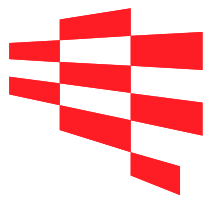




Sytuacja rynku aptek w Polsce i wybranych krajach Europy

Wyciąg z raportu systemowego
Pracodawców RP na podstawie
danych IQVIA wraz z rekomendacjami
PRP dla rozwoju polskiego rynku
aptecznego



PRACODAWCY RP



Spis treści

01. Wstęp	01
02. Charakterystyka rynku aptecznego w Polsce	02
03. Formy prowadzenia działalności aptecznej w Polsce	06
04. Sytuacja kadrowa w aptekach	07
05. Rozwój opieki farmaceutycznej w Polsce	08
06. Rynek apteczny w wybranych krajach Unii Europejskiej	10
07. Porównanie regulacji obowiązujących w Polsce i w wybranych krajach UE	14
08. Analiza liczby oraz struktury właścicielskiej aptek w Polsce i w wybranych krajach UE	16
09. Stopień rozwoju opieki i usług farmaceutycznych w aptekach w analizowanych krajach UE	19
10. Apteki internetowe i analiza leków dostępnych w sprzedaży on-line	21
11. Skutki wybranych regulacji: Analiza potencjalnego wpływu przepisów AdA 2.0 na polski rynek apteczny	22
12. Skutki wybranych regulacji Analiza potencjalnego wpływu przepisów AdA 2.0 na pacjentów	23
13. Rekomendacje Pracodawców RP dla rynku aptecznego w Polsce	26

01 Wstęp

Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie wyników analizy aktualnej sytuacji na rynku aptek w Polsce i wybranych krajach Europy oraz porównanie regulacji określających zasady prowadzenia działalności aptecznej w Polsce i zagranicą. Jako bazę porównawczą wykorzystano wybrane kraje europejskie, do których należą: Estonia, Francja, Hiszpania, Holandia, Irlandia, Niemcy, Węgry, Wielka Brytania oraz Włochy.

W raporcie ujęto kompleksową analizę zmian prawnych, które miały miejsce w polskim ustawodawstwie po wejściu w życie nowelizacji ustawy Prawo farmaceutyczne tzw. *Apteka dla aptekarza (AdA)*¹ w 2017 roku oraz po wprowadzeniu ustawy z dnia 13 lipca 2023 r. o zmianie ustawy o gwarantowanych przez Skarb Państwa ubezpieczeniach eksportowych oraz niektórych innych ustaw, której elementem była też zmiana ustawy Prawo farmaceutyczne, *Apteka dla Aptekarza 2.0 (AdA 2.0)*².

Raport został oparty na danych oraz informacjach pochodzących z publikacji i opracowań naukowych, analiz i raportów, a także monitoringu legislacyjnego oraz opinii ekspertów. W toku prac nad raportem uwzględniono również dane statystyczne pochodzące m.in. z Ministerstwa Zdrowia (MZ), Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) i Głównego Urzędu Statystycznego (GUS). W analizie posłużono się także danymi i informacjami stanowiącymi własność firmy IQVIA (IQVIA OneKey, IQVIA Pharmascope, IQVIA Key Market Insights).

02 Charakterystyka rynku aptecznego w Polsce

W Europie nie funkcjonuje jeden wyróżniający się model regulacji rynku aptek, jednak na tym polu Polska charakteryzuje się istotnie przeregulowanym modelem funkcjonowania placówek aptecznych w porównaniu do rozwiązań prawnych spotykanych w innych państwach Europy. W krajach takich jak Holandia, Irlandia, Wielka Brytania oraz Włochy przepisy mają charakter otwarty i przedsiębiorczy oraz zapewniają efektywność i możliwość nieskrępowanego rozwoju prowadzonej działalności gospodarczej w obszarze obrotu detalicznego produktami leczniczymi. W ostatnich latach w wielu krajach Europy Zachodniej (m.in. Hiszpania, Irlandia czy Włochy) występuje trend liberalizacji przepisów antykoncentracyjnych, z jednoczesnym zaostrzeniem się prawa w krajach Europy Środkowo-Wschodniej tj. Estonii, Polsce czy na Węgrzech.

Na polskim rynku funkcjonuje kilka modeli biznesowych prowadzenia aptek: apteki indywidualne, prowadzone bezpośrednio przez farmaceutę; mikro sieci, czyli podmioty apteczne posiadające od 2-4 aptek; sieci wirtualne (w ramach modelu franczyzy lub poprzez uczestnictwo w tzw. dobrze zorganizowanym programie partnerskim hurtowni); model aptek sieciowych, w ramach którego podmiot apteczny posiada powyżej 4 aptek.

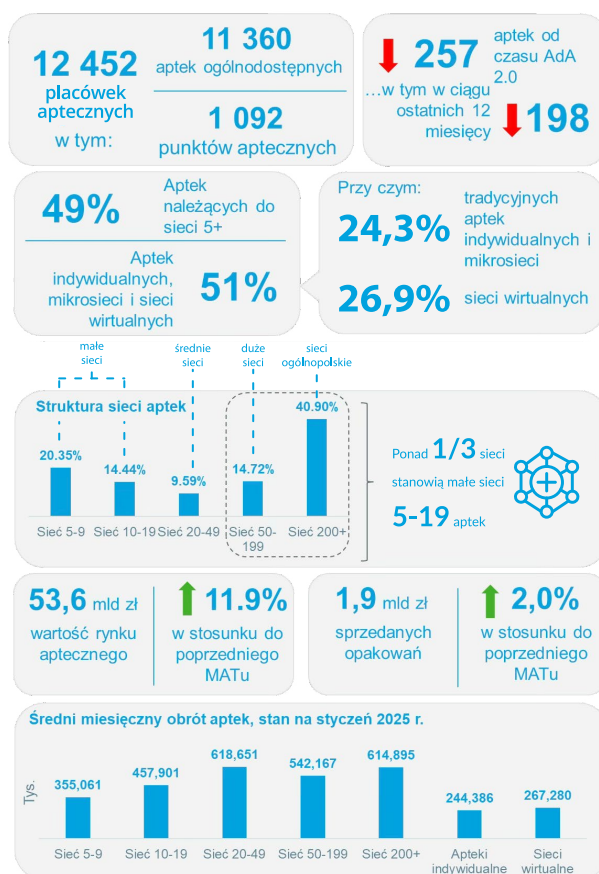
Po 2017 roku, czyli po wprowadzeniu przepisów określanych jako Apteka dla Aptekarza, obserwuje się w Polsce silny rozwój programów partnerskich. Program partnerski to rodzaj zorganizowanej grupy aptek, które zrzeszają się w celu prowadzenia wspólnej polityki zakupowej. W polskich warunkach organizowane są w większości przez hurtownie farmaceutyczne, z których część swoim zakresem zacieśnionej współpracy wykracza poza standardową definicję grupy zakupowej. Takie programy, określane jako dobrze zorganizowane, zaliczane są do segmentu sieci wirtualnych, w przeciwieństwie do mniej rygorystycznych grup zakupowych.

Polski rynek apteczny jest rozdrobniony, konkurencyjny, z istotnym udziałem polskiego kapitału i przewagą liczebną aptek indywidualnych oraz zrzeszonych w sieciach wirtualnych. Najliczniejszą grupą w jego strukturze są małe i średnie przedsiębiorstwa rodzinne.

Udziały poszczególnych modeli w strukturze aptek na styczeń 2025 r. szacowane są na: 24% aptek indywidualnych (w tym także uczestniczących w grupach zakupowych), 27% aptek w ramach sieci wirtualnych (franczyza lub dobrze zorganizowane programy partnerskie) oraz 49% aptek sieciowych. Trzeba jednak podkreślić pewną trudność w jednoznacznej kwalifikacji poszczególnych placówek do konkretnych modeli prowadzenia aptek – prezentacje okresowe największej polskiej hurtowni farmaceutycznej, która wskazywała, że już w 2022 r blisko 4 tys. aptek przynależało do jej różnego rodzaju programów partnerskich, pozwalają przypuszczać, że do sieci wirtualnych należy zdecydowanie więcej niż 27% ogółu aptek.

Trudność w jednoznacznym dopasowaniu apteki do wybranego modelu polega na tym, że do programów partnerskich mogą należeć zarówno apteki indywidualne jak i mikro oraz mniejsze sieci apteczne.

Rysunek 1. Podsumowanie rynku aptek w Polsce. Raport miesięczny – styczeń 2025 (porównanie rok do roku).

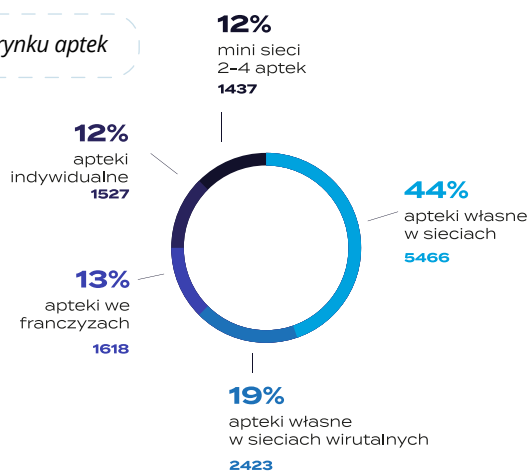


Źródło: IQVIA, stan na styczeń 2025 r, o ile nie wskazano inaczej.

Podjęcie do ilościowego przedstawienia rynku aptek w Polsce jest skomplikowane ze względu na różną definicję segmentów rynku. Firmy badawcze dzielą w różnicowany sposób rynek apteczny w oparciu o strukturę właścicielską i przyjęty model biznesowy.

Trudność w jednoznacznym dopasowaniu apteki do wybranego modelu polega na tym, że do programów partnerskich mogą należeć zarówno apteki indywidualne jak i mikro oraz mniejsze sieci apteczne.

Rysunek 2. Złożoność struktury rynku aptek



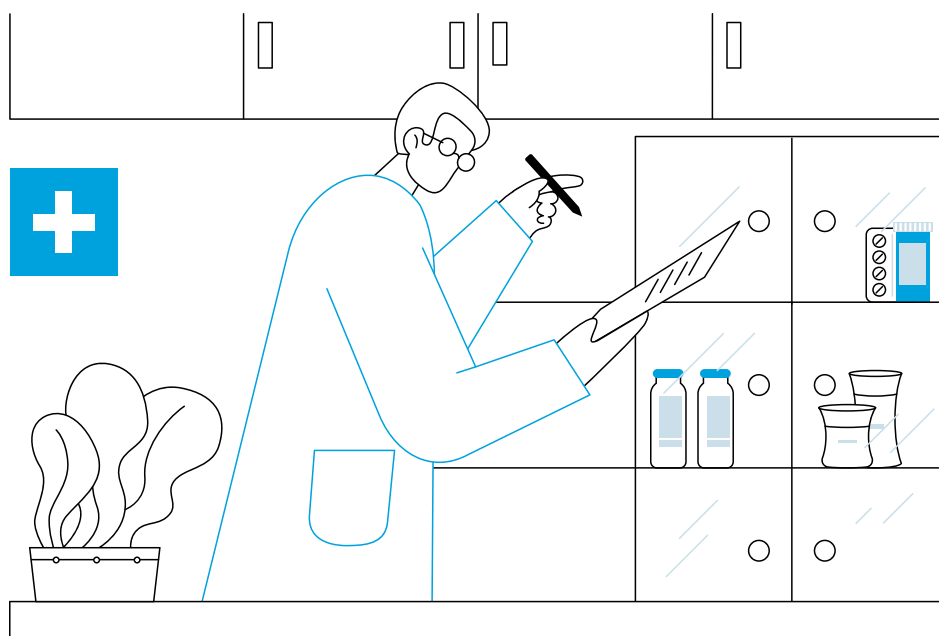
Źródło: PEX, dane za 07.2024.

Na początku XXI wieku w Polsce obserwowano dynamiczny rozwój rynku aptecznego – w 2000 r. liczba placówek aptecznych w Polsce wynosiła 8,3 tys., natomiast w szczytowym momencie w październiku 2017 r. w Polsce funkcjonowało 13 607 aptek. Od tego momentu placówek aptecznych w Polsce konsekwentnie ubywa, zgodnie z najnowszymi danymi w styczniu 2025 r. liczba aptek spadła do 11 360, co oznacza, że w trakcie niecałych 7 lat w Polsce zniknęło ich aż 2 247. Biorąc pod uwagę ostatnie 12 miesięcy, do stycznia 2025 r. zamknięto 197 apteki, zaś licząc od czasu wprowadzenia pod koniec 2023 r. przepisów AdA 2.0 liczba zamkniętych aptek wynosi 257. W grudniu 2017 r. funkcjonowało na polskim rynku 425 sieci aptecznych. Od tego czasu ich liczba ustawicznie spada. Obecnie w Polsce działają 302 sieci, w ramach których funkcjonuje łącznie 6 088 aptek oraz punktów aptecznych. Na przestrzeni lat 2017-2025 rośnie liczba aptek należących do sieci wirtualnych (franczyz i programów partnerskich), z maksymalną liczbą 3 050 aptek w październiku 2024 r.

W konsekwencji wejścia w życie regulacji AdA podmiotom prowadzącym sieci aptek a niebędącym farmaceutami uniemożliwiono otwieranie nowych placówek i nabywanie już istniejących. W 2023 r. przepisy zaostorzono wprowadzając AdA 2.0. Od tej pory aptekę może nabyć bądź otworzyć jedynie farmaceuta lub spółka farmaceutów, którzy posiadają mniej niż 4 apteki oraz nie zasiadają w organach podmiotu prowadzącego hurtownię farmaceutyczną, ani nie zajmują się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi. Nowe przepisy uniemożliwiły konsolidację aptek na rynku, przez co żaden podmiot prowadzący powyżej 3 aptek nie może zwiększać liczby posiadanych aptek. **Suma wszystkich regulacji, stopień ich restrykcji oraz duża dynamika zmian w ostatnich latach czynią polski rynek jednym z najbardziej przeregulowanych w Europie, a w wielu aspektach polskie regulacje są jednymi z dokonujących najgłębszej ingerencji i wprowadzającymi najsilniejsze ograniczenia spośród obowiązujących w innych krajach.** Postępujące w Polsce zaostżenie przepisów antykoncentracyjnych oraz regulujących swobodę prowadzenia działalności jest kierunkiem przeciwnym do trendów obserwowanych w krajach Europy Zachodniej (np. Hiszpania, Irlandia, Holandia, Włochy), w których następuje liberalizacja prawa farmaceutycznego w tym zakresie.



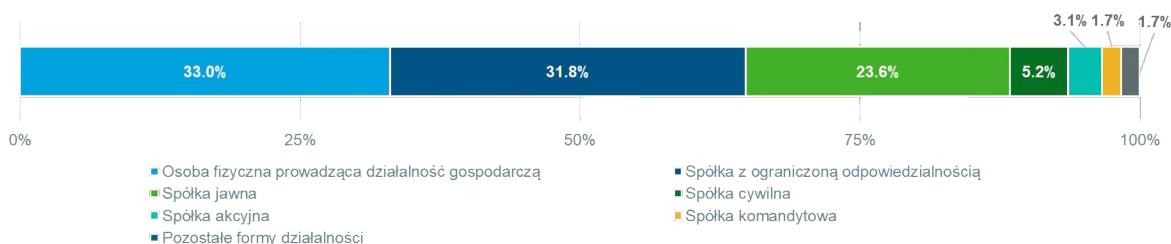
03 Formy prowadzenia działalności aptecznej w Polsce



Na rynku aptek ogólnodostępnych, zgodnie z danymi z Rejestru Aptek, dominują te prowadzone jako jednoosobowa działalność gospodarcza oraz spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, które stanowią odpowiednio 33% i 32% wszystkich aktywnych aptek w Polsce. Często spotykaną formą działalności jest także spółka jawna – tę formę wymuszają obowiązujące przepisy, co jest również niespotykane na innych rynkach. Mniej powszechnymi rozwiązaniami są spółki cywilne, komandytowe czy akcyjne.³ Ponad 60% form działalności aptecznych to działalności wysokiego ryzyka, w których właściciel odpowiada całym majątkiem.

Poniżej przedstawiono zestawienie form działalności właściwych dla aktywnych aptek na dzień 8 maja 2024 r., z pominięciem podmiotów, dla których nie ujawniono formy prowadzenia działalności.

Rysunek 3. Formy prawne aktywnych aptek w Polsce na dzień 6. lutego 2025 r.



Źródło: Opracowanie IQVIA na podstawie Krajowego Rejestru Zezwoleń na Prowadzenie Aptek Ogólnodostępnych, Punktów Aptecznych oraz Rejestru Udzielonych Zgód na Prowadzenie Aptek Szpitalnych i Zakładowych, zwanego w skrócie Rejestrem Aptek.

Uzyskanie zezwolenia na prowadzenie apteki w Polsce wiąże się z koniecznością spełnienia szeregu kryteriów regulowanych ustawą *Prawo farmaceutyczne*. Przede wszystkim, obecnie zezwolenie może uzyskać wyłącznie farmaceuta, spółka jawna lub partnerska, której wspólnikami/partnerami są wyłącznie farmaceuci. Dodatkowo obowiązuje limit posiadania maksymalnie 1% aptek w województwie oraz 4 aptek dla farmaceuty, niezależnie od tego czy prowadzi je sam czy robi to spółka z jego udziałem. Oznacza to, np. że spółka kilku farmaceutów, w tym właściciela 4 aptek lub udziałowca w innych spółkach prowadzących łącznie cztery apteki, nie może uzyskać zezwolenia. Wymagane jest także, aby nowo powstała apteka spełniała kryteria geograficzne i demograficzne, zgodnie z którymi odległość od aktualnie funkcjonujących aptek nie może być mniejsza niż 500 m, zaś jedna placówka powinna przypadać na co najmniej 3 tys. mieszkańców gminy (warunek ten nie dotyczy apteki oddalonej od najbliższej funkcjonującej placówki o co najmniej 1 000 m w linii prostej).^{4,5}

Obok formy prawnej prowadzenia działalności, istotną rolę odgrywa przyjęty przez właścicieli model biznesowy. W przypadku aptek indywidualnych konieczne jest, aby osoba prowadząca aptekę posiadała kompetencje zarówno w dziedzinie farmacji, jak i zarządzania biznesem. Trudności związane z połączeniem tych dwóch ról są jedną z przyczyn, dla których większość zamykanych aptek to właśnie placówki indywidualne.⁶ W aptekach indywidualnych zatrudnia się przeważnie niewielką liczbę pracowników, w konsekwencji w takiej placówce możliwości świadczenia dodatkowych usług, np. w ramach opieki farmaceutycznej, są w znacznym stopniu ograniczone.⁷

Najbardziej ustrukturyzowany model prowadzenia aptek w Polsce stanowią sieci apteczne, gdzie jeden podmiot posiada co najmniej 5 aptek oraz może zarządzać wieloma filiami pod wspólną nazwą. W sieci najczęściej zachowana zostaje wspólna strategia biznesowa, cechy wystroju wnętrz, oraz w pewnym zakresie rodzaj dodatkowych usług, produktów, polityka zakupowa i cenowa. Sieci apteczne wykazują bardzo wysoki potencjał organizacyjny do rozwoju dodatkowych usług na terenie swoich placówek. Wynika to m.in. z większych możliwości w zakresie zatrudnienia i wyszkolenia personelu, ale także dłuższych godzin otwarcia placówek.^{8,9}

Model franczyzowy zaliczany do sieci wirtualnych pozwala podmiotom prowadzącym apteki indywidualne, a czasami także mniejsze sieci, utrzymać konkurencyjny poziom usług i warunki handlowe podobne do modelu aptek sieciowych, przy mniejszym poziomie integracji z organizatorem sieci wirtualnej. Stanowi on formę współpracy między przedsiębiorcami posiadającymi apteki a rozpoznawalną marką – franczyzodawcą, który udostępnia prawa własności intelektualnej oraz udziela swojego doświadczenia, a także pomocy technicznej i handlowej.^{10,11} Jak już wspomniano, najtrudniejszym do precyzyjnego zdefiniowania modelem jest zaliczany również do segmentu sieci wirtualnych model udziału apteki w dobrze zorganizowanym programie partnerskim. W warunkach rynku polskiego organizatorem programów partnerskich są głównie hurtownie farmaceutyczne – bezpośrednio zrzeszanie się aptek indywidualnych w sieci wirtualne jest coraz rzadsze.

Główną funkcją organizacji programów partnerskich bez współdziałania hurtowni jest działanie na zasadzie wysoce zintegrowanych grup zakupowych w celu wywarcia większej presji zakupowej na hurtowniach (rabat pośredni) i firmach farmaceutycznych (rabat bezpośredni), podobnie jak ma to miejsce w przypadku aptek funkcjonujących w modelu sieciowym. Programy partnerskie organizowane bez współdziałania hurtowni należy jednak odróżnić od grup zakupowych, m.in. ze względu na występującą w programach partnerskich integrację, która może przebiegać na różnych płaszczyznach, w zależności od stopnia zaangażowania apteki, podobnie jak zakres udostępnianych narzędzi czy szkoleń. W ramach współpracy partnerskiej apteki mogą otrzymać m.in. rabaty na zakup leków czy też liczne możliwości szkoleń dla farmaceutów, np. dotyczące świadczenia usług opieki farmaceutycznej. W przypadku programów partnerskich organizator może mieć wpływ na politykę zakupową i/lub sprzedażową aptek przynależących do sieci wirtualnej.^{12, 13}

Od wyboru właściwego modelu biznesowego prowadzenia apteki istotnie zależy konkurencyjność oraz funkcjonowanie danej placówki. Warto jednak zaznaczyć, że z ekonomicznego punktu widzenia model sieciowy może być korzystnym rozwiązaniem dla aptek, ze względu na m.in. wyraźnie większe przeciętne miesięczne obroty niż w przypadku aptek indywidualnych. Różnicę tę można przypisać możliwości utrzymania wysokiej konkurencyjności przez apteki zrzeszone w sieciach, co wynika m.in. z ich silniejszej pozycji negocjacyjnej względem dostawców. Dzięki temu większe podmioty mają możliwość oferowania pacjentom produktów w niższych cenach. Do tego dochodzi też aktywniejsze wdrażanie i utrzymywanie w aptekach sieciowych dodatkowych usług, co oznacza, że model sieciowy ostatecznie może też być najbardziej atrakcyjnym z perspektywy pacjenta.

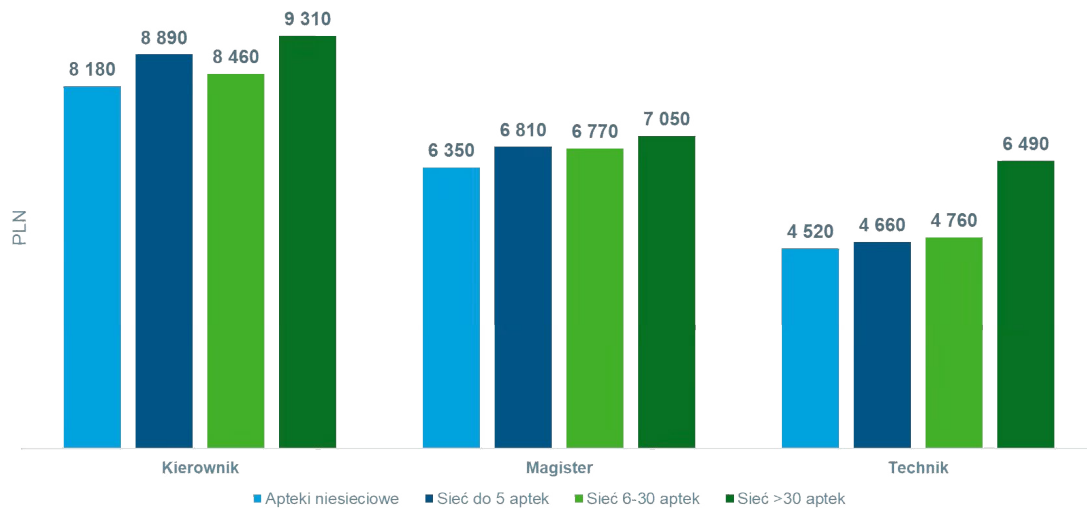
04 Sytuacja kadrowa w aptekach

Według danych GUS na dzień 31 grudnia 2023 r. w aptekach ogólnodostępnych, zakładowych i punktach aptecznych pracowało łącznie 63,2 tys. osób, z czego 25,9 tys. osób posiadało tytuł magistra farmacji (wzrost o 0,4% w stosunku do poprzedniego roku), zaś 31,9 tys. tytuł technika farmaceutycznego (o 0,3% mniej). Pozostali pracownicy stanowili personel niefachowy.¹⁴

Sytuacja finansowa wykwalifikowanych pracowników zatrudnianych w aptekach jest ściśle powiązana z poziomem ich uprawnień. Na najwyższe wynagrodzenia w 2023 r. mogli liczyć kierownicy aptek – ich wynagrodzenie wynosiło średnio około 8,7 tys. zł. (brutto) Na drugim miejscu znajdowali się pracownicy z tytułem magistra farmacji, którzy otrzymywali średnio 6,7 tys. zł. Najniższą płacę, na poziomie około 5,1 tys. zł otrzymywali natomiast technicy farmaceutyczni.¹⁵

Biorąc pod uwagę model funkcjonowania apteki, można zauważyć, iż pracownicy aptek sieciowych mogą liczyć na wyższe wynagrodzenie niż pracownicy aptek indywidualnych. Pracownicy tych ostatnich zarabiają najmniej, niezależnie od szerokości zatrudnienia. Najlepsze zarobki oferują sieci obejmujące powyżej 30 aptek.¹⁶

Rysunek 4. Wysokość wynagrodzenia pracowników aptek w zależności od stanowiska oraz przynależności apteki do określonego segmentu rynku.



Źródło: IQVIA, Raport płac 2023.

05 Rozwój opieki farmaceutycznej w Polsce

Podstawowym założeniem opieki farmaceutycznej jest zaangażowanie farmaceuty w aktywną, wielopoziomą opiekę nad pacjentem, obejmującą współpracę pomiędzy farmaceutą, lekarzem i innymi przedstawicielami zawodów medycznych.^{17, 18}

Opieka farmaceutyczna formalnie została wprowadzona w Polsce 16 kwietnia 2021 roku, jest regulowana ustawą z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty i obejmuje: prowadzenie konsultacji farmaceutycznych, wykonywanie przeglądów lekowych, opracowywanie indywidualnego planu opieki farmaceutycznej, wystawianie recept i wykonywanie testów diagnostycznych. Nie jest ona obecnie uwzględniona w koszyku świadczeń gwarantowanych i tym samym nie jest finansowana ze środków publicznych – w konsekwencji nie jest dostępna bezpłatnie dla pacjentów. Wyjątek stanowi wprowadzony w 2024 program pilotażowy antykoncepcji awaryjnej: w aptekach, które zgłosiły się do programu farmaceuci mogą przeprowadzać finansowaną przez NFZ konsultację z pacjentkami, a następnie wystawić receptę farmaceutyczną na antykoncepcję awaryjną.

Oprócz wymienionych powyżej usług formalnie zaliczanych do opieki farmaceutycznej zgodnie z ustawą o zawodzie farmaceuty, istnieje również szereg świadczeń, które mogą zostać zrealizowane w aptece, a które regulowane są w innych ustawach bądź rozporządzeniach.

Należą do nich m.in. szczepienia rozpowszechnione w okresie pandemii COVID-19. Zaletą szczepień w aptece jest łatwy i szybki dostęp do placówek czynnych często do późnych godzin wieczornych, także w weekendy, oraz zlokalizowanych w pobliżu miejsca zamieszkania pacjenta. Czyni je to idealnym miejscem do świadczenia usług zdrowotnych ukierunkowanych na szeroki profil pacjentów.^{19, 20} Obecnie szczepienia mogą wykonywać wyłącznie farmaceuci posiadający uprawnienia do wykonania kwalifikacji do szczepienia oraz podania szczepionki, nadawane po przebyciu dedykowanych kursów dla farmaceutów. Apteka, aby prowadzić tego typu usługi, powinna mieć wydzieloną ku temu przestrzeń lub dostosowane pomieszczenie administracyjno-biurowe, gwarantujące zachowanie intymności oraz spełniające wymagania dotyczące wyposażenia.²¹

Ważnym aspektem wpływającym na sukces opieki farmaceutycznej jest zapewnienie jej finansowania ze środków publicznych. Wycena świadczenia musi jednak być na tyle wysoka, by aptekom opłacało się przygotować lokal i oddelegować pracownika do ich świadczenia.²² Zgodnie z wynikami badania przeprowadzonego przez serwis Medivacant, 90% farmaceutów i 82% właścicieli aptek uważa brak finansowania usług jako świadczenia zdrowotnego za główną przeszkodę w świadczeniu opieki farmaceutycznej.²³

Oprócz braku refundacji, innym czynnikiem potencjalnie utrudniającym efektywne wdrożenie opieki farmaceutycznej w Polsce może okazać się konsekwentnie malejąca liczba aptek i tym samym coraz większe obciążenie pracą zatrudnionych w nich farmaceutów oraz bariera rozwoju sieci aptecznych, które są lepiej przygotowane do świadczenia usług opieki farmaceutycznej pod względem infrastruktury lokalu i zasobów personalnych. Zgodnie z badaniami przeprowadzonymi przez *Aptekarską Szkołę Zarządzania* aż 35% aptek indywidualnych nie ma technicznej możliwości przystosowania apteki do świadczenia usług opieki farmaceutycznej.²⁴ Nadal spora część aptek indywidualnych to tzw. placówki typu B, które mimo narzuconego w 2002 roku wymogu dostosowania lokalu nadal nie spełniają wymagań lokalowych – mniejsza powierzchnia, brak receptury, brak podjazdu dla osób z niepełnosprawnością, zbyt niski poziom wentylacji pomieszczeń. Dodatkowo barierą są istniejące przepisy zakazujące reklamy o działalności aptecznej, które nie pozwalają ani na informowanie o realizowanych w danej aptece usługach, ani na zwiększanie świadomości pacjentów na temat korzyści płynących z opieki farmaceutycznej, uniemożliwiając tym samym efektywne wdrożenie tej usługi.

Pomimo pozytywnego stosunku do opieki farmaceutycznej, większość polskich aptek nie jest właściwie przygotowana do jej świadczenia. Należy podkreślić, iż zgodnie z wynikami wcześniej przytaczanego badania, 89% magistrów farmacji oraz 77% właścicieli aptek uważa, że opieka farmaceutyczna w formie udokumentowanego świadczenia zdrowotnego wykonywanego przez wykwalifikowanych farmaceutów jest kluczowa dla rozwoju aptek w Polsce.²⁵ Podobnie w przypadku badania ankietowego przeprowadzonego przez *Aptekarską Szkołę Zarządzania*, dotyczącego gotowości wdrożenia opieki farmaceutycznej przez apteki indywidualne, ustalono, iż 82% właścicieli chce, aby w ich aptece były realizowane świadczenia opieki farmaceutycznej. Mimo to, dla przykładu, stosunkowo niewielka liczba aptek uczestniczących w programie szczepień na COVID-19 świadczy o braku gotowości aptek do udzielania dodatkowych usług. Zgodnie z danymi publikowanymi na stronach Ministerstwa Zdrowia, jedynie mniej niż 30% aptek w Polsce brało lub bierze udział w programie szczepień (w sierpniu 2024 tylko ok. 2100 aptek było zarejestrowanych jako punkty szczepień). Jeszcze mniej aptek uczestniczy w pilotażowym programie dot. zdrowia reprodukcyjnego Polaków tj. wydawania tzw. pigułki „dzień po” – ok. 1300 placówek.

Problemy z wdrożeniem nowych usług dotyczą głównie aptek indywidualnych, które często posiadają ograniczenia lokalowe, kadrowe oraz niższe możliwości szkoleniowe niż apteki sieciowe. Dodatkowo, dla właściciela apteki indywidualnej delegowanie magistra farmacji do prowadzenia płatnych konsultacji wiąże się z oddelegowaniem go od pracy za pierwszym stołem, tym samym generując trudności kadrowo-organizacyjne – np. brak możliwości realizacji w czasie świadczenia usług recept na leki bardzo silnie działające lub zawierające w swoim składzie substancje odurzające.

Apteki sieciowe są znacznie lepiej przygotowane do świadczenia usług opieki farmaceutycznej. Posiadają m.in. koordynatora na poziomie sieci, najczęściej doświadczonego farmaceutę odpowiedzialnego za wdrożenie usług, w tym ich sprawniejsze rozliczanie z płatnikiem. Powoduje to, że apteki sieciowe są w stanie szybko i efektywnie wypracować standardy jakości oraz algorytmy postępowania oraz szeroko, skutecznie wdrożyć innowacyjne usługi. Osobną kwestią są lepsze warunki lokalowe, kadrowe i techniczne umożliwiające wykonywanie świadczeń opieki farmaceutycznej. Apteki sieciowe zapewniają również niezbędne szkolenia, umożliwiając rozwój zawodowy farmaceutów.²⁷

06 Rynek apteczny w wybranych krajach Unii Europejskiej

Uwarunkowania legislacyjne dotyczące rynku aptecznego mają bezpośredni wpływ na specyfikę prowadzonego biznesu. Liczba regulacji prawnych oraz ich zakres definiują ramy funkcjonowania oraz wpływają na specyfikę i spektrum świadczonych usług. Poniżej przeanalizowano specyfikę rynku aptek w Polsce w zestawieniu z próbą wybranych krajów Europy: Estonia, Francja, Hiszpania, Holandia, Irlandia, Niemcy, Węgry, Wielka Brytania oraz Włochy.

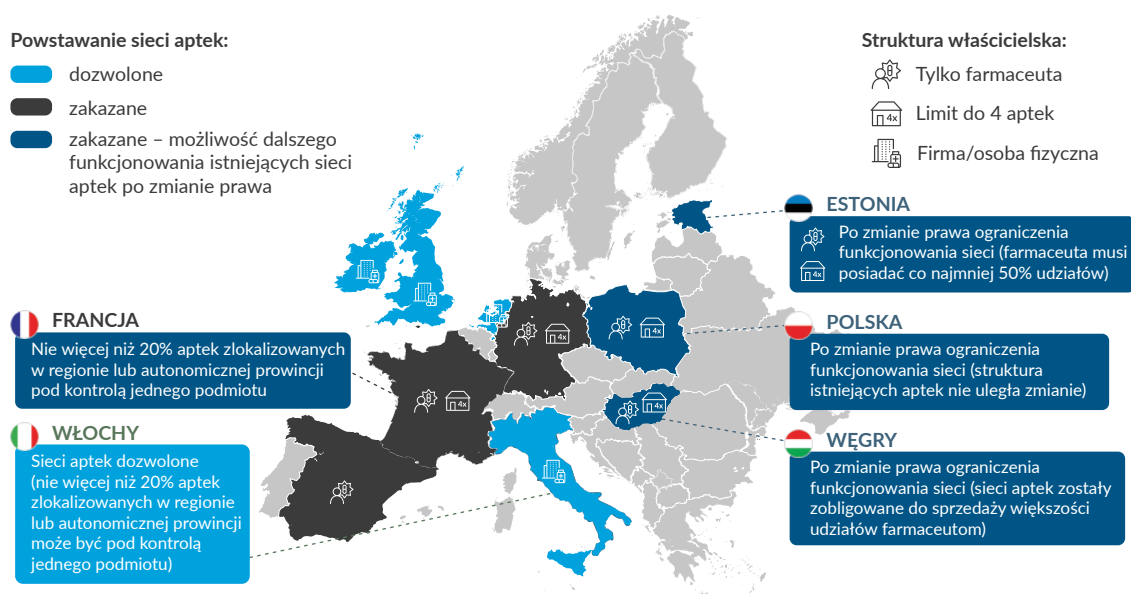
Spośród analizowanych czynników najistotniejsze z perspektywy biznesowej są przepisy określające możliwość tworzenia oraz rozszerzania istniejących sieci aptecznych oraz te określające strukturę własnościową aptek. W oparciu o te kryteria określono stopień regulacji istniejący na rynku oraz dokonano klasyfikacji poszczególnych krajów na model o ścisłej regulacji lub ograniczonej regulacji rynku – w praktyce nie istnieje rynek apteczny, który byłby całkowicie pozbawiony regulacji.

Przepisy dotyczące regulacji rynku aptecznego w Europie sięgają kilkudziesięciu lat wstecz, kiedy wprowadzono pierwsze regulacje antykoncentracyjne. W Wielkiej Brytanii po dziś utrzymywane są tradycyjnie liberalne przepisy. W innych krajach, takich jak Włochy, Irlandia czy Hiszpania, obserwowany jest trend deregulacyjny. W Estonii, Polsce i na Węgrzech zauważalna jest w ostatnich latach tendencja ku zaostrzeniu regulacji.

W przypadku Polski, liczba regulacji, stopień ich restrykcji oraz duża dynamika zmian w ostatnich latach czynią ten rynek jednym z najbardziej przeregulowanych i zamkniętych w Europie.^{28, 29}

Ograniczeniem charakterystycznym dla rynków ściśle regulowanych jest możliwość posiadania oraz zakładania nowych aptek bądź inwestycji kapitału wyłącznie przez farmaceutów. Ograniczana jest również liczba aptek, która może być kontrolowana przez pojedynczy podmiot.

Rysunek 5. Charakterystyka własności aptek oraz powstawania i funkcjonowania sieci aptek w Polsce i wybranych krajach.



Źródło: Opracowanie IQVIA, na podstawie danych IQVIA i WHO.^{30, 31}

W 6 spośród 10 analizowanych krajów (Estonia, Francja, Hiszpania, Niemcy, Węgry), w tym w Polsce, właścicielem nowoutworzonej apteki może zostać jedynie farmaceuta. W 4 spośród analizowanych krajów tj. w Holandii, Irlandii, Wielkiej Brytanii oraz we Włoszech takie ograniczenie nie funkcjonuje, a właścicielami aptek mogą być m.in. spółki prawa handlowego. W przypadku Francji farmaceuta może posiadać tylko 1 aptekę, ale może dodatkowo zainwestować posiadany kapitał w maksymalnie 4 inne placówki.

W krajach takich jak Estonia, Polska oraz Węgry nastąpiło zaostrzenie przepisów własnościowych, zawężających możliwość posiadania apteki wyłącznie przez farmaceutów, chociaż zakres przepisów i ich implementacja wśród wymienionych krajów były zróżnicowane.

Nowe prawo w Estonii wymusiło zmiany w strukturze właścicielskiej dla ponad 200 podmiotów posiadających apteki, w ramach których większość udziałów w aptece musi należeć do farmaceuty. W Polsce zmiany nie spowodowały konieczności zmian własnościowych w podmiotach już funkcjonujących, ale faktycznie zablokowano możliwości zakładania nowych aptek, ich sprzedaży oraz zmiany w strukturze właścicielskiej już po wprowadzeniu zmian prawnych. Na Węgrzech z kolei podmioty posiadające apteki zostały zmuszone do odsprzedaży swoich udziałów na rzecz farmaceutów tak, by w każdej aptece minimum 51% udziału należało do farmaceuty.

W Polsce przed wprowadzeniem AdA obowiązujące przepisy antykoncentracyjne zakazywały wydawania zezwolenia na prowadzenie apteki, jeśli podmiot ubiegający się o zezwolenie prowadzi na terenie województwa więcej niż 1% aptek ogólnodostępnych. Nowelizacja AdA wprowadziła dodatkowe ograniczenie możliwości uzyskania nowych zezwoleń przez farmaceutę lub spółkę farmaceutów do łącznej liczby maksymalnie 4 aptek. Na tle różnych państw europejskich, gdzie podejście do struktury posiadania jest liberalne (Holandia, Irlandia, Wielka Brytania oraz Włochy) oraz gdzie udział farmaceutów w strukturze musi być większościowy, **przepisy polskie, według których 100% udziałów musi należeć do farmaceuty, są wyjątkowo surowe.**³²

Kolejnymi elementami przepisów antykoncentracyjnych w Europie są regulacje dotyczące możliwości tworzenia sieci aptek, w tym zakładania nowych aptek sieciowych. W 6 na 10 analizowanych rynków, w tym w Polsce, obowiązuje formalny zakaz zakładania nowych aptek sieciowych. W Estonii, Polsce oraz na Węgrzech sieci apteczne istniejące przed wprowadzeniem przepisów antykoncentracyjnych kontynuują działalność, jednak ich dalszy rozwój jest znacząco utrudniony.^{33, 34} W niektórych krajach (tj. Estonia, Francja, Niemcy, Polska oraz Węgry) przepisy określają również liczbę aptek, która może być w posiadaniu farmaceutów bądź spółki przez nich tworzonej – w przypadku tych krajów jest to liczba do 4 aptek na podmiot. Krajami, w których funkcjonowanie sieci aptek nie jest ograniczone, są Holandia, Irlandia, Wielka Brytania oraz Włochy. We Włoszech w 2017 r. nastąpiła znacząca deregulacja przepisów własnościowych, wprowadzono jedynie wymóg, że nie więcej niż 20% aptek może znajdować się pod kontrolą jednego podmiotu w obrębie danego regionu lub autonomicznej prowincji.³⁵

W Polsce istnieją dodatkowe ograniczenia regulacyjne skutkujące ograniczeniem możliwości otwierania nowych aptek lub rozwoju prowadzonej działalności aptecznej. Pierwszym z nich jest tzw. *limit demograficzny* dotyczący liczby mieszkańców przypadających na jedną aptekę w danej jednostce terytorialnej. Parametr ten jest silnie związany z rentownością aptek – im wyższa liczba pacjentów przypadających na jedną aptekę tym jej rentowność, co do zasady, jest wyższa. **Zbyt wysokie limity demograficzne ograniczają dostęp pacjentom do leków oraz zmniejszają presję konkurencyjną między aptekami.** Limity demograficzne są obecne w Polsce oraz w niektórych innych krajach europejskich. Na 10 spośród analizowanych krajów w 6 zidentyfikowano występowanie limitów demograficznych (Estonia, Francja, Hiszpania, Polska, Węgry oraz Włochy).

Minimalna liczba osób przypadających na jedną aptekę waha się w zależności od kraju od 2,5 tys. we Francji do 4,5 tys. na Węgrzech. W przypadku Holandii, Irlandii, Niemiec oraz Wielkiej Brytanii limity demograficzne nie istnieją.

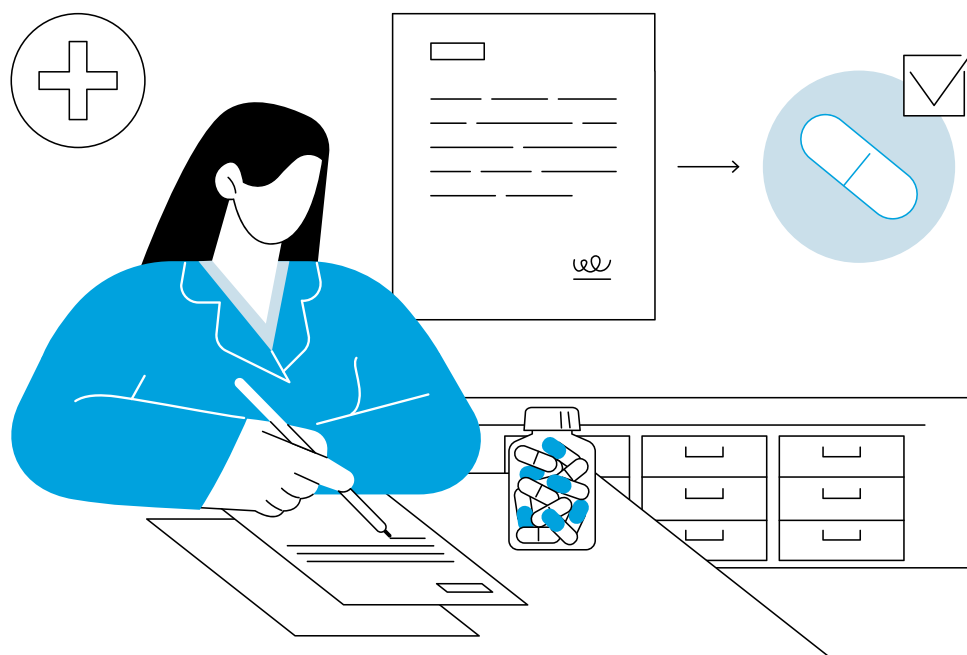
Drugim ograniczeniem lokalizacyjnym dotyczącym aptek jest tzw. *limit geograficzny*, czyli minimalna odległość, jaka powinna być zachowana pomiędzy istniejącą apteką a tą, która ma powstać. W przypadku 10 analizowanych krajów połowa z nich nie ma limitów geograficznych (Francja, Holandia, Irlandia, Niemcy, Wielka Brytania). W krajach posiadających takie regulacje, minimalna odległość pomiędzy aptekami waha się od 200 m w przypadku Włoch do 1 km w przypadku Estonii. W Polsce również istnieje limit geograficzny i wynosi 500 m (1000 m w przypadku przekroczenia limitu demograficznego – 3000 osób na jedną aptekę ogólnodostępną w danej gminie).

We Włoszech pierwszym istotnym aktem prawnym liberalizującym funkcjonowanie aptek był dekret z 2006 r. (*ustawa nr 248 z 4 sierpnia 2006 r.*). Prawo to zezwalało na sprzedaż leków bez recepty w sklepach poza aptekami, choć zawsze w obecności farmaceuty. Ustawa umożliwiła też spółkom farmaceutycznym posiadanie maksymalnie czterech aptek w tej samej prowincji (poprzedni limit to 1 apteka). Najistotniejszym przykładem liberalizacji prawa była *ustawa nr 124 z dnia 4 sierpnia 2017 r.* (roczna ustawa o rynku i konkurencji), która rozszerzyła katalog możliwych form prawnych prowadzenia apteki, o m.in. spółki z ograniczoną odpowiedzialnością. Zniesiono również wcześniejszy limit posiadania przez spółkę nie więcej niż 4 aptek w jednej prowincji, ale wprowadzono w jego miejsce zakaz posiadania (bezpośrednio lub pośrednio) ponad 20% aptek w tym samym regionie lub autonomicznej prowincji, bezpośrednio lub pośrednio.³⁶ System włoski liberalizował się w tym samym czasie, w którym w Polsce wprowadzano restrykcyjne przepisy *AdA*.

Z kolei w Hiszpanii wydany z mocą ustawy *dekret nr 11/1996* wprowadził kryterium demograficzne (1 apteka na 2800 mieszkańców) oraz ograniczenie geograficzne (odległość 250 m w najkrótszej trasie pieszej między dwoma aptekami), ale poszczególne wspólnoty autonomiczne mogły modyfikować te wartości zgodnie z lokalnymi priorytetami. Z tego prawa postanowiła skorzystać Nawarra, która zdecydowanie zliberalizowała przepisy (1 apteka na 700 mieszkańców, odległość między aptekami 150 m). W konsekwencji, liczba aptek w Nawarze wzrosła ponad dwukrotnie, podczas gdy w reszcie kraju wzrosła o niecałe 20%.³⁷ We Francji również limity lokalizacyjne mogą być dostosowywane regionalnie przy udziale prawa stanowionego lokalnie. W Polsce tego rodzaju elastyczne podejście do regulacji antykoncentracyjnych nie istnieje.

Innymi przykładami krajów, które w ostatnich latach wykazują się tendencją do deregulacji i kreowania zachęt to rozwoju rynku aptecznego, są Wielka Brytania (rewizja systemu "*control of entry test*" i nowe umowy dla aptek ogólnodostępnych w 2005 r.), Irlandia (uchylenie przepisów dotyczących otwierania nowych aptek w 2002 r.) czy Holandia (zniesienie ograniczeń w zakładaniu nowych aptek wprowadzonych przez stowarzyszenie aptek w 1998 r.).^{38, 39}

07 Porównanie regulacji obowiązujących w Polsce i w wybranych krajach UE



Na tle innych analizowanych krajów szczególną uwagę zwraca duża liczba aktów prawnych regulujących rynek apteczny w Polsce. Wybrane z nich przytacza kolejna grafika.



Wybrane akty prawne regulujące rynek apteczny w Polsce

1. Ustawa z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (tekst jedn.: Dz.U. z 2024 r., poz. 686).
2. Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. – o zawodzie farmaceuty (tekst jedn.: Dz.U. z 2024 r., poz. 676).
3. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. – o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz.U. z 2024 r., poz. 581).
4. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. – o systemie informacji w ochronie zdrowia (tekst jedn.: Dz.U. z 2023 r., poz. 2465).
5. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. – o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn.: Dz.U. z 2023 r., poz. 1516).
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 października 2022 r. – w sprawie podstawowych warunków prowadzenia apteki (tekst jedn.: Dz.U. z 2024 r., poz. 154).
7. Ustawa z 5 grudnia 2008 r. – o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jedn.: Dz.U. z 2023 r., poz. 1284).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2020 r. – w sprawie recept (Dz.U. z 2023 r., poz. 2424).

9. Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. – o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2023 r., poz. 1938).
10. Rozporządzenie Ministra Klimatu i Środowiska z dnia 10 listopada 2022 r. – w sprawie wzoru oświadczenia odbiorcy uprawnionego (Dz.U. z 2022 r., poz. 2299).
11. Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. – o ochronie danych osobowych (tekst jedn.: Dz.U. z 2019 r., poz. 1781).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2012 r. – w sprawie recept lekarskich (tekst jedn.: Dz.U. z 2017 r., poz. 1570).
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2013 r. – w sprawie minimalnych wymagań dla niektórych systemów teleinformatycznych funkcjonujących w ramach systemu informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2013 r., poz. 999).
14. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. – o wyrobach medycznych (tekst jedn.: Dz.U. z 2021 r., poz. 1565).
15. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. – o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 Nr 210 poz. 2135).
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2011 r. – w sprawie ogólnych warunków umów na realizację recept oraz ramowego wzoru umowy na realizację recept (tekst jedn.: Dz.U. 2013, poz. 364).
17. Obwieszczenie Ministra Zdrowia – w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept lekarskich (tekst jedn.: Dz.U. z 2014 r., poz. 319).
18. Obwieszczenie Ministra Zdrowia – w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie informacji gromadzonych przez apteki oraz informacji przekazywanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia (Dz.U. z 2017 r., poz. 547).

Suma wszystkich regulacji oraz stopień ich restrykcji powoduje, że polski rynek apteczny jest jednym z najbardziej przeregulowanych i zbiurokratyzowanych. W rezultacie nie jest dostosowany do potrzeb systemu ochrony zdrowia rynków w Europie. W efekcie, oczekiwania i potrzeby pacjentów oraz farmaceutów, a także wymagania systemu ochrony zdrowia związane z demografią i deficytem kadr medycznych rosną, a stale zwiększające się bariery prawne uniemożliwiają sprostanie im przez sektor apteczny. Skutkami nadmiernej regulacji jest pogorszenie dostępności aptek i leków, niższa jakość usług dla pacjentów i brak rozwoju opieki farmaceutycznej.^{40, 41}

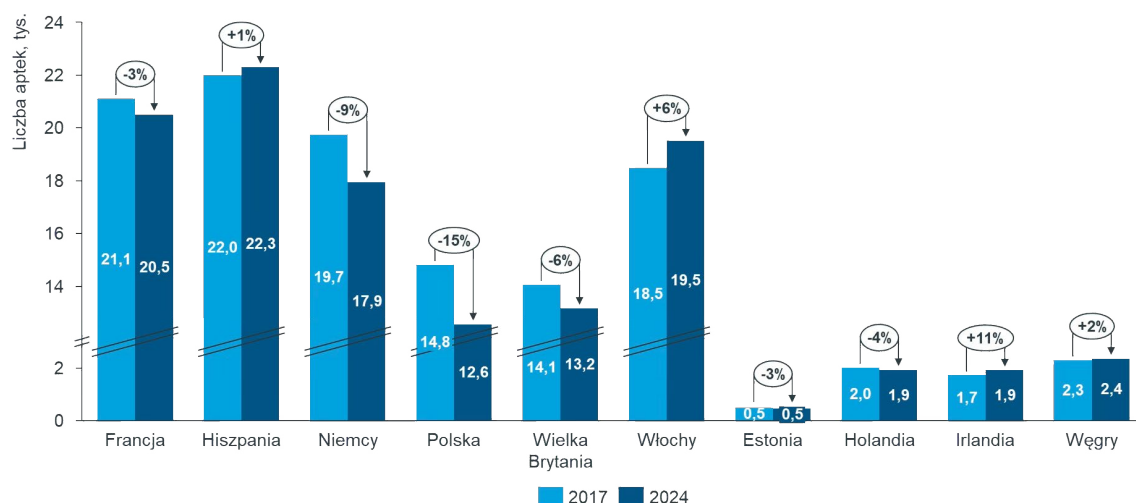
Niektóre kraje w ostatnich latach obierają deregulacyjny kierunek zmian, jak Włochy, a inne utrzymują zastany liberalny porządek, jak Wielka Brytania czy Irlandia, mając na celu poprawę jakości usług i zwiększenie ich dostępności.⁴² Polska, Węgry i Estonia przeciwnie – zaostrzają przepisy. Rynek apteczny w Polsce staje się coraz bardziej ograniczany przez kolejne regulacje. Istotnym przykładem jest całkowity zakaz reklamy aptek, który znacząco ogranicza komunikację apteki z pacjentami.⁴³ Co więcej, obowiązujące przepisy stały się przedmiotem skargi, która wpłynęła do Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej przeciwko Polsce, ze względu na podejrzenie naruszenia dyrektywy o handlu elektronicznym oraz Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej.⁴⁴ Innym przykładem regulacji charakterystycznej dla Polski jest wprowadzenie obowiązku monitorowania temperatury i wilgotności powietrza w miejscu przechowywania leków, pomimo iż producenci leków nie podają wymagań dotyczących wilgotności powietrza.

W krajach, które zastrzały przepisy regulujące rynek apteczny zaobserwowano niekorzystne dla pacjentów konsekwencje: przykładowo na Węgrzech odnotowano spadek dostępności leków – szacuje się, że 700 000 osób żyje w ośrodkach, w których leki nie są bezpośrednio dostępne, ponadto ich ceny wzrastały najszybciej w Europie.⁴⁵ W Polsce w tej chwili ponad 430 gmin pozbawionych jest aptek, co przekłada się na 2 mln pacjentów bez bezpośredniego dostępu do leków, wyrobów medycznych i usług opieki farmaceutycznej.⁴⁶

08 Analiza liczby oraz struktury właścicielskiej aptek w Polsce i wybranych krajach UE

W kwietniu 2024 r. w Polsce funkcjonowało 11 482 aptek, podczas gdy w kwietniu 2017 r., przed nowelizacją ustawy *Prawo farmaceutyczne z dnia 25.06.2017 r., AdA*, było to 13 495 aktywnych placówek. Obserwowany jest znaczny spadek liczby aptek ogólnodostępnych w Polsce na przestrzeni czasu. Nie jest to odosobniony trend – spośród krajów Europy poddanych analizie liczba aptek spadła również we Francji, Niemczech oraz Estonii, które są rynkami zaliczanymi do grupy rynków ściśle regulowanych, a także Holandia czy Wielka Brytania, zaliczane do grupy rynków o ograniczonej regulacji. W porównaniu ze wszystkimi analizowanymi krajami jednak to w Polsce zamknęło się najwięcej aptek.





















Rysunek 6. Liczba aptek i punktów aptecznych w Polsce i wybranych krajach europejskich w 2017 i 2024 roku.





Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych OECD, IQVIA^{47, 48}.

Uważa się, że za obserwowany trend spadkowy odpowiedzialne są m.in. zakres usług, jakie mają do zaoferowania apteki ponad te świadczone standardowo i związane z wydawaniem leków, zmiana modelu biznesowego sieci aptek związana z optymalizacją kosztów czy wzrost sprzedaży produktów dostępnych w aptekach poprzez *e-commerce*.⁴⁹ Pośród innych przyczyn, specyficznych dla Polski, wymieniane są ograniczenia i wyłączenia związane z odsprzedażą aptek lub ich sukcesją, będących konsekwencjami przepisów *AdA* i *AdA 2.0*.⁵⁰

Rysunek 7. Wybrane dane dotyczące struktury rynku aptecznego w Polsce i wybranych krajach europejskich w 2023 r.

	Udział aptek indywidualnych	Udział aptek sieciowych	Udział sieci wirtualnych	Główny model organizacji sieci wirtualnych
 Estonia	<25%	50 - 75%	25 - 50%	
 Francja	<25%	X	>75%	
 Hiszpania	>75%	X	<25%	
 Holandia	<25%	25 - 50%	50 - 75%	
 Irlandia	25 - 50%	25 - 50%	25 - 50%	
 Niemcy	<25%	X	>75%	
 Polska	<25%	25-50%	>25%	
 Węgry	<25%	>75%	<25%	
 Wielka Brytania	25 - 50%	50 - 75%	b/d	
 Włochy	50 - 75%	<25%	25 - 50%	

X niedozwolone b/d brak danych Model organizacji sieci wirtualnych:  Farmaceuta  Hurtownia

Źródło: udziały w rynku pod względem wartości, dane IQVIA.⁵¹

Spśród analizowanych krajów najwyższym udziałem sieci aptek charakteryzują się Estonia oraz Węgry, dla których wynosi on odpowiednio 50-75% oraz ponad 75%. Wynika to z rozpowszechnienia występowania aptek sieciowych przed wprowadzeniem ograniczeń własnościowych. **Wartym odnotowania jest również przypadek Niemiec i Francji, gdzie, mimo ścisłych regulacji, ponad 75% aptek jest skupiona w ramach sieci wirtualnych, ponadto w Niemczech model organizacji często jest zależny od hurtowni farmaceutycznej.**^{52,53} Podobnie jest we wszystkich krajach, gdzie organizatorem sieci wirtualnych są hurtownie farmaceutyczne, np. w Polsce.

Podobną strukturę rynku odnotowano w przypadku, liberalnej w kontekście regulacji dot. działalności aptek, Wielkiej Brytanii. Natomiast w przypadku innych rynków o ograniczonej regulacji, tj. Holandii i Irlandii, udział sieci jest niższy i wynosi pomiędzy 25 a 50%. Jeszcze niższy udział aptek sieciowych odnotowano we Włoszech – 25%.

Rynki przeanalizowano również pod kątem udziału aptek indywidualnych oraz sieci wirtualnych z uwzględnieniem głównego organizatora sieci. Rynkami o najwyższym udziale aptek indywidualnych są Hiszpania (>75%) oraz Włochy (50-75%), przy równoczesnym niskim udziale sieci wirtualnych. Warto zaznaczyć, że na hiszpańskim rynku hurtowni farmaceutycznych dominują spółdzielnie farmaceutów, z których 4 największe: Cofares, Bidafarma, Hefame i Alliance odpowiadają za 70% obrotu hurtowego. Model biznesowy aptek korzystających ze współpracy w ramach wspomnianych spółdzielni, choć wpasowuje się w definicję sieci wirtualnej określoną w tym raporcie, zaliczony został do aptek indywidualnych.

Tendencja do „usieciowania” istniejąca na wielu rynkach europejskich historycznie wyniknęła z narastających trudności związanych z prowadzeniem aptek przy jednoczesnym wzroście wymagań pacjentów, a także konieczności zapewnienia lepszej pozycji negocjacyjnej na rynku.⁵⁴

Z analizy danych wynika, że nie istnieje jeden preferowany model biznesowy w zakresie organizacji sieci wirtualnych, który przeważałby w Europie. Jednak już od kilku lat występuje silny trend związany z konsolidacją aptek indywidualnych w sieci wirtualne, których organizatorem są hurtownie farmaceutyczne (poprzez dobrze zorganizowane programy partnerskie).⁵⁵ W Polsce w latach 2017-2023 średnioroczne tempo wzrostu liczby aptek skupionych w ramach sieci wirtualnych wyniosło 15,6%.⁵⁶

W 4 spośród analizowanych krajów zidentyfikowano, że głównymi organizatorami sieci wirtualnych są bezpośrednio apteki indywidualne (Francja, Hiszpania, Holandia oraz Wielka Brytania). W przypadku Hiszpanii współpraca aptek z hurtowniami będącymi spółdzielniami farmaceutów nie została skategoryzowana jako sieć wirtualna. Z kolei w Irlandii, Niemczech, na Węgrzech oraz we Włoszech istnieje system mieszany, w ramach którego organizatorami mogą być zarówno apteki indywidualne jak i hurtownie farmaceutyczne bez znaczącej przewagi którejkolwiek z tych grup. W dwóch krajach (Estonia oraz Polska) organizatorami sieci wirtualnych są przeważnie hurtownie, oferujące programy partnerskie. Niski udział sieci wirtualnych w Polsce, gdzie organizatorami są apteki indywidualne, wynika m.in. z silnej pozycji hurtowni farmaceutycznych i kreowanych przez nich programów partnerskich.



09 Stopień rozwoju opieki i usług farmaceutycznych w aptekach w analizowanych krajach UE

Szczegółowe podsumowanie zakresu dostępnych usług w ramach opieki farmaceutycznej przedstawiono na rysunku poniżej.

Rysunek 8. Zakres dostępnych usług opieki farmaceutycznej występujących w Polsce i wybranych krajach europejskich.

	Estonia	Francja	Hiszpania	Holandia	Irlandia	Niemcy	Polska	Węgry	Wielka Brytania	Włochy
Przegląd lekowy	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Opracowanie planu leczenia		✓		✓		✓	✓		✓	
Wsparcie inicjacji terapii		✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
Pomoc przy obsłudze urządzeń medycznych	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Recepty farmaceutyczne*		✓**		✓	✓		✓		✓	✓
Wsparcie zwalczania uzależnień	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
Szczepienia	✓	✓			✓	✓	✓		✓	
Wsparcie w przyjmowaniu właściwych dawek leków	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓
Badania diagnostyczne	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Opieka farmaceutyczna w chorobie	✓	✓	✓	✓		✓		✓	✓	✓
LICZBA USŁUG	7	10	7	9	8	7	7	7	10	8

Źródło: Opracowanie IQVIA na podstawie danych literaturowych.^{57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65}

* Pilne wydanie leków na receptę bez recepty (np. pacjent na wakacjach)

** Awaryjne wydanie leków na receptę bez recepty (zagrożenie życia)

Spośród analizowanych krajów wszystkie z wymienionych świadczeń opieki farmaceutycznej dostępne są we Francji oraz Wielkiej Brytanii. Wysoką dostępnością usług w ramach opieki farmaceutycznej charakteryzują się również Holandia, Irlandia i Włochy. Realna dostępność dla pacjentów zależy jednak nie tylko od uregulowania prawnego, ale także od kwestii finansowania i refundacji.

Co do zasady, w krajach funkcjonujących w modelu ściśle regulowanym, opieka farmaceutyczna nie jest refundowana – finansowane są na ogół pojedyncze usługi lub nie są finansowane wcale (np. Estonia, Hiszpania i Węgry).

W Niemczech finansowane są jedynie szczepienia wykonywane przez farmaceutów,⁶⁶ we Francji mogą być finansowane konsultacje farmaceutyczne dla pacjentów z chorobami przewlekłymi, wdrożenie w obsługę urządzenia medycznego, a także szczepienia.

Warto zaznaczyć, że system finansowania jest mieszany i za pokrycie kosztów usług mogą odpowiadać prywatni ubezpieczyciele, a nawet firmy farmaceutyczne.⁶⁷ Pomimo teoretycznie najszerszego wachlarza dostępnych usług we francuskim modelu, dostęp dla pacjentów w praktyce może być ograniczony ze względu na brak finansowania.

Spośród liderów w rozwoju opieki farmaceutycznej na szczególną uwagę zasługuje Wielka Brytania, w której o wysokim rozwoju opieki farmaceutycznej świadczy funkcjonowanie różnych finansowanych przez płatnika publicznych programów. W ramach jednego z nich funkcjonuje usługa konsultacji farmaceutycznej (CPCS, z ang. *Community Pharmacist Consultation Service*), dzięki której od października 2019 r. można umówić się na wizytę u farmaceuty w przypadku niegroźnej choroby lub pilnej dostawy regularnie przyjmowanego leku – farmaceuta stanowi w modelu brytyjskim pierwszą linię kontaktu pacjenta z systemem ochrony zdrowia. Innym przykładem jest *Pharmacy First*, która umożliwia pacjentom otrzymanie niektórych leków na receptę bezpośrednio z apteki, bez konieczności wizyty u lekarza pierwszego kontaktu. Dzięki temu farmaceuta, po określeniu czy istnieje potrzeba zaangażowania lekarza, może zdecydować o przepisaniu odpowiednich leków na 7 powszechnych schorzeń, w tym ból ucha, ból gardła i infekcje dróg moczowych, mając na celu szybkie rozwiązanie pilnych problemów zdrowotnych we wczesnych fazach ich rozwoju. Od 1 kwietnia 2021 r. do 31 marca 2022 r. ponad 700 tys. pacjentów otrzymało wsparcie w ramach konsultacji CPCS, tym samym odciążając placówki podstawowej opieki zdrowotnej, a ponad 2 miliony pacjentów otrzymało wsparcie w ramach usługi nowy lek. Warto zaznaczyć, że początki rozwoju opieki farmaceutycznej w tym kraju sięgają lat 80. XX wieku, zaś od 2005 roku apteka stanowi obok przychodni i szpitali integralną część tamtejszego systemu ochrony zdrowia, w której określone świadczone usługi są finansowane przez płatnika tj. NHS.⁶⁸

Oprócz refundacji kluczową kwestią, wpływającą na dostępność opieki farmaceutycznej, jest stopień gotowości do jej wdrożenia, związany z zapleczem logistycznym, kadrowym oraz szkoleniowym, który w Polsce jest wyższy w przypadku aptek sieciowych. Stąd, eksperci rynku aptecznego podkreślają, że ograniczenie rozwoju sieci aptecznych w Polsce jest solidną barierą w rozwoju usług opieki farmaceutycznej.^{69,70}



10 Apteki internetowe i analiza leków dostępnych w sprzedaży on-line

Rozwój sprzedaży leków bez recepty przez Internet rozpoczął się w Europie na początku XXI wieku. Dla przykładu w Hiszpanii czy Irlandii sprzedaż internetowa leków o statusie OTC dozwolona jest już od 2006 r. Obecnie, co do zasady, w krajach należących do UE sprzedaż leków przez Internet jest dozwolona, a jej dokładny zakres określony jest w dyrektywie UE 2011/62/UE.⁷¹

Istnieje szereg elementów, które w przypadku e-aptek regulowane są przez prawo farmaceutyczne danego kraju, wśród których na szczególną uwagę zasługuje konieczność posiadania powiązanej z działalnością internetową apteki stacjonarnej. W przypadku 8 na 10 analizowanych rynków europejskich zidentyfikowano wymóg posiadania apteki stacjonarnej, aby móc prowadzić e-aptkę. Rynkami liberalnymi pod tym względem są Wielka Brytania oraz Hiszpania.

W celu lepszego określenia struktury rynków przeprowadzono analizy mające na celu próbę zidentyfikowania głównego podmiotu obecnego na rynku e-aptek. Rynki europejskie są zróżnicowane w tym zakresie. W połowie przypadków e-apteki są stronami internetowymi aptek ogólnodostępnych, w 30% przypadków głównym podmiotem są e-apteki, których platforma internetowa nie jest bezpośrednio związana z konkretnymi aptekami ogólnodostępnymi. Jest to szczególnie istotne w Holandii i Niemczech, gdzie platformy e-aptek są dominującym podmiotem na rynku e-commerce, mimo wymogu posiadania aptek stacjonarnych, które w praktyce stanowią centra wysyłkowe.⁷² W Polsce oraz w Wielkiej Brytanii są nimi z kolei e-apteki będące w posiadaniu sieci aptek.

W 4 na 10 krajów (Estonia, Holandia, Niemcy oraz Wielka Brytania) regulacje prawne umożliwiają eaptekom sprzedaż produktów dostępnych na receptę z pewnymi ograniczeniami, np. w Estonii w sprzedaży wysyłkowej niedostępne są leki psychotropowe i narkotyczne oraz sterydy anaboliczne,⁷³ zaś w Niemczech leki narkotyczne.⁷⁴ W pozostałych 6 na 10 krajów, w tym w Polsce, istnieje zakaz sprzedaży leków Rx drogą wysyłkową. Rynek e-commerce leków Rx za pośrednictwem portali rezerwacyjnych w Polsce dynamicznie rośnie,⁷⁵ co może wynikać z zaobserwowanych w ostatnich latach zmian w prawie (m.in. umożliwienie wystawiania e-recept i teleporad) oraz nawyków konsumentów spowodowanych pandemią COVID-19.

Wzrost popularności zamawiania leków Rx poprzez platformy e-commerce (w systemie click and collect – zamówienie leku online z odbiorem, okazaniem recepty oraz zapłatą stacjonarnie w aptece) w Polsce może świadczyć o istniejącej potrzebie zwiększenia dostępności do leków w tej kategorii i zmiany obecnych regulacji.

11 Skutki wybranych regulacji:

Analiza potencjalnego wpływu przepisów AdA 2.0 na polski rynek apteczny

Aspekt negatywnego wpływu zaostrożonych w ostatnich latach regulacji aptecznych jest coraz częściej podnoszony zarówno przez mniejszych polskich przedsiębiorców prowadzących apteki jak i większe podmioty. Pojawiają się argumenty, że wprowadzenie AdA utrudniło, a następnie AdA 2.0 niemal uniemożliwiło sprzedaż aptek, prowadząc przede wszystkim do spadku ich wycen rynkowych i niższej opłacalności odsprzedaży. W przypadku aptek, w których właścicielem jest farmaceuta, prowadzi to poniekąd do konieczności pracy dożywotnio.⁷⁶ W przypadku przedsiębiorców prowadzących sieci apteczne podnoszony jest argument, że regulacje uniemożliwiają swobodne i racjonalne prowadzenie biznesu oraz utrudniają inwestycje, co w przypadku przedsiębiorców zagranicznych jest sprzeczne z zawartymi traktatami dotyczącymi współpracy międzynarodowej (np. pomiędzy Polską a USA). Dlatego może być to traktowane jako dyskryminacja kapitału zagranicznego oraz naruszenie zasad swobodnego handlu i przepływu kapitału. Jednocześnie, w opinii przedsiębiorców, wprowadzane zmiany nie prowadzą do realnej poprawy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia ani wzrostu konkurencji.

Argumenty o negatywnym wpływie nowych przepisów na przedsiębiorców aptecznych są również podnoszone przez niektóre organizacje zrzeszające pracodawców poszczególnych branż. W ich opinii wprowadzona ustawa blokuje możliwość dokonywania zmian kapitałowych oraz dysponowania własnością nagromadzoną w wyniku zaplanowanego na wiele lat i konsekwentnie realizowanego procesu inwestycyjnego oraz doprowadzi do sytuacji, którą można nazwać wywłaszczeniem.⁷⁷

Jak zwracają uwagę prawnicy, ewentualne wygrane sporów sądowych przez podmioty apteczne przeciwko Państwu są wysoce prawdopodobne. W praktyce mogłoby dojść do zawierania ugód przez Państwo w zamian za wycofanie się autorów pozwów z roszczeń. Będzie się to wiązało z koniecznością odkupu od inwestora biznesu w zamian za wypłatę odszkodowania. W konsekwencji doprowadzi to do wycofania się kapitału zagranicznego z rynku, wyzerowania inwestycji i nacjonalizacji aptek.⁷⁸

W opinii ekspertów rynku aptecznego, AdA 2.0, podobnie jak wprowadzona wcześniej AdA, powoduje kontynuację trendu spadkowego liczby aptek oraz coraz mocniejsze ich osłabienie względem dostawców.⁷⁹ Spadek liczby aktywnych aptek dotyczy wszystkich rejonów Polski. Na przestrzeni lat 2018-2025 największy bezwzględny spadek obserwowano w województwach śląskim (-307 apteki) i mazowieckim (299 apteki). Najmniejszy natomiast w województwach podlaskim (-71 aptek) i opolskim oraz zachodniopomorskim (-78 apteki). Dużym problemem jest również nierównomierne rozmieszczenie aptek na terytorium kraju.

Analiza powyższych danych prowadzi do wniosku, iż nowe regulacje rynku aptecznego nie zahamowały trendu nierównej dystrybucji geograficznej aptek. Istotnym czynnikiem wpływającym na likwidację aptek są rosnące koszty oraz spadek opłacalności prowadzenia aptek. Problemy te były zauważone przez Ministerstwo Zdrowia, które w tzw. Dużej Nowelizacji Ustawy Refundacyjnej (DNUR) zwiększyło wysokość marż aptecznych na leki refundowane, umożliwiając osiągnięcie rentowności z ich sprzedaży.^{80, 81}

Mniej aptek to również mniejsza liczba miejsc pracy dla farmaceutów – zawodu, dla którego jedną z głównych zalet do tej pory była niemalże gwarancja zatrudnienia po ukończeniu długich i wymagających studiów. Biorąc pod uwagę rosnące limity przyjęć na studia farmaceutyczne i spadek liczby miejsc zatrudnienia, może to doprowadzić do znaczącego obniżenia popytu na aptecznym rynku pracy, postępującego spadku popularności kierunku farmaceutycznego, a w konsekwencji do obserwowanego już obniżania progów przyjęć na uczelnie. To, z kolei, może pociągnąć za sobą konieczność obniżenia wymagań wobec studentów, a co za tym idzie, doprowadzi do wypuszczania na rynek mniej kompetentnych farmaceutów. Negatywny wpływ tego zjawiska na kompetencje przyszłych farmaceutów jest szczególnie istotny w perspektywie rozwoju opieki farmaceutycznej, której główną misją w systemie ochrony zdrowia jest odciążenie placówek podstawowej opieki zdrowotnej.

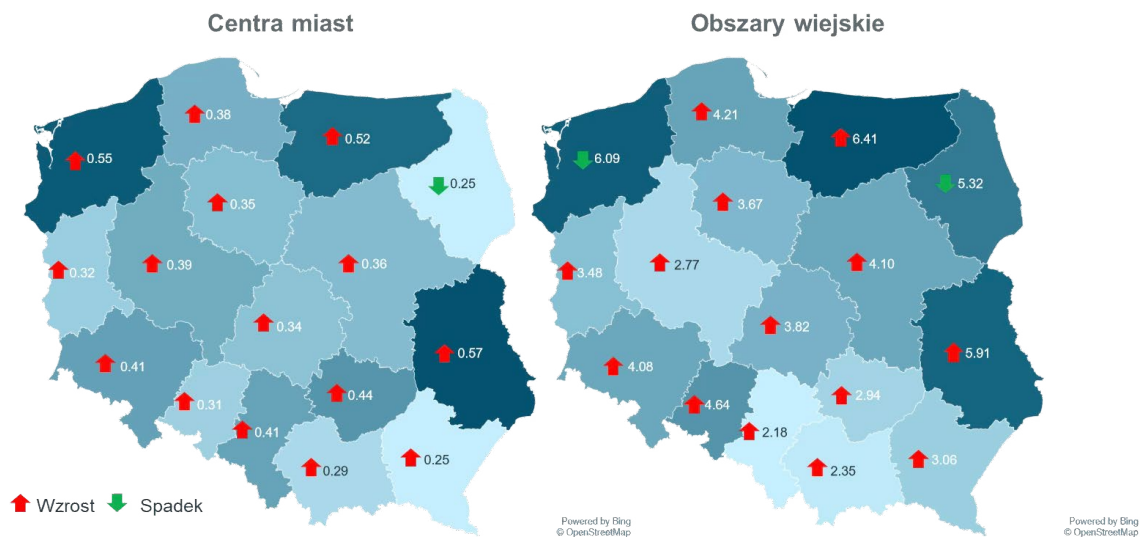
12 Skutki wybranych regulacji:

Analiza potencjalnego wpływu przepisów AdA 2.0 na pacjentów

Intencją przepisów AdA 2.0 było uniemożliwienie przejmowania spółek prowadzących apteki przez podmioty prowadzące sieci aptek. Wprowadzenie tej regulacji spotkało się ze zdecydowanym sprzeciwem farmaceutów i przedsiębiorców aptecznych, dlatego ustawa trafiła do Trybunału Konstytucyjnego w trybie kontroli następczej. 18 września 2024 r. Trybunał wydał orzeczenie, zgodnie z którym oceniono sposób procedowania nowelizacji za niegodny z Konstytucją.

Można oczekiwać, że w sprzeczności z intencją zapisów dotyczących ograniczeń geograficznych czy demograficznych dla nowotworzonych aptek, przepisy AdA 2.0 doprowadzą do jeszcze większych nierówności w rozmieszczeniu aptek na terytorium kraju. Zgodnie z analizami IQVIA OneKey w Polsce na przestrzeni lat 2017 – 2024 w aż 364 z 380 (96%) powiatów i miast na prawach powiatu doszło do spadku liczby aptek. Jednocześnie średnie odległości do aptek w centrach miast zauważalnie wzrosły dla 15 z 16 województw, z kolei dla obszarów wiejskich odległość ta wzrosła dla 14 z 16 województw. Prowadzi to do wniosku, iż postępująca regulacja rynku aptecznego nie zahamowała trendu nierównej dystrybucji geograficznej aptek, co więcej – średnie odległości do aptek w przeciągu ostatnich lat niemalże w całym kraju wzrosły, co wynika przede wszystkim ze spadku liczby aptek.

Rysunek 9. Odległość do apteki w kilometrach w centrach miast oraz na obszarach wiejskich w 2024 r. oraz zmiana w stosunku do 2017 r.



Źródło: opracowanie IQVIA na podstawie IQVIA OneKey.

W tym kontekście należy zwrócić uwagę na doświadczenia z niektórych innych krajów, które zliberalizowały ramy prawne dla funkcjonowania aptek (np. Włochy), umożliwiając funkcjonowanie sieci, co przełożyło się na zwiększenie dostępności do aptek a tym samym do usług aptecznych dla pacjentów poprzez m.in. otwarcie nowych placówek, wydłużenie czasu otwarcia aptek czy zwiększenie liczby oferowanych świadczeń z zakresu opieki farmaceutycznej.

Wprowadzenie AdA oraz AdA 2.0 i powiązany z tym zakaz rozwoju sieci aptek wpływa negatywnie na innowacje w branży aptecznej, w tym na rozwój usług opieki farmaceutycznej. Tendencja ta jest widoczna nie tylko w Polsce, ale ogólnie na rynkach ściśle regulowanych, gdzie panuje dużo mniejszy entuzjazm i chęć wprowadzania innowacyjnych usług dla pacjentów w aptecze, w porównaniu do rynków liberalnych.

Tymczasem prognozy przewidują duże wyzwania stojące przed polskim systemem opieki zdrowotnej w nadchodzących latach, związane m.in z jego wydolnością oraz koniecznością zapewnienia pacjentom odpowiedniego dostępu do kadr medycznych. Jest to szczególnie istotne przy niskiej liczbie lekarzy przypadającej na jednego mieszkańca.⁸² Stąd, jednym z kierunków poprawy funkcjonowania systemu zdrowia w Polsce i jednocześnie kluczowym kierunkiem rozwoju farmacji jest wdrażanie i upowszechnienie usług opieki farmaceutycznej. Niestety efektywne wdrożenie opieki farmaceutycznej w Polsce w obliczu malejącej liczby aptek oraz zakazu powstawania sieci aptecznych może okazać się znaczącym wyzwaniem, bo, jak wynika z wielu opracowań, to sieci apteczne wdrażają tego typu usługi efektywniej niż apteki indywidualne – jak wynika z badań, jedynie 65% aptek indywidualnych w Polsce ma techniczną możliwość świadczenia tego typu usług, natomiast wyłącznie 23% aptek indywidualnych jest na to obecnie w pełni przygotowana.

Uwarunkowania natury logistycznej przekładają się w sposób bezpośredni na skalę możliwości wdrożenia opieki farmaceutycznej w aptekach indywidualnych. Rzeczywistym przykładem jest realizacja programu pilotażowego przeglądów lekowych, którego sprawniejszą implementację przypisuje się aptekom sieciowym, lepiej przygotowanym pod względem logistycznym, posiadającym większy kapitał do inwestycji oraz zapewniającym lepsze wsparcie szkoleniowe farmaceutom.^{83, 84}

Wraz ze wzrostem liczby pacjentów przypadających na aptekę – w wyniku systematycznie spadającej liczby aptek – dla właścicieli wzrastają zyski czerpane z podstawowej funkcji apteki, jaką jest dystrybucja produktów leczniczych. Tym samym maleje presja rynkowa związana z rozszerzaniem wachlarza usług opieki farmaceutycznej świadczonych w aptece. Ma to potwierdzenie w badaniach ankietowych, gdzie tylko 18% właścicieli aptek zadeklarowało gotowość poniesienia wydatków związanych z implementacją opieki farmaceutycznej.⁸⁵

Ramy prawne funkcjonowania aptek na polskim, przeregulowanym rynku, których przekroczenie może się wiązać z karami pieniężnymi, odstrasza właścicieli aptek od wdrażania nowych usług w swoich placówkach. Funkcjonowanie w skomplikowanym i niepewnym prawnie środowisku może się wiązać z koniecznością posiadania zaplecza doradztwa prawnego, a co za tym idzie kosztami, na które mniejsze podmioty nie mogą sobie pozwolić.

Uważa się, że beneficjentami wprowadzenia nowelizacji Prawa farmaceutycznego, AdA i AdA 2.0, są przede wszystkim właściciele aptek indywidualnych, których pozycja rynkowa wzrosła w związku z wyłączeniem możliwości rozwoju sieci aptecznych oraz te hurtownie farmaceutyczne, które są organizatorem sieci wirtualnych. Negatywne konsekwencje wprowadzonych zmian dotyczą w największym stopniu pacjentów oraz istniejących sieci aptek, jednakże ostatecznie dotkną wszystkich interesariuszy systemu. W przypadku tych pierwszych, należy spodziewać się dalszego wzrostu cen leków i tym samym współpłacenia pacjenta w skutek spadku konkurencji oraz spadku dostępności do leków. Istotne jest również potencjalne obniżenie poziomu jakości usług aptecznych, w tym w ramach opieki farmaceutycznej, którą najefektywniej do tej pory realizowały sieci apteczne. Tracą również farmaceuci, którym zablokowano realne możliwości sprzedaży prowadzonych przez nich aptek w wyniku znaczącego spadku ich wycen, jak również osłabienia pozycji negocjacyjnej i większej zależności wobec hurtowni i producentów leków.

Ograniczono również ilość miejsc pracy oraz możliwości awansu np. na stanowisko kierownika apteki (w związku z mniejszą liczbą aptek) czy pracowników wsparcia centralnego (w wyniku zakazu rozwoju sieci aptek).

Z perspektywy strony publicznej podnosi się argumenty, że zmiany mogą spowodować dalsze spory prawne z podmiotami aptecznymi oraz konieczność wypłaty dużych odszkodowań. Ponadto może nastąpić spadek innowacyjności na rynku aptecznym oraz problemy implementacyjne związane z nowymi usługami czy technologiami.

13 Rekomendacje Pracodawców RP dla rynku aptecznego w Polsce

W opinii podmiotów aptecznych i farmaceutów zrzeszonych w Pracodawcach RP konieczne jest pilne przeprowadzenie deregulacji sektora aptek ogólnodostępnych przez usunięcie szkodliwych dla pacjentów i przedsiębiorców przepisów określanych jako Apteka dla Aptekarza 2.0. Niezbędne jest przywrócenie stanu praworządności przez pilne usunięcie regulacji wprowadzonych z naruszeniem Konstytucji, a następnie w drodze predefiniowana wartości kierujących prawem farmaceutycznym (przez odejście od paradygmatu apteki jako miejsca tworzonego jedynie dla aptekarza na rzecz postrzegania jej jako placówki przede wszystkim dla pacjenta), stworzenia warunków do rozwoju branży i dla zdrowej konkurencji, w trosce o interes pacjenta i bezpieczeństwo lekowe państwa.

Przeregulowanie i nadmierna biurokratyzacja polskiego sektora detalicznej dystrybucji leków działa wbrew interesowi pacjentów i prowadzi do dysfunkcji całego systemu ochrony zdrowia. Jak pokazuje przykład krajów, które obrały kierunek stanowienia prawa nastawiony na dobro pacjenta i rozwój przedsiębiorczości, rozsądna liberalizacja przepisów usprawnia system, zwiększa poziom, dostępność i rozszerza wachlarz usług dostępnych w aptekach. Sprzyja inwestycjom na rynku, innowacjom i rozwojowi branży, **co wprost przekłada się na niższe ceny dla pacjentów i wyższą dostępność, zarówno usług jak i produktów leczniczych.**

Poniżej przedstawiono rekomendacje działań przygotowane przez Pracodawców RP dla rozwoju rynku aptecznego w Polsce:

Eliminacja AdA 2.0 z obrotu prawnego

- Przepisy AdA2.0, których tryb wprowadzenia we wrześniu 2023 roku został uznany przez Trybunał Konstytucyjny za niezgodny z Konstytucją RP, poprzez mocno ograniczone grono nabywców powodują utrudnione zbywanie aptek, przez co zamiast znajdować nowych właścicieli placówki apteczne ulegają zamknięciu.
- **W pierwszym kroku w ramach zmian ustawowych powinno dojść do usunięcia regulacji AdA 2.0, które hamują rozwój rynku, betonują możliwości otwierania aptek i uniemożliwiają zbywanie placówek.**
- W najwyższym interesie społecznym jest, by trend zamykania aptek wyhamował, przez co dostępność leków oraz opieki farmaceutycznej, szczególnie na terenach wiejskich, powinna ulec poprawie.

Rozszerzenie katalogu podmiotów, które mogą prowadzić i rozwijać działalność apteczną

- W obecnej rzeczywistości prawnej otworzyć lub nabyć aptekę może jedynie podmiot, który jest farmaceutą, spółką cywilną lub partnerską farmaceutów lub spółką jawną farmaceutów i nie może posiadać więcej niż 4 apteki. To powoduje, że katalog podmiotów mogących prowadzić aptekę jest mocno ograniczony. Co więcej, podmioty już działające w branży aptecznej mają bardzo ograniczone możliwości rozwoju, finansowania oraz inwestycji. Aktualnie możliwe prawnie formy prowadzenia działalności gospodarczej powodują też, że ryzyko wejścia na rynek apteczny jest wysokie i wiąże się z odpowiedzialnością całym majątkiem.
- **Poszerzenie katalogu podmiotów o nowe formy działalności gospodarczej (np. umożliwienie prowadzenia aptek przez spółki z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółki akcyjne) oraz rozsądne podwyższenie limitu aptek przypadających na jeden podmiot znacząco ożywiłoby rynek. Podmioty obecnie funkcjonujące zostałyby zachęczone do inwestycji.**
- Nowe możliwości rozwoju spowodowałyby otwieranie aptek, a także umożliwiłyby nabywanie aptek już istniejących, co pozwoliłoby na wzrost zatrudnienia i zwiększenie dostępności personelu farmaceutycznego na rynku. W efekcie zwiększyłaby się dostępność do leków i usług, szczególnie na obszarach, gdzie liczba aptek jest szczególnie niska.

Uproszczenie ustaw i rozporządzeń regulujących pracę aptek oraz pogłębiona dyskusja nad kształtem Prawa farmaceutycznego

- Polski rynek apteczny jest jednym z najbardziej przeregulowanych w Europie. Działalność aptek reguluje aż 18 aktów prawnych, co znacząco utrudnia funkcjonowanie przedsiębiorstw w tym sektorze i jest istotną barierą dla inwestycji. Ponadto, niejasne i wątpliwe regulacje przyczyniają się do problemów z interpretacją przepisów oraz mnogości spraw dotyczących rynku aptecznego analizowanych przez sądy administracyjne. Jest to szczególnie istotne z perspektywy całego systemu zaopatrywania chorych w produkty lecznicze. Przepisy dotyczące obrotu produktami leczniczymi, preskrypcji oraz realizacji recept powinny być jasne i klarowne dla pacjenta, lekarza oraz farmaceuty.

- W toku prac nad kompleksową zmianą Prawa farmaceutycznego powinny zostać określone obszary, które są najbardziej przeregulowane. W następnym kroku w ramach prac nad pakietami deregulacyjnymi powinny być wdrażane odpowiednie zmiany, które usprawniłyby funkcjonowanie rynku aptecznego oraz uczyniły go konkurencyjnym i przyjaznym zarówno dla przedsiębiorców aptecznych jak i dla pacjentów.
- Zmodernizowanie regulacji i usunięcie nadmiarowych barier prawnych zachęciłoby przedsiębiorców do rozpoczęcia działalności gospodarczej na rynku aptecznym, jak również ułatwiłoby funkcjonowanie innym uczestnikom rynku. Klarowne regulacje byłyby korzystne dla pacjenta, który mógłby być bardziej świadomym uczestnikiem procesów dotyczących jego leczenia.

Rozwój opieki farmaceutycznej: Farmaceuci i apteki jako realne wsparcie systemu opieki zdrowotnej

- Jak dotychczas jedyną refundowaną usługą opieki farmaceutycznej dostępną w aptekach jest pilotaż w zakresie usług farmaceuty dotyczących zdrowia reprodukcyjnego. Inną dość powszechną usługą – zarówno refundowaną jak i komercyjną – są szczepienia ochronne.
- Należy opracować plan wprowadzenia i finansowania nowych usług dla aptek, który umożliwi przedsiębiorcom odpowiednie przygotowanie się w wyznaczonym czasie, a właściwym instytucjom opracowanie regulacji oraz zapewnienie niezbędnych zasobów technicznych, takich jak dostęp do odpowiednich systemów informatycznych i informacji koniecznych do świadczenia tych usług. Starzejące się społeczeństwo będzie wymagało adekwatnej opieki zdrowotnej. Opieka farmaceutyczna na odpowiednim poziomie pozwoli na kompleksową opiekę nad pacjentami.
W długiej perspektywie odpowiednia profilaktyka oraz wsparcie ze strony farmaceutów zredukuje koszty dla całego systemu wynikające z zaniechania farmakoterapii przez pacjentów lub działań niepożądanych będących konsekwencją polipragmazji.

Bibliografia:

1. Internetowy System Aktów Prawnych, dostęp online: Ustawa z dnia 7 kwietnia 2017 r. o zmianie ustawy - Prawo farmaceutyczne (sejm.gov.pl), data dostępu: 06.02.2025 oraz Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 18 września 2024 r. <https://trybunal.gov.pl/postepowanie-i-orzeczenia/wyroki/art/12903-ustawa-z-dnia-13-lipca-2023-r-o-zmianie-ustawy-o-gwarantowanych-przez-skarb-panstwa-ubezpieczeniach-eksportowych-oraz-niektorych-innych-ustaw>
2. Dziennik Ustaw, dostęp online: Dziennik Ustaw 2023 r. poz. 1859, data dostępu: 06.02.2025
3. Rejestr Aptek, dostęp online: Rejestr Aptek (ezdrowie.gov.pl), data dostępu: 06.02.2025
4. Ustawa z dnia 7 kwietnia 2017 r. o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2017 poz. 1015)
5. Zezwolenie na aptekę, dostęp online: Zezwolenie na aptekę | Biznes.gov.pl - Serwis informacyjno-usługowy dla przedsiębiorcy, data dostępu: 06.02.2025
6. Farmacja.pl, dostęp online: Jaki model działania apteki wybrać? data dostępu: 06.02.2025
7. Wywiady z ekspertami IQVIA
8. Farmacja.pl, dostęp online: Porównanie aptek sieciowych i prywatnych | Praca.farmacja.pl data dostępu: 06.02.2025
9. Mgr.farm, dostęp online Sieci aptek sprawniej wprowadzają nowe usługi? - mgr.farm data dostępu: 06.02.2025
10. WEI, Raport Apteka dla pacjenta. Jak ukształtować nowoczesny system apteczny? Warszawa 2023
11. WEI, Polski rynek apteczny. Kluczowe fakty i liczby. Warszawa, listopad 2020.
12. Związek Przedsiębiorców i Pracodawców, dostęp online: Microso~ Word - 4141608_1.docx (zpp.net.pl), data dostępu: 06.02.2025
13. AIP Group, dostęp online: Dla apteki - AiP Group | Aptekarze i Partnerzy, data dostępu: 06.02.2025
14. Główny Urząd Statystyczny, dostęp online: Główny Urząd Statystyczny / Obszary tematyczne / Zdrowie / Zdrowie / Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2020-2022, data dostępu: 06.02.2025
15. IQVIA, Raport płac 2023.
16. IQVIA, Raport płac 2023.
17. Allemann SS, van Mil JW, Botermann L, Berger K, Griese N, Hersberger KE. Pharmaceuycal care: the PCNE definiyon 2013. *Int J Clin Pharm.* 2014;36(3):544-555. doi:10.1007/s11096-014-9933-x
18. Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. 2021 poz. 97)
19. IQVIA, Opieka farmaceutyczna w Polsce, Marzec 2020
20. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymogów, jakim powinny odpowiadać lokal apteki
21. Dostęp online: Szczepienia w aptekach- aspekt prawny i wymogi - recepty.edu.pl (rx.edu.pl), data dostępu: 06.02.2025
22. Wywiady z ekspertami IQVIA
23. Raport Rynek pracy w branży farmaceutycznej. Perspektywa 2024, Medivacant
24. ?????????
25. ibidem 25
26. Ministerstwo Zdrowia, dostęp online Punkty szczepień przeciw COVID-19 | Pacjent, data dostępu: 06.02.2025
27. Wywiady z ekspertami IQVIA
28. Pharmanet.org.pl, dostęp online: EFPC: Polska najbardziej przeregulowanym rynkiem aptecznym w Europie | PharmaNET , data dostępu: 06.02.2025

- ²⁹ Doz.pl, dostęp online: Znikające apteki – dlaczego jest ich w Polsce coraz mniej? [MAPA] (doz.pl), data dostępu: 06.02.2025
- ³⁰ WHO, dostęp online: The legal and regulatory framework for community pharmacies in the WHO European Region, data dostępu: 06.02.2025
- ³¹ IQVIA Key Market Insights
- ³² Rynek aptek, dostęp online: Polska najbardziej przeregulowanym rynkiem aptecznym w Europie (rynekaptek.pl), data dostępu: 09.05.2024
- ³³ Epheu, dostęp online: Community Pharmacy - - EPhEU - Employed Community Pharmacists in Europe, data dostępu: 06.02.2025
- ³⁴ WHO, dostęp online: The legal and regulatory framework for community pharmacies in the WHO European Region, data dostępu: 06.02.2025
- ³⁵ IQVIA Key Market Insights 35
- ³⁶ Gallone E., et al.: The 2017 deregulation of pharmacies in Italy: Introducing non-pharmacist ownership. Health Policy, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.08.013>
- ³⁷ Barbarisi I, et al. A spayal analysis to evaluate the impact of deregulation policies in the pharmacy sector: Evidence from the case of Navarre. Health Policy (2019), <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.08.01>
- ³⁸ Vogler, S., Habimana, K., & Arts, D. (2014). Does deregulation in community pharmacy impact accessibility of medicines, quality of pharmacy services and costs? Evidence from nine European countries. Health Policy, 117(3), 311–327.
- ³⁹ Konferencja Europejskiej Federacji Sieci Aptecznych (EFPC) „Opieka farmaceutyczna – poza pandemią”, 10 marca 2021
- ⁴⁰ Pharmanet.org.pl, dostęp online: EFPC: Polska najbardziej przeregulowanym rynkiem aptecznym w Europie | PharmaNET , data dostępu: 06.02.2025
- ⁴¹ Doz.pl, dostęp online: Znikające apteki – dlaczego jest ich w Polsce coraz mniej? [MAPA] (doz.pl), data dostępu: 06.02.2025
- ⁴² Rynek aptek, dostęp online: Polska najbardziej przeregulowanym rynkiem aptecznym w Europie (rynekaptek.pl), data dostępu: 09.05.2024
- ⁴³ ibidem
- ⁴⁴ Konfederacja Lewiatan , dostęp online Zakaz reklamy aptek – przywracamy normalność, data dostępu:
- ⁴⁵ Index.hu, dostęp online: Index - Gazdaság - Szemet csíő gyógyszerárak: ez áll a háqérben, data dostępu 06.02.2025
- ⁴⁶ <https://samorzad.pap.pl/kategoria/aktualnosci/blisko-2-mln-mieszkanow-bez-dostepu-do-apteki-na-terenie-swojej-gminy>
- ⁴⁷ IQVIA Key Market Insights
- ⁴⁸ OECD, dostęp online: Pharmacists and pharmacies | Health at a Glance 2023 : OECD Indicators | OECD iLibrary (oecd-ilibrary.org), data dostępu: 21.05.2024
- ⁴⁹ sprzedaż wysyłkowa w tzw. e-aptekach
- ⁵⁰ Wywiady z ekspertami IQVIA
- ⁵¹ IQVIA Key Market Insights
- ⁵² Epheu, dostęp online: Community Pharmacy - - EPhEU - Employed Community Pharmacists in Europe, data dostępu: 06.02.2025
- ⁵³ WHO, dostęp online: The legal and regulatory framework for community pharmacies in the WHO European Region, data dostępu: 06.02.2025

54. Pharmanet, dostęp online: Raport-Sieci-apteczne-w-Polsce.pdf (pharmanet.org.pl), data dostępu: 21.05.2024
55. Chaindrugreview, dostęp online: In Europe, pharmacies forming 'virtual chains' - CDR – Chain Drug Review, data dostępu: 06.02.2025
56. Baza aptek IQVIA
57. WHO, dostęp online: The legal and regulatory framework for community pharmacies in the WHO European Region, data dostępu: 06.02.2025
58. IQVIA Key Market Insights
59. Insytute for Evidence Based Health, dostęp online: Pharmacy-Services-in-Europe-Evaluayng-Trends-and-Value.pdf (ifaa.lv), data dostępu: 06.02.2025
60. AOTMiT, dostęp online: 2023 12 08 WS.420.10.2023 Raport_Opieka farmaceutyczna_Ocena świadczenia opieki zdrowotnej_REOPTR.pdf (aotm.gov.pl), data dostępu: 06.02.2025
61. Sefac, dostęp online: AF_GUIA_SPFA_FORO_2021_ONLINE_PGs.pdf (sefac.org), data dostępu: 06.02.2025
62. FOFI, dostęp online: hqps://www.fofi.it/pg_f.php?id=8, data dostępu: 06.02.2025
63. Opieka farmaceutyczna w Polsce – raport IQVIA, dostęp online: raport-IQVIA.pdf (opieka.farm), data dostępu: 06.02.2025
64. Henman M.: Primary Health Care and Community Pharmacy in Ireland: a lot of visions but liqle progress, dostęp online: Primary Health Care and Community Pharmacy in Ireland: a lot of visions but liqle progress - PMC (nih.gov), data dostępu: 06.02.2025
65. Paudyal V, et al: Pharmacists' involvement in COVID-19 vaccinayon across Europe: a situayonal analysis of current pracyce and policy, dostęp online: Pharmacists' involvement in COVID-19 vaccinayon across Europe: a situayonal analysis of current pracyce and policy - PMC (nih.gov), data dostępu: 06.02.2025
66. Ustawa z 17 sierpnia 2023 r. o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2023 r. poz. 1938).
67. C+D (chemistanddruggist.co.uk), dostęp online: Big interview: What's so special about the French model of pharmacy?, data dostępu: 06.02.2025
68. Anderson S. Community pharmacy and public health in Great Britain, 1936 to 2006: how a phoenix rose from the ashes. J Epidemiol Community Health. 2007 Oct;61(10):844-8. doi: 10.1136/jech.2006.055442
69. Ministerstwo Zdrowia, dostęp online Punkty szczepień przeciw COVID-19 | Pacjent, data dostępu: 06.02.2025
70. Wywiady z ekspertami IQVIA
71. Europa-eu, dostęp online: Dircyve - 2011/62 - EN - EUR-Lex (europa.eu), data dostępu: 06.02.2025
72. German Pharmacies Act , dostęp online: Apothekengesetz_engl - Stand_2012-10-26 (abda.de), data dostępu 06.02.2025
73. Ravimiamet.ee, dotęp online: Online Pharmacy | Medicines agency (ravimiamet.ee) data dostępu: 06.02.2025
74. Shoponline, dsotęp online: Germany online pharmacy: A full guide - Shoponline data dostępu 06.02.2025
75. Analizy własne IQVIA
76. Mgr.farm, dostęp online: Apteka dla Aptekarza na celowniku. To już kolejny raz... - mgr.farm, data dostępu: 06.02.2025
77. Rynek Zdrowia, dostęp online: Pracodawcy RP: wejście w życie ustawy AdA to zmiana zasad funkcjonowania rynku aptecznego (rynekzdrowia.pl), data dostępu: 06.02.2025
78. Wirtualna Polska, dostęp online: Izabela Leszczyna: Nie jestem ministram na pół roku - WP Wiadomości, data dostępu: 06.02.2025

^{79.} ibidem

^{80.} Wywiady z ekspertami IQVIA

^{81.} Eli, dostęp online: Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw (eli.gov.pl), data dostępu: 06.02.2025

^{82.} Opieka farmaceutyczna w Polsce, dostęp online: 1 Raport IQVIA.pdf (geminipolska.com.pl), data dostępu: 06.02.2025

^{83.} Wywiady z ekspertami IQVIA

^{84.} mgr.farm, dostęp online: Sieci aptek sprawniej wprowadzają nowe usługi? - mgr.farm data dostępu 06.02.2025

^{85.} Prawo, dostęp online: Opieka farmaceutyczna - co mówią przepisy, czego oczekują apteki (prawo.pl), data dostępu: 06.02.2025

^{86.} Raport roczny NEUCA hqps://inwestor.neuca.pl/upload/media/default/0001/02/b516f0236a9807dcbeb25940dc797c6132deaec2.pdf

