Naczelna Izba Aptekarska

L.dz. P -63/2025

Warszawa, dnia 4 marca 2025 r.

Pan Rafał Dutkiewicz
Prezes Zarządu
Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej
ul. Berneńska 8
03-976 Warszawa

Szanowny Panie Prezesie,

Działając w imieniu Naczelnej Rady Aptekarskiej, będącej najważniejszym organem samorządu zawodu farmaceuty, zobowiązanego - na podstawie przepisów art. 17 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. oraz art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (tj. Dz.U. z 2024r. poz. 688) - do reprezentowania zawodowych, społecznych i gospodarczych interesów zawodu farmaceuty, apeluję do Pana Prezesa, aby powstrzymał się Pan od rozpowszechniania nieprawdziwych informacji lub informacji wprowadzających w błąd na temat kształtu i funkcjonowania rynku aptecznego w Polsce. Niestety, niezależnie od miejsca i czasu przekazywania opinii publicznej informacji na powyższy temat, narracja Pana Prezesa wpisuje się kampanię informacyjną podmiotów zainteresowanych koncentracją na rynku aptecznym.

W swoich wystąpieniach powtarza Pan nieprawdziwe informacje albo informacje, które ze względu na ich formę lub kontekst, w jakim są przekazywane, wprowadzają w błąd opinię publiczną.

W szczególności skoncentrował się Pan na wypaczaniu genezy, znaczenia oraz skutków zasady, że apteki ogólnodostępne mogą być tworzone przez farmaceutów lub spółki jawne i partnerskie, których wspólnikami lub partnerami są wyłącznie farmaceuci.

Skala i szkodliwość informacji, które Pan rozpowszechnia, powodują, że konieczne jest ich sprostowanie.

Poniżej przedstawiam kilka kluczowych wypowiedzi Pana Prezesa z odpowiednim sprostowaniem lub wyjaśnieniem informacji w nich zawartych.

1.

Twierdzi Pan, że:

- „(…) ze względu na przeregulowanie rynku aptecznego maleje liczba aptek w Polsce. Mamy już 400 gmin, w których nie ma aptek, czyli około 2 mln Polaków musi jechać po lekarstwa ponad godzinę. To będą osoby coraz starsze, dla których to duża uciążliwość. Jest taka ustawa, nazywa się ADA 2.0, która absolutnie przeregulowała ten rynek. To jest karykatura, jakie przepisy rządzą tym rynkiem, więc to absolutnie trzeba zmienić.",
- „W 400 gminach w Polsce nie ma żadnej apteki. To 16% gmin w całym kraju.",
- „Niestety, apteki w małych miejscowościach zamykają się. Aby temu przeciwdziałać, należy zmienić prawo i zliberalizować przepisy rynku aptecznego."

Informacja ta wprowadza w błąd, ponieważ łączy przepisy ustawy z dnia 13 lipca 2023 r. o zmianie ustawy o gwarantowanych przez Skarb Państwa ubezpieczeniach eksportowych oraz niektórych innych ustaw (tzw. AdA 2.0) z liczbą aptek ogólnodostępnych.

Obowiązujące przepisy nie blokują otwierania aptek ogólnodostępnych w gminach, w których ich brakuje. Nie istnieją żadne przepisy, które uniemożliwiałyby powstawanie aptek ogólnodostępnych oraz punktów aptecznych na tych terenach. Można otwierać nowe apteki, a liczba wydanych zezwoleń, także na terenach wiejskich, świadczy o tym, że rynek nie jest zamknięty. W rzeczywistości to względy ekonomiczne, takie jak niski potencjał dochodowy aptek na wsiach, brak wsparcia finansowego dla takich placówek oraz trudności w zatrudnieniu farmaceutów, stanowią główną barierę dla ich powstawania.

W latach 2017–2023 farmaceuci uzyskali 264 zezwolenia na prowadzenie aptek na terenach wiejskich. Fakt ten potwierdza, że apteki ogólnodostępne mogą i są otwierane na terenach wiejskich. Każdy przedsiębiorca ma prawo do otwarcia dowolnej liczby punktów aptecznych.

Rzekomy brak aptek w 400 gminach w Polsce nie jest skutkiem regulacji AdA, a analiza dostępnych danych jednoznacznie dowodzi, że sytuacja ta wynika z czynników niezależnych od tych przepisów.

Po pierwsze, **w ponad trzystu z tych gmin nigdy nie było apteki**, pomimo że przed wprowadzeniem w 2017 roku ustawy AdA 1.0 przedsiębiorcy mieli pełną swobodę w ich otwieraniu. Fakt ten pokazuje, że brak aptek w tych lokalizacjach nie jest efektem nowych

przepisów, lecz wynika z uwarunkowań geograficznych, demograficznych oraz niskiego potencjału ekonomicznego tych terenów. Ponadto, w wielu gminach, w których nie ma aptek ogólnodostępnych, działają punkty apteczne, które zabezpieczają podstawowe potrzeby lekowe pacjentów. Znane są także przypadki przekształcania punktów aptecznych w apteki, co dowodzi, że rynek pozostaje dynamiczny. Dowodem tego jest szeroko przeprowadzona przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego analiza, której wnioski wraz z komentarzem GIF przytaczamy poniżej.

„W połowie 2015 r. liczba gmin, w których nie było ani apteki, ani punktu aptecznego, to było dokładnie 323, w 2024 r. to było 329, wzrost o sześć. Tak więc przestańmy uprawiać propagandę, mówiąc o 400 gminach (…). To nie jest 400 gmin, bo pamiętajmy, że w 300 z tych gmin apteki przed wejściem ustawy z 2018 r. nie było." – Łukasz Pietrzak, GIF, Posiedzenie Komisji ds. Petycji w dniu 8 stycznia 2025 r.

Dodatkowo, problem ograniczonego dostępu do aptek na terenach wiejskich nie jest specyficzny dla Polski i występuje także w innych krajach europejskich, niezależnie od ich modelu regulacyjnego. Przykłady Niemiec i Francji, które posiadają podobne regulacje jak Polska, oraz Wielkiej Brytanii (sieci aptek niemal jednego dnia zamknęły ponad 1200 aptek) czy Włoch, gdzie rynek apteczny jest bardziej liberalny, **pokazują, że trudności w funkcjonowaniu aptek na wsiach są zjawiskiem ogólnoeuropejskim.** Włochy, które wprowadziły deregulację, również zmagają się z problemem niedostatecznej liczby aptek na terenach wiejskich, co dowodzi, że sama liberalizacja rynku nie rozwiązuje tego problemu.

2.

Głosi Pan, że:

- „Najnowszy raport Pracodawcy RP, oparty na danych IQVIA, wskazuje, że polski rynek aptek należy do najbardziej przeregulowanych w Europie." „Działalność aptek w Polsce jest regulowana przez 18 aktów prawnych.",

- „Nadmierne regulacje i biurokracja szkodzą pacjentom oraz osłabiają system ochrony zdrowia.",

- „Rynek apteczny w Polsce stał się jednym z najbardziej przeregulowanych w Europie. Obowiązują na nim dziś łącznie niemal wszystkie ograniczenia, które można oddzielnie spotkać na rynkach innych europejskich krajów.".

Informacja ta wprowadza w błąd, ponieważ sugeruje, że działalność aptek w Polsce jest przeregulowana, co szkodzi pacjentom oraz osłabia system ochrony zdrowia w Polsce.

Liczba aktów prawnych regulujących funkcjonowanie rynku aptecznego nie odbiega od tych obowiązujących w krajach europejskich, jest jednak konsekwencją działań podmiotów, które przez wiele lat świadomie i z pełną premedytacją naruszały polskie prawo, w tym w zakresie antykoncentracji i przejmowania rynku, również poprzez podmioty finansowane z krajów będących tzw. rajami podatkowymi. Wprowadzanie kolejnych regulacji było konieczne dla ochrony polskich pacjentów, nie tylko w zakresie równego dostępu do aptek, ale również ochrony Polski przed drenażem polskiego podatnika z podatków. Jako przykład wystarczy podać setki milionów złotych wypływających z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia w wyniku generowania wzrostu sprzedaży leków podlegających refundacji, poprzez nieetyczne programy marketingowe, co spowodowało konieczność wprowadzenia zakazu reklamy aptek i ich działalności.

Podkreślić należy, że liczba aptek w Polsce jest wyższa niż w wielu innych krajach europejskich, zarówno tych z liberalnym rynkiem, jak i tych posiadających regulacje podobne do AdA 1.0 i AdA 2.0. Obecnie funkcjonuje w Polsce 11 311 aptek. Oznacza to, że na jedną aptekę przypada średnio 3327 pacjentów. To więcej niż w Niemczech, Norwegii, Finlandii, Szwecji, Portugalii, Węgrzech czy Wielkiej Brytanii. Dane te pokazują, że obowiązujące przepisy nie ograniczyły dostępu do aptek, a rynek nie jest zamknięty ani nadmiernie regulowany w porównaniu z innymi krajami.

Polski rynek apteczny pozostaje dynamiczny. Fakt ten potwierdzają dane dotyczące otwierania i zamykania aptek. Od wprowadzenia AdA 1.0 w 2017 roku wydano 630 nowych zezwoleń na otwarcie aptek ogólnodostępnych, a tylko w 2024 roku powstało 29 nowych aptek, w tym kilkanaście na wsiach.

Liczba wygaszanych zezwoleń spadła dwukrotnie. W latach 2012–2017 zamknięto 3700 aptek, podczas gdy w okresie 2018–2023 było to już tylko 1883. W 2024 roku wygaszono zaledwie 181 zezwoleń, a więc czterokrotnie mniej niż w 2015 roku, gdy zamknięto 764 apteki. Dane te dowodzą, że nowe przepisy nie doprowadziły do zapaści rynku, lecz do jego stabilizacji.

W ciągu 2024 r. ubyło 348 aptek indywidualnych, ale jednocześnie przybyło 107 aptek w sieciach 5+, co wskazuje na reorganizację rynku, a nie jego stagnację. Dodatkowo, liczba zmian zezwoleń w latach 2023–2024 wyniosła 1188, z czego część miała charakter techniczny, a część oznaczała przejęcia i zmiany własnościowe, co również wskazuje na aktywność rynkową.

Podsumowując, dostępne dane wskazują, że polski rynek aptek nie jest nadmiernie przeregulowany w porównaniu do innych krajów europejskich. Liczba aptek pozostaje wysoka,

rynek jest dynamiczny, a regulacje doprowadziły do stabilizacji, a nie stagnacji. W świetle tych faktów twierdzenie o nadmiernej regulacji rynku aptecznego nie znajduje uzasadnienia.

Według danych PEX, rozwój sieci aptecznych także nie uległ zmianie. Na przestrzeni lat udział sieci 50+ w rynku wzrósł o blisko 10%, zaś sieci z grupy TOP 10 osiągnęły udział ilościowy w rynku na poziomie 29%, a wartościowy na poziomie 39% rynku.

3.

Odnosząc się do zmiany w ustawie – Prawo farmaceutyczne z 2023 r. rozpowszechnia Pan informację, że „Obowiązujące restrykcyjne przepisy przed rokiem ponownie znowelizowano, **jeszcze bardziej zmniejszając konkurencyjność na rynku i ograniczając dostępność aptek**, łamiąc przy okazji zasady stanowienia prawa.".

Informacja ta jest nieprawdziwa.

Nowe przepisy Prawa farmaceutycznego zwiększają konkurencyjność na rynku aptecznym poprzez ograniczenie procesów monopolizacyjnych i wspieranie pluralizmu podmiotów działających w sektorze. Zakaz przejmowania aptek przez podmioty posiadające już istotny udział w rynku zapobiega ekspansji dużych sieci kosztem mniejszych, niezależnych aptek. Dzięki temu nowi przedsiębiorcy i indywidualni farmaceuci mają większe szanse na otwieranie własnych placówek. Sprzyja to zróżnicowaniu rynku i utrzymaniu równowagi konkurencyjnej.

Dzięki wprowadzeniu tych mechanizmów rynek apteczny pozostaje otwarty na nowe podmioty, a pacjenci zyskują większy wybór usług farmaceutycznych. W efekcie, rosnąca liczba niezależnych aptek może prowadzić do poprawy jakości obsługi, większej dostępności leków i bardziej konkurencyjnych cen, co ostatecznie działa na korzyść konsumentów i całego systemu ochrony zdrowia.

Z raportu Pracodawców RP pt. „Sytuacja rynku aptek w Polsce i wybranych krajach Europy" wynika, że „Polski rynek apteczny jest rozdrobniony, konkurencyjny (…)", co prowadzi do konkluzji, że wypowiedzi Pana Prezesa są sprzeczne z wnioskami przedstawionymi w raporcie organizacji, którą Pan kieruje.

4.

Podnosi Pan, że „Ceny leków rosną znacząco szybciej niż poziom inflacji (…)".

Informacja ta jest nieprawdziwa.

Przepisy tzw. AdA 1.0 i AdA 2.0 nie mają wpływu na wzrost cen leków, ponieważ są one w dużej mierze określane przez państwo. Ogromna część leków ma ceny wynikające

z urzędowych cen zbytu, a także urzędowych marż hurtowych i detalicznych, które mają charakter cen i marż sztywnych. Wysokości tych cen nie są związane ze zmianami w strukturze rynku aptecznego. Pomimo tych przepisów, rynek apteczny pozostaje konkurencyjny, ponieważ w Polsce funkcjonuje ponad 12 tysięcy aptek i punktów aptecznych, co umożliwia swobodę kształtowania cen leków nierefundowanych i przeciwdziała monopolizacji.

Specyfikę sposobu kształtowania się tendencji cenowych na rynku farmaceutycznego na poziomie aptek dobrze obrazuje tzw. efekt Mounjaro, opisywany w piśmiennictwie farmaceutycznym:

„„Z danych GUS wynika, że w całym zeszłym roku ceny wyrobów farmaceutycznych wzrosły o 4,1 proc., a przez ostatnie miesiące minionego roku rosły niemal dwa razy szybciej, niż inflacja (w grudniu ceny produktów leczniczych wzrosły aż o 8,9 proc., a w listopadzie o 8,3 proc.)".

Te statystyki się zgadzają, ALE… (…)

Jak to wygląda w liczbach? Porównaliśmy ceny leków w grudniu 2023 i 2024 r. – to szacunek własny w oparciu o dane z Bazy Omnibus firmy PEX Sp. z. o.o. Z naszej analizy wynika, że w przypadku cen nierefundowanych leków na receptę wzrost wyniósł 12,97 proc.

Faktycznie byłby to dramatyczny wzrost. Jeśli z porównania usuniemy Mounjaro, to okaże się, że ceny nierefundowanych leków na receptę wzrosły w tym okresie tylko o 4,7 proc." (Źródło: https://aptekarski.com/opinia/gwaltowny-wzrost-cen-lekow-w-polsce-to-manipulacja)

5.

Pana zdaniem „(…) zainteresowanie młodych ludzi studiowaniem na prestiżowym do niedawna kierunku farmacji jest najniższe od 1990 roku."

Informacja ta jest nieprawdziwa.

Nie ma żadnych przesłanek, aby twierdzić, że przepisy tzw. AdA 1.0 i AdA 2.0 przyczyniły się do spadku liczby studentów na kierunku farmacja.

Zarówno Ministerstwo Zdrowia, jak i samorząd zawodu farmaceuty, podejmują aktywne działania wzmacniające sektor farmaceutyczny. Przeciwdziała to potencjalnemu spadkowi atrakcyjności zawodu farmaceuty. Wśród kluczowych zmian należy wymienić modyfikację tabeli marż leków refundowanych, podwyższenie taxa laborum na leki recepturowe oraz wdrożenie modelu finansowania dyżurów nocnych i świątecznych w aptekach. Poprawa warunków ekonomicznych farmaceutów zwiększa stabilność zawodu i tworzy lepsze warunki dla funkcjonowania aptek. Fakty te, w dłuższej perspektywie, wpłyną na wzrost

zainteresowania studiami farmaceutycznymi. Pamiętać należy, że zmniejszona liczba studentów na poszczególnych uczelniach, wynika zarówno ze zwiększenia liczby samych uczelni, na których kształci się przyszłych farmaceutów, jak i liczbą nowo otwartych kierunków lekarskich, które w naturalny sposób konkurują o potencjalnych studentów. Trudno uznać za logiczny wniosek, że studenci rezygnują ze studiowania farmacji, w związku z wejściem w życie przepisów, które umożliwiają im otwieranie własnych aptek i świadczenie opieki farmaceutycznej, które przed wejściem w życie przepisów AdA 1.0 w praktyce i prawnie - nie istniały.

Równie istotnym czynnikiem wpływającym na atrakcyjność zawodu farmaceuty jest rozszerzenie jego kompetencji.

Liczby jednoznacznie wskazują, ze przed wprowadzeniem przepisów AdA 1.0 liczba: aptecznych punktów szczepień, gabinetów opieki farmaceutycznej, osób uprawnionych do wykonywania szczepień w aptekach, badań diagnostycznych, które mogli wykonywać farmaceuci, konsultacji udzielonych przez farmaceutów, świadczeń zdrowotnych udzielanych przez farmaceutów i wielu innych form zawodowej aktywności farmaceutów wynosiła dokładnie 0 (słownie: zero). W czasie, kiedy nie obowiązywały przepisy tzw. AdA 1.0, w żadnej aptece nie wolno było wykonywać nawet tak prostych czynności, jak ważenie pacjenta, gdyż groziła za to kara najwyższa, czyli cofnięcie zezwolenia na prowadzenie apteki. Obecnie pod rządami przepisów tzw. AdA 1.0 i AdA 2.0 ponad 11.000 uprawnionych farmaceutów w blisko 2500 aptecznych punktach szczepień wykonało ponad 3.000.000 szczepień ochronnych. Kilka tysięcy farmaceutów uzyskało uprawnienia do wykonywania badań diagnostycznych. Liczba recept farmaceutycznych - dzięki zmianom przepisów - wzrosła 1000-krotnie, osiągając liczbę nawet blisko 2.000.000 rocznie, co oznacza niemal dwa miliony pacjentów, którym udzielono pomocy w stanie zagrożenia zdrowia. Po wejściu w życie przepisów tzw. AdA 2.0, w ostatnim roku farmaceuci zyskali możliwość wydawania antykoncepcji awaryjnej, a także prowadzenia szczepień ochronnych na 26 zalecanych szczepionek. Od 14 lutego br. farmaceuci mogą wystawiać recepty refundowane na wszystkie szczepionki niezbędne do wykonania zalecanych szczepień ochronnych. Wprowadzone zmiany sprawiają, że rola farmaceuty w systemie ochrony zdrowia staje się coraz bardziej znacząca.

Przypomnieć należy, że Pracodawcy RP apelowali o odrzucenie ustawy o zawodzie farmaceuty, która stanowiła „rewolucję" w uprawnieniach farmaceutów. Pracodawcy RP argumentowali, że *„zapisy ustawy dotyczące wprowadzenia nowych uprawnień kolidują z aktualnymi uprawnieniami zawodowymi innych zawodów medycznych, dodatkowo*

zaproponowane przepisy nie precyzują sposobu rozkładu odpowiedzialności w procesie leczenia." Apelując o odrzucenie ustawy, dzięki której farmaceuci po raz pierwszy po trzydziestu latach uzyskali prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych, takich jak przeglądy lekowe czy konsultacje farmaceutyczne, a także krytykując przepisy o niezależności farmaceutów w trakcie wykonywania czynności zawodowych, Pracodawcy RP wskazywali, że *„Część zaproponowanych zapisów wprowadza także znaczne ograniczenia uprawnień o charakterze kierowniczym wśród pracodawców funkcjonujących na rynku farmaceutycznym. Przedsiębiorcy prowadzący apteki zostaną pozbawieni realnej możliwości zarządzania własnymi przedsiębiorstwami".*

(źródło: https://pulsmedycyny.pl/puls-farmacji/puls-farmacji/pracodawcy-rp-ustawa-o-zawodzie-farmaceuty-wymaga-dopracowania/

Pracodawcy RP apelowali również o ułatwienie napływu farmaceutów z innych krajów poprzez dopuszczenie na rynek pracowników z Ukrainy, czemu sprzeciwiał się samorząd zawodu farmaceuty. Uwzględnienie takich postulatów wywołałoby opłakane skutki, dokładnie takie, jakie dotyczą zawodu lekarza.

(https://www.rynekzdrowia.pl/Farmacja/Ukrainscy-farmaceuci-do-polskich-aptek-Jest-awantura,230379,6.html)

6.

Głosi Pan także, że:

- „Polska starzeje się w coraz szybszym tempie, a wraz z upływem czasu rośnie zapotrzebowanie na usługi opieki farmaceutycznej.",

- „Odpowiednie warunki do świadczenia **takich usług mają twory sprawne organizacyjnie i silne ekonomicznie. Bez wątpienia zaliczają się do nich sieci apteczne,** które nie mogą się rozwijać po wprowadzeniu przepisów Apteka dla Aptekarza.".

Informacja ta wprowadza w błąd, ponieważ sugeruje, że opieka farmaceutyczna jest zależna od poziomu zaangażowania sieci aptecznych w strukturę własnościową rynku.

Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (tj. Dz.U. z 2024r. poz. 676, z późn.zm.) stanowi w art. 4 ust. 2, że „opieka farmaceutyczna" to świadczenie zdrowotne w rozumieniu art. 5 pkt 40 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielane przez farmaceutę i stanowiące dokumentowany proces, w którym farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem prowadzącym leczenie pacjenta, a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwa nad prawidłowym przebiegiem indywidualnej farmakoterapii,

obejmujące: 1) prowadzenie konsultacji farmaceutycznych, 2) wykonywanie przeglądów lekowych wraz z oceną farmakoterapii, z uwzględnieniem problemów lekowych pacjenta, 3) opracowywanie indywidualnego planu opieki farmaceutycznej, 4) wykonywanie badań diagnostycznych określonych w przepisach wykonawczych do ww. ustawy oraz 5) wystawianie recept w ramach kontynuacji zlecenia lekarskiego.

Z powyższej definicji wynika więc, że najważniejszym ogniwem opieki farmaceutycznej jest farmaceuta, którego niezależność i samodzielność ma ogromny wpływ na jakość świadczonej usługi.

Jednym z kluczowych efektów wprowadzenia AdA 1.0 było również wzmocnienie roli farmaceutów i rozwój opieki farmaceutycznej.

Opieka farmaceutyczna, jako świadczenie zdrowotne, wymaga indywidualnego podejścia i niezależności decyzyjnej. To właśnie działania sieci aptecznych, które protestowały przeciwko uchwaleniu ustawy o zawodzie farmaceuty, nakierowane były na uniemożliwienie wdrożenia przepisów pozwalających na udzielanie świadczeń zdrowotnych w aptekach. Na marginesie należy dodać, że wzrost liczby aptek odnotowały wszystkie większe sieci w Polsce.

7.

Pana zdaniem „(...) przykłady innych krajów pokazują, że rozsądna liberalizacja przepisów usprawnia funkcjonowanie aptek, zwiększa dostępność usług i sprzyja inwestycjom. W efekcie pacjenci zyskują lepszy dostęp do leków i niższe ceny."

Informacja ta wprowadza w błąd, ponieważ sugeruje, że liberalizacja przepisów usprawnia funkcjonowanie aptek, zwiększa dostępność usług i sprzyja inwestycjom, w efekcie pacjenci zyskują lepszy dostęp do leków i niższe ceny.

Twierdzenie, że liberalizacja rynku aptecznego usprawnia jego funkcjonowanie, zwiększa dostępność usług i sprzyja inwestycjom, nie znajduje potwierdzenia w faktach. Analiza sytuacji w kilku europejskich państwach potwierdza, że deregulacja nie zawsze prowadzi do poprawy sytuacji pacjentów, a w wielu przypadkach skutkuje problemami z dostępnością do aptek, zwłaszcza na terenach wiejskich. Przykładem są Włochy, które zliberalizowały swój rynek apteczny, a mimo to nadal zmagają się z problemem braku placówek na terenach wiejskich. Brak ograniczeń w lokalizacji aptek nie doprowadził do ich równomiernego rozmieszczenia, lecz do nadmiernej koncentracji w miastach, gdzie prowadzenie działalności jest bardziej opłacalne. Podobny problem można zaobserwować w Wielkiej Brytanii, gdzie mimo wolnorynkowego podejścia do sektora aptecznego, nie udało się zapewnić odpowiedniej dostępności placówek na peryferiach. Zauważyć należy, że w

Niemczech i Francji, gdzie obowiązują przepisy zbliżone do polskich, nie ma problemów z dostępnością do aptek, a systemy apteczne tych państw są uznawane za jedne z najlepiej funkcjonujących w Europie. Utrzymywanie restrykcji dotyczących liczby aptek oraz podmiotów mogących je prowadzić pozwala na kontrolowane i stabilne funkcjonowanie rynku, zapobiegając jednocześnie jego monopolizacji przez wielkie sieci.

Jak już wskazano, w Polsce **nie ma przeszkód prawnych uniemożliwiających otwieranie aptek na terenach, gdzie brakuje aptek**. W ponad 300 gminach, nawet przed wejściem w życie przepisów AdA1.0, a więc w okresie obowiązywania liberalnych przepisów i pełnej swobody w ich otwieraniu, apteki nigdy nie powstały. Oznacza to, że sam wolny rynek nie rozwiązał problemu dostępności aptek na wsiach, co przeczy tezie o rzekomej skuteczności deregulacji w tym obszarze.

Według badań przeprowadzonych w Austrii dowiedziono, iż liberalizacja rynku nie prowadzi do obniżenia cen leków. W państwach, w których rynek apteczny jest w mniejszym stopniu regulowany, ceny leków nie są niższe. Ceny leków zależą od polityki refundacyjnej państwa oraz poziomu regulacji cen, a nie od modelu własnościowego aptek.

Mając na uwadze przedstawione fakty oraz rzetelne dane dotyczące funkcjonowania rynku aptecznego w Polsce, Naczelna Rada Aptekarska sprzeciwia się dalszemu rozpowszechnianiu nieprawdziwych informacji lub wprowadzających w błąd twierdzeń na temat przepisów normujących rynek apteczny i ich skutków. Narracja sugerująca, że obowiązujące przepisy prowadzą do upadku aptek, ograniczają konkurencyjność czy podnoszą ceny leków, jest niezgodna z prawdą.

Wzywam Pana Prezesa do zaprzestania rozpowszechniania nieprawdziwych informacji, które wprowadzają opinię publiczną w błąd oraz kreują fałszywy obraz sytuacji na rynku aptecznym.

Wszelkie rzetelne analizy i dane wskazują, że obowiązujące przepisy **chronią pacjentów, zapewniają stabilność rynku aptecznego, zabezpieczają ten rynek przed nadmierną koncentracją w ramach podmiotów sieciowych. Wspierają one rozwój aptek, które odgrywają kluczową rolę w zapewnianiu dostępu do leków i usług farmaceutycznych.**

Oczekujemy, że dalsza debata na temat rynku aptecznego będzie prowadzona w sposób merytoryczny, oparty na faktach, a nie na informacjach o nieistniejącej rzeczywistości, która została wykreowana w celu realizacji interesów podmiotów prowadzących sieci aptek.

z poważaniem

Prezes
Naczelnej Rady Aptekarskiej
Marek Tomków

Naczelna Izba Aptekarska

ul. Grójecka 186 lok. 16, 02-390 WARSZAWA
Telefon: 22 887 50 30
http://www.nia.org.pl, e-mail: nia@nia.org.pl