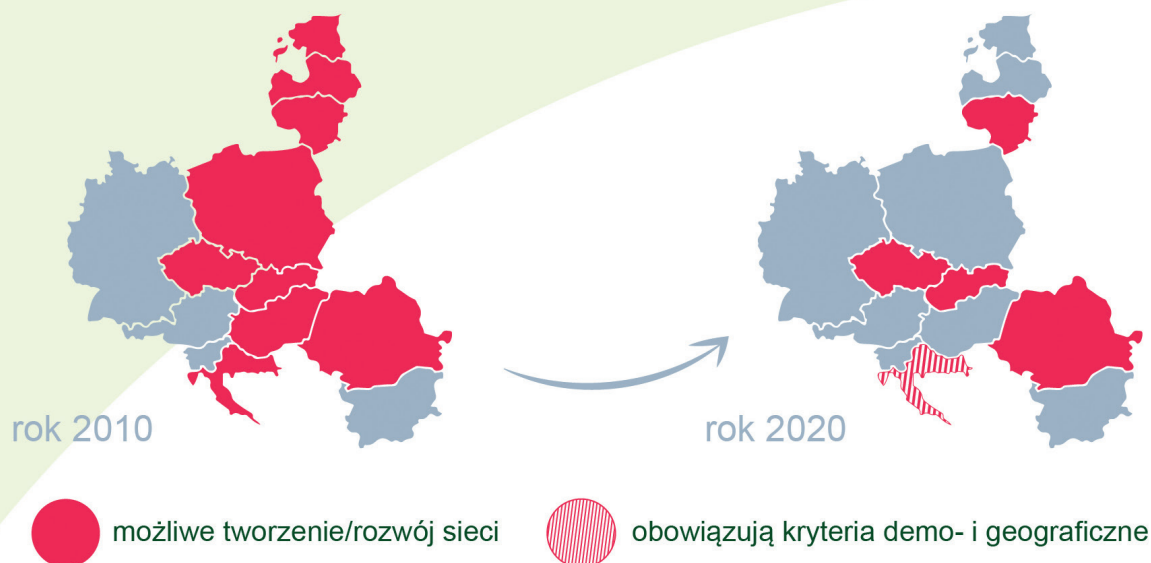
Kryteria demo-, geograficzne i/lub limity antykoncentracyjne obowiązują w: Grecji, na Cyprze, w Hiszpanii, w Belgii, na Łotwie, w Estonii, w Polsce (odpowiednie przepisy zostały wprowadzone, niestety - są one obchodzone, więc regulacja nie działa tak, jak powinna), we Włoszech, Francji, Portugalii, Chorwacji, na Węgrzech, w Niemczech, w Słowenii, Austrii, Luksemburgu, Finlandii i Danii.

Kraje, w których obowiązują kryteria demograficzne, geograficzne lub antykoncentracyjne

- Obowiązują kryteria demo - geograficzne, antykoncentracyjne
- Nie obowiązują kryteria demo - geograficzne, antykoncentracyjne



Możliwość tworzenia sieci



SIECI APTEK

– TYPOWE W BLOKU POSTKOMUNISTYCZNYM

Model liberalny, zderegulowany, w którym mogą powstawać sieci aptek ma dwojaką genezę.

W Irlandii, czy Holandii pierwotnie panował model ściśle regulowany, jak we wszystkich krajach Starej Unii. Został zliberalizowany wtórnie, stąd stosunkowo niski udział sieci w rynku oraz stabilna i silna pozycja aptek indywidualnych.

W bloku postkomunistycznym model zderegulowany miał charakter pierwotny i planowy. Wprowadzony na etapie transformacji na nieukształtowanych, niestabilnych rynkach służył ułatwieniu przejmowania kontroli nad rynkami aptecznymi w tych krajach.

Wyjątkiem w grupie krajów bloku postkomunistycznego była Bułgaria - wprowadzono tam zakaz tworzenia sieci.

Po 2010 r. swoje rynki uregulowały także Węgry, Łotwa i Estonia. Te kraje przeprowadziły reformy polegające na wprowadzeniu zasady „AdA” wraz z wprowadzeniem okresów dostosowawczych, w trakcie których wszystkie podmioty prowadzące apteki były zmuszone dostosować się do nowych przepisów.

ZLIKWIDOWANO SIECI APTEK

W 2017 r. regulację „AdA” wprowadziła także Polska, jednakże zrezygnowano z obowiązku dostosowania się rynku do nowych przepisów. Spowodowało to szereg perturbacji, a w konsekwencji nie wszystkie zakładane cele ustawy udało się spełnić.

Model „AdA” to europejski złoty standard.

VI.

CELE WPROWADZENIA USTAWY APTEKA DLA APTEKARZA W POLSCE

1. Profesjonalizacja aptek, podniesienie jakości oferowanych w nich usług zdrowotnych.
2. Równomierne rozmieszczenie aptek ogólnodostępnych i zagwarantowanie społeczeństwu równego dostępu do leków i usług farmaceutycznych.
3. Uzyskanie pełnej i gwarantowanej niezależności farmaceuty od podmiotu prowadzącego aptekę, zwiększenie odpowiedzialności farmaceuty.
4. Wykorzystanie potencjału aptek w systemie ochrony zdrowia i zerwanie ze szkodliwym dla pacjentów modelem komercyjnego obrotu lekami.
5. Zablokowanie rozwoju sieci aptecznych, a dzięki temu:
 - zwiększenie konkurencji na rynku aptecznym;
 - ochrona aptek niezależnych, małych biznesów, za którymi nie stoją wielkie przedsiębiorstwa;
 - ochrona polskiego kapitału przed przejęciem przez duże, międzynarodowe podmioty;
 - ochrona przed utratą kontroli państwa nad jednym ze strategicznych rynków.
6. Uniemożliwienie odtwarzania zezwoleń na prowadzenie apteki przez podmioty, które zezwolenia straciły na skutek działań niezgodnych z prawem.

VII.

SKUTKI WPROWADZENIA USTAWY APTEKA DLA APTEKARZA W POLSCE

1. Oddanie aptek w ręce profesjonalistów – farmaceutów – pozwoliło podnieść jakość oferowanych w tych placówkach usług.

- Wymóg, by apteki mogły być prowadzone wyłącznie przez wykształconych w tym kierunku profesjonalistów aptekarzy jest typowy dla prawodawstw większości krajów Unii Europejskiej i jest pojmowany jako gwarancja bezpieczeństwa publicznego, której nie mogą zapewnić podmioty nieprofesjonalne.
- Regulacje uzdrowiły funkcjonowanie rynku aptecznego – apteki na powrót zaczynają pełnić swoją podstawową rolę - placówek ochrony zdrowia;

Aptekarze przygotowują się do wdrożenia Opieki Farmaceutycznej, ruszają szkolenia dla farmaceutów z zakresu realizacji szczepień przeciw COVID-19, planowany jest rozwój kolejnych usług farmaceutycznych, trwają pilotaże;

2. Eliminacja z rynku nieuczciwych przedsiębiorców.

- 183 aptekom cofnięto zezwolenie za „odwrócony łańcuch dystrybucji” (lata 2016-2020 r., dane GIF), kolejne śledztwa są w toku.
- Przygotowany przez ustawodawcę mechanizm wprowadził surowe konsekwencje dla podmiotów uwikłanych w proceder nielegalnego wywozu leków za granicę czy handlu pseudoefedryną.
- Wprowadzone regulacje pokrzyżowały plany mafii lekowej – przed wprowadzeniem AdA raz zamknięta apteka, zamieszana w przestępczy proceder, otwierana była ponownie, w tej samej lokalizacji, na nową spółkę, ale tych samych właścicieli. Przed wprowadzeniem AdA brakowało regulacji, które mogłyby temu zjawisku przeciwdziałać.

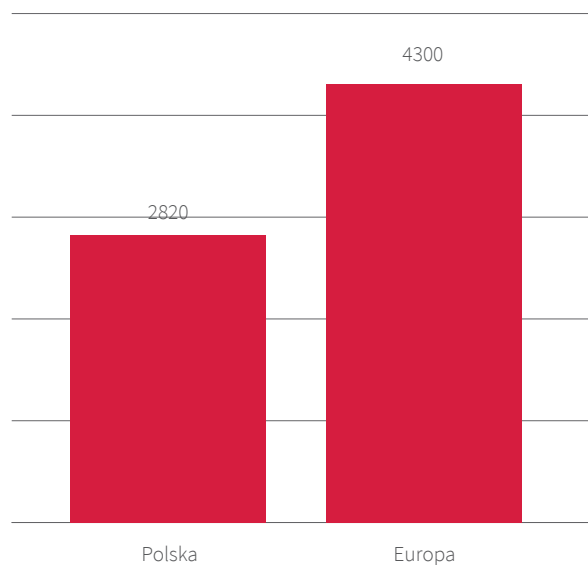
3. Apteki powstają tam, gdzie są potrzebne – powstało ponad nowych 500 aptek, poprawia się dostępność do nich głównie na wsiach i w małych miasteczkach.

- Wcześniej apteki były zakładane jedna przy drugiej w najbardziej atrakcyjnych ekonomicznie lokalizacjach, a nie tam, gdzie faktycznie były potrzebne.

4. Ustabilizowanie liczby aptek i poprawa ich sytuacji finansowej oznacza wzrost dostępności do leków.

- Przewidywany spadek liczby aptek przyczyni się do wzrostu rentowności i płynności aptek, jak i ich lepszej obsady oraz dostępności leków „od ręki”(6), przy czym w Polsce nadal jest zbyt dużo aptek.

Liczba osób przypadająca na 1 aptekę w Polsce i Europie



VIII.

USTAWA APTEKA DLA APTEKARZA - CO SIĘ NIE UDAŁO?

Sieci apteczne „obchodzą” wprowadzone ustawą limity antykoncentracyjne, na dwa sposoby:

- **przez skup udziałów spółek prowadzących apteki** (przykład – 5 lutego 2021 r. do Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów wpłynął wniosek o zgodę na koncentrację – największa w Polsce sieć aptek DOZ SA chce przejąć kontrolę nad siecią Euro-Apteka sp. z o.o. (sygnatura sprawy: DKK- 1.421.8.2021. JBG), mimo, że zapisy „AdA” wprost zakazują przejmowania kontroli nad więcej niż 4 aptekami)
- **przez kupno aptek na podstawioną osobę (tzw. słupa).**

Obie metody stanowią naruszenie przepisów antykoncentracyjnych wprowadzonych ustawą „Apteka dla Aptekarza”.

Związek Aptekarzy Pracodawców Polskich Aptek (ZAPPA) dwa lata po wprowadzeniu AdA wydał raport mówiący o przejęciu tą drogą ok. 700 aptek m.in. przez cypryjskie i holenderskie spółki prowadzące w Polsce sieci aptek.

Obecnie, według szacunków ZAPPA, liczba ta przekracza już 1000 aptek.

Mec. Marcin Antoniak z Głównej Inspekcji Farmaceutycznej zauważył:

„Inspekcja farmaceutyczna zidentyfikowała dziwne i niepokojące zjawisko wykorzystywania istniejącej od wielu lat w Polsce franczyzy do obchodzenia ustawy AdA i 1 proc. I to nie jest sam problem umowy franczyzowej. Pod płaszczykiem franczyzy robi się wianuszek umów o współpracę, wynajem lokalu, doradztwo w zakresie prawnym, zarządzania, kadrowym. Wreszcie - o umowę pożyczki. Nagle okazuje się, że jeden przedsiębiorca, magister farmacji, który na pierwszy rzut oka wszedł jako franczyzobiorca, uruchamia nową aptekę, jest wmontowany w pewien zlepek stosunków gospodarczych, gdzie umowa franczyzy jest tylko kwiatkiem do kożucha. Kluczowa jest umowa pożyczki zawarta na zupełnie nierynkowych warunkach”(7).

**USTAWA NIE USTABILIZOWAŁA UDZIAŁÓW
W RYNKU APTEK INDYWIDUALNYCH
I APTEK SIECIOWYCH, A TAKŻE NIE
ZABEZPIECZYŁA RYNKU PRZED
PRZEJĘCIEM PRZEZ KAPITAŁ
ZAGRANICZNY.**

REKOMENDACJE

Ponieważ ustawa „Apteka dla Aptekarza” nie w pełni ustabilizowała rynek apteczny, konieczne są dalsze reformy nastawione na ochronę rynku aptecznego przed negatywnymi konsekwencjami rozwoju sieci aptecznych;

**KONIECZNE JEST USZCZELNIENIE
USTAWY „APTEKA DLA APTEKARZA”
CELEM ŁATWIEJSZEGO
EGZEKWOWANIA JEJ ZAPISÓW,
ZE SZCZEGÓLNYM
UWZGLĘDNIENIEM PRZEPISÓW
ANTYKONCENTRACYJNYCH.**

Zapowiedź takiej zmiany zawarta jest w „**Strategii na rzecz rozwoju aptek**” – dokumencie podpisanym 5 października 2020 r. przez Ministerstwo Zdrowia i Naczelną Izbę Aptekarską.

W dokumencie tym czytamy, że:

„Minister Zdrowia podejmie pilne i efektywne działania w celu:

(...)

9. Skutecznego egzekwowania stosowania przepisów antykoncentracyjnych, w tym ustanawiających zakaz prowadzenia więcej niż 4 aptek w skali kraju lub 1% aptek w skali województwa, zwiększenia nadzoru oraz wysokości kar za ich naruszenie – I kwartał 2021 r.”(8). [Termin został oznaczony orientacyjnie i z uwagi na pandemię nie jest wiążący - przyp. ZAPPA].

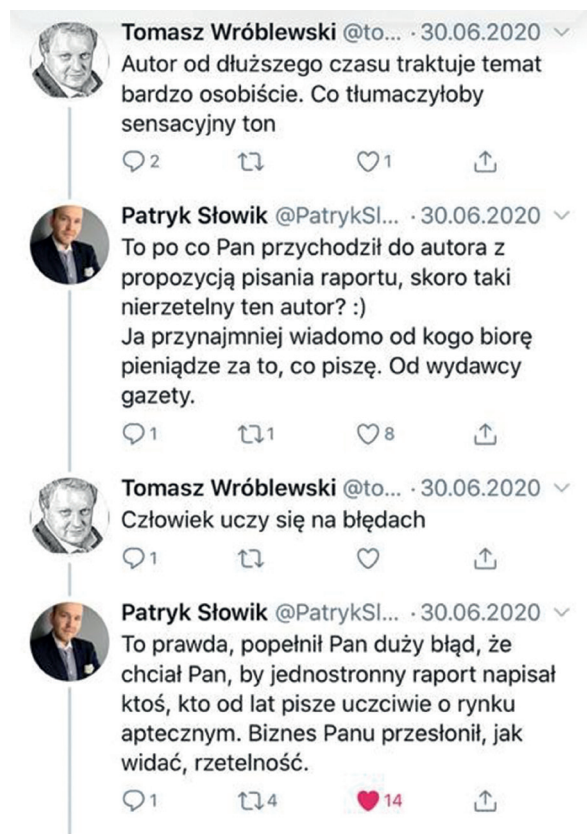
**BRAK DZIAŁAŃ MOŻE PROWADZIĆ
DO POGŁĘBIANIA SIĘ NEGATYWNYCH
ZJAWISK, BĘDĄCYCH PRZYCYNĄ
WPROWADZENIA USTAWY „APTEKA
DLA APTEKARZA”, WSKAZANYCH
W UZASADNIENIU USTAWY.**

Są to:

- monopolizacja rynku,
- przejęcie go przez międzynarodowe podmioty tworzące sieci apteczne,
- straty dla budżetu państwa (optymalizacje podatkowe),
- zaburzenie konkurencji na rynku aptecznym (w wyniku naruszenia przepisów antykoncentracyjnych),
- brak równego dostępu aptek do leków,
- wypaczenie roli aptek – uczynienie z nich biznesu kosztem pacjentów i systemu ochrony zdrowia.

**NALEŻY RÓWNIEŻ PRZECIWDZIAŁAĆ
ATAKOM NA USTAWĘ „APTEKA DLA
APTEKARZA” – W OSTATNIM CZASIE
OBSERWUJEMY NASILONE PRÓBY
DYSKREDYTACJI USTAWY „ADA” PRZEZ
ORGANIZACJE REPREZENTUJĄCE
ZAGRANICZNE SIECI APTECZNE.**

- W przestrzeni medialnej pojawiają się raporty nieznanych autorów, tworzone przez agencje lobbujące. Autorzy tych dokumentów nie podają publicznie informacji na temat tego, na czyje zamówienie dokumenty te powstały, a zatem – kto za nie zapłacił.
- Raporty uzupełniają wykupione w mediach artykuły sponsorowane. Wszystkie te publikacje łączy jedno - podają fałszywe informacje o sytuacji na rynku aptecznym, opierają się na zmanipulowanych danych, nie odwołują się w swych tezach do żadnych wiarygodnych źródeł.
- Agencja PR zatrudniane są celem dyskredytacji wybranych członków Naczelnej Rady Aptekarskiej i ZAPPA.



Screen z wymiany wiadomości między red. Patrykiem Słowikiem, dziennikarzem „Dziennika Gazety Prawnej”, laureatem prestiżowych nagród za publikacje opisujące patologie w sieciach aptecznych a Tomaszem Wróblewskim, prezesem Warsaw Enterprise Institute, związanego z ZPP, który reprezentuje zagraniczne sieci apteczne w Polsce.

1. Uzasadnienie ustawy Prawo farmaceutyczne (druk Sejmu RP nr 1126), [http://orka.sejm.gov.pl/Druki8ka.nsf/Projekty/8-020-424-2016/\\$-file/8-020-424-2016.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki8ka.nsf/Projekty/8-020-424-2016/$-file/8-020-424-2016.pdf)
2. Uzasadnienie ustawy Prawo farmaceutyczne (druk Sejmu RP nr 1126)
3. Dyrektywa 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 6 listopada 2001 r. w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi (Dz.Urz. L 311 z 28.11.2001r.)
4. <https://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=&docid=78515&pageIndex=0&doclang=PL&mode=lst&dir=&occ=first&part=1&cid=2089000>
5. <https://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=&docid=78517&pageIndex=0&doclang=PL&mode=lst&dir=&occ=first&part=1&cid=2088143>
6. <https://grantthornton.pl/wp-content/uploads/2020/02/Rynek-apteczny-w-Polsce-REPORT-Grant-Thornon-2020-02-12-PS.pdf>
7. Posiedzenie Parlamentarnych Zespołów ds. Ochrony Praw Konsumentów i Przedsiębiorców i ds. Polityki Lekowej (15.03.2021 r.)
8. <https://www.nia.org.pl/wp-content/uploads/2020/10/porozumienie-MZ-i-NIA.pdf>

A stylized map of Poland is located in the bottom left corner of the page. It is rendered in a light pink color, matching the background, and shows the outline of the country with internal regional divisions.

ZAPPA

ZWIĄZEK APTEKARZY
PRACODAWCÓW POLSKICH APTEK