

APTEKA DLA APTEKARZA

SKUTKI REGULACJI APTECZNEGO RYNKU FARMACEUTYCZNEGO

Niniejszy materiał jest opracowaniem własnym Instytutu Finansów Publicznych, na podstawie którego powstała prezentacja pt. "Skutki regulacji rynku aptecznego w Polsce (podstawowe fakty i liczby)" zlecona przez PharmaNet na potrzeby panelu dyskusyjnego pt. „Przywracanie praworządności – przypadek rynku aptek” podczas Europejskiego Forum Nowym Idei (17.10.2024r.)

Autor:
dr Konrad Walczyk

Warszawa, 28 grudnia 2024

Instytut Finansów Publicznych to działający na rzecz pożytku publicznego ośrodek analityczny.

Reprezentuje interes społeczeństwa i obywateli oraz aktywnie uczestniczy w debacie publicznej. Jest niezależną i apartyjną organizacją pozarządową, która stawia sobie za główne cele m.in. monitoring stanu finansów publicznych, *fact-checking* i przeciwdziałanie populizmowi w życiu publicznym oraz wspieranie demokracji, praworządności i społeczeństwa obywatelskiego.

W działalności analitycznej Instytut Finansów Publicznych kieruje się zasadami i wytycznymi zawartymi w *Dobrych zwyczajach w nauce*, wydanych przez Komitet Etyki, działający przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk (https://ken.pan.pl/images/2001_ZbiorWytycznych.pdf).

Wszystkie opracowania realizujemy rzetelnie, z należytą starannością i uczciwością. W formułowaniu opinii Instytut Finansów Publicznych jest niezależny i unika propagandy. Zastrzegamy sobie prawo do niezależności w doborze narzędzi badawczych oraz w formułowaniu wniosków.

Instytut Finansów Publicznych bierze odpowiedzialność wyłącznie za wyniki opracowanych przez nasz Zespół analiz, a nie za sposób ich wykorzystania przez zleceniodawców lub inne strony.

Raporty, analizy, publikacje oraz wydarzenia Instytutu znajdują się na stronie www.ifp.org.pl.

Spis treści

Wstęp

1. Warunki prawne zakładania i przejmowania aptek w Polsce w latach 1991-2024

1.1. Warunki zakładania aptek przed wprowadzeniem AdA

1.2. AdA 1.0

1.3. AdA 2.0

1.4. Istota regulacji AdA

2. Potencjalne skutki AdA

2.1. Zmniejszenie się liczby aptek

2.2. Zahamowanie rozwoju sieci aptecznych i spadek konkurencyjności

2.3. Ograniczony dostęp do produktów leczniczych i wzrost ich cen

2.4. Spadek wartości przedsiębiorstw aptecznych

3. Wycena ubytku wartości przedsiębiorstw aptecznych

Podsumowanie

Literatura

Wstęp

W opracowaniu analizuje się wpływ regulacji rynku aptecznego w Polsce, znanej szerzej jako „Apteka dla aptekarza” (AdA), na ten rynek. Analiza ma charakter wycinkowy, to znaczy, nie bierze się w niej pod uwagę ogółu skutków, jakie spowodowała regulacja AdA, a skupia się jedynie na aspektach, które rzutują na wyniki finansowe przedsiębiorstw działających na tym rynku. Przedstawiony niżej materiał jest fragmentem szerszej analizy, która jest w toku. Pomimo iż jest to materiał roboczy, nieukończony, podjęto decyzję o jego upublicznieniu z uwagi na bieżące znaczenie problemu, który jest objęty analizą. Wynika z niej bowiem jak dotąd, że regulacja AdA zahamowała rozwój rynku ze szkodą dla działających na nim podmiotów: przedsiębiorstw aptecznych oraz konsumentów wyrobów leczniczych i medycznych, stając się przykładem nieuzasadnionej ingerencji państwa w rynek, na której nikt nie zyskał, a straciło społeczeństwo. Biorąc pod uwagę, że analiza, a zatem i wnioski z niej płynące są wstępne, należy je traktować z ostrożnością.

1. Warunki prawne zakładania i przejmowania aptek w Polsce w latach 1991-2024

W tej części opracowania omawia się zasady tworzenia i przejmowania aptek ogólnodostępnych w zakresie, w jakim znaczenie mają przepisy prawa farmaceutycznego, określane w publicystyce jako „Apteka dla aptekarza”.

1.1. Warunki zakładania aptek przed wprowadzeniem AdA

Do chwili wejścia w życie ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz. U. z 2024 poz. 868, dalej: u.p.f.), tj. przed dniem 1 października 2002 r., zasady tworzenia aptek regulowały przepisy ustawy z dnia 10 października 1991 r. o środkach farmaceutycznych, materiałach medycznych, aptekach, hurtowniach i nadzorze farmaceutycznym (Dz. U. Nr 105, poz. 452 ze zm.), a w sprawach koncesjonowania, nieuregulowanych w ustawie – przepisy działalności gospodarczej. Zgodnie z art. 33 ust. 2 tejże ustawy, koncesję na prowadzenie apteki ogólnodostępnej¹ mógł otrzymać wyłącznie farmaceuta. Orzeczeniem z dnia 20 sierpnia 1992 r. w sprawie K 4/92 Trybunał Konstytucyjny (TK) uznał, że przepis ten nie jest zgodny z konstytucyjną zasadą swobody działalności gospodarczej, stwierdzając iż dla ochrony zdrowia i życia ludzkiego nie jest konieczne, aby właścicielem apteki musiał być farmaceuta i że w toczącym się wówczas postępowaniu przed TK nie zostało wykazane, aby właściciele aptek niebędący farmaceutami, prowadzący apteki na podstawie uzyskanych koncesji, postępowali w sposób zagrażający życiu lub zdrowiu ludzkiemu. W konsekwencji zakwestionowany przepis utracił moc obowiązywania i od 1 stycznia 1993 r. właścicielem apteki mógł zostać każdy podmiot pod warunkiem zatrudnienia na stanowisku jej kierownika osoby w wieku przedemerytalnym, uprawnionej do wykonywania zawodu aptekarza², oraz zapewnienia w aptece warunków określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 listopada 1992 r. w sprawie warunków prowadzenia apteki (Dz. U. Nr 94, poz. 469). W zasadniczo niezmienionym kształcie norma ta przetrwała do dnia 1 października

¹ Apteką ogólnodostępną jest apteka, która zaopatruje ludność w produkty lecznicze, leki apteczne, leki recepturowe, wyroby medyczne i inne artykuły (środki specjalnego przeznaczenia żywieniowego, środki kosmetyczne z wyłączeniem kosmetyków przeznaczonych do perfumowania lub upiększania, środki higieniczne, przedmioty do pielęgnacji chorych i niemowląt, środki spożywcze zawierające w swoim składzie farmakopealne składniki naturalne pochodzenia roślinnego, środki dezynfekcyjne stosowane w medycynie) pod warunkiem, że posiadają wymagane prawe atesty i zezwolenia, a ich przechowywanie i sprzedaż nie przeszkadzają prowadzeniu działalności podstawowej (art. 87 ust. 2 w zw. z art. 86 ust. 8 i art. 72 ust. 5 u.p.f.).

² Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 16 października 1997 r. w sprawie dodatkowych kwalifikacji zawodowych kierownika apteki i hurtowni farmaceutycznej (Dz. U. Nr 130, poz. 873) rozszerzono wymagania wobec kierownika apteki – od dnia 1 grudnia 1997 r. kandydat na to stanowisko musiał ponadto mieć co najmniej pięcioletni staż pracy w zawodzie aptekarza i specjalizację I stopnia w zakresie farmacji aptecznej, klinicznej lub farmakologii (§ 1 ust. 1 rozporządzenia).

2002 r., tj. chwili wejścia w życie nowej ustawy o farmacji. Utrzymano w niej zasadę, że apteka ogólnodostępna mogła być prowadzona wyłącznie na podstawie uzyskanego zezwolenia (art. 99 ust. 1 u.p.f.). Zezwolenia udzielał, jak również zmieniał, cofał, stwierdzał jego wygaśnięcie lub odmawiał udzielenia, wojewódzki inspektor farmaceutyczny (art. 99 ust. 2 u.p.f.). Prawo do prowadzenia apteki przysługiwało wyłącznie farmaceutom będącym przedsiębiorcami, posiadającym obywatelstwo polskie lub obywatelstwo jednego z państw członkowskich UE, niewykonującym zawodu lekarza (w tym lekarza stomatologa) i zatrudniającym na stanowisku kierownika apteki aptekarza, który nie przekroczył wieku 65 lat, posiadającego prawo samodzielnego wykonywania tego zawodu, specjalizację uprawniającą do prowadzenia apteki i co najmniej trzyletni staż pracy w aptece oraz dającego rękojmię należytego prowadzenia apteki, potwierdzoną przez właściwą okręgową izbę aptekarską (art. 99 ust. 4 w zw. z art. 88 ust. 2 u.p.f.). Warunek zatrudniania aptekarza na stanowisku kierownika apteki nie dotyczył farmaceutów posiadających uprawnienia do prowadzenia apteki, potwierdzone przez właściwą okręgową izbę aptekarską (art. 99 ust. 6 u.p.f.). Farmaceuta mógł uzyskać wyłącznie jedno zezwolenie na prowadzenie apteki ogólnodostępnej (art. 99 ust. 5 u.p.f.). Apteki nie mogła otworzyć osoba prowadząca lub zamierzająca prowadzić hurtownię farmaceutyczną (art. 99 ust. 3 i art. 101 pkt 3 u.p.f.), ani taka, której w okresie trzech lat przed złożeniem wniosku cofnięto zezwolenie na prowadzenie apteki lub która nie dawała rękojmi należytego prowadzenia apteki (art. 101 pkt 2 i 4 u.p.f.). Ponadto, zezwolenie mogło zostać udzielone, o ile apteka spełniała określone warunki lokalowe (art. 101 pkt 1 w zw. z art. 97 oraz art. 100 ust. 2 i 4 u.p.f.).

Przepis art. 99 ust. 4 został zaskarżony do TK przez Rzecznika Praw Obywatelskich (RPO) jako naruszający konstytucyjną swobodę działalności gospodarczej. Argumentował on, że dotychczasowa regulacja prawna, wynikająca z ustawy z 1991 r. (po jej znowelizowaniu w następstwie orzeczenia Trybunału w sprawie K 4/92), polegająca na oddzieleniu fachowego prowadzenia apteki od prawa własności do niej, gwarantuje bezpieczeństwo farmaceutyczne, a tym samym zaskarżony przepis nie jest niezbędny dla ochrony interesu publicznego. Nim Trybunał zdążył orzec w sprawie, ustawą z dnia 30 sierpnia 2002 r. o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne³ (Dz. U. z 2002 r. Nr 152, poz. 1265) zostały zmienione warunki uzyskania zezwolenia na prowadzenie apteki. Prawo do jej założenia przyznano również osobom fizycznym, niebędącym farmaceutami, osobom prawnym i spółkom prawa handlowego niemającym osobowości prawnej, z wyłączeniem osób wykonujących zawód lekarza lub lekarza stomatologa, czynnie wykonującym swój zawód. Ponadto, zniesiono ograniczenie liczby prowadzonych aptek (do jednej) przez jeden podmiot. W jego miejsce wprowadzono przepisy antykoncentracyjne, zabraniające wydania zezwolenia na prowadzenie apteki podmiotom, które:

- prowadzą na terenie Polski więcej niż 10% aptek ogólnodostępnych lub są przedsiębiorcami zależnymi⁴ od takich podmiotów;
- są członkami grupy kapitałowej⁵, prowadzącej w Polsce więcej niż 10% aptek ogólnodostępnych.

Projekt przepisów antykoncentracyjnych został zgłoszony przez Senat (druk nr 797 z dnia 8 sierpnia 2002 r.) bez pisemnego uzasadnienia i poparty przez sejmową Komisję Zdrowia (druk nr 821 z dnia 27 sierpnia 2002 r.).

³ Weszła w życie w dniu 1 października 2002 r.

⁴ Przedsiębiorcą zależnym jest przedsiębiorca, nad którym kontrolę posiada inny przedsiębiorca (art. 4 pkt 3 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 594 ze zm., dalej u.o.k.k.). Więcej na temat relacji kontroli w: Skoczny [2015].

⁵ Grupę kapitałową tworzą przedsiębiorcy, którzy są kontrolowani w sposób bezpośredni lub pośredni przez jednego przedsiębiorcę, w tym również ten przedsiębiorca (art. 4 pkt 14 u.o.k.k.).

Zmieniły się także wymagania względem osób zatrudnionych na stanowisku kierownika apteki w taki sposób, że mógł nim zostać tylko farmaceuta, który nie przekroczył 65 roku życia, o co najmniej 5-letnim stażu pracy w aptece i dający rękojmię należytego prowadzenia apteki. Osoba taka mogła być kierownikiem tylko jednej apteki. Przewidziano, że jeśli kierownik nie ma specjalizacji z zakresu farmacji aptecznej, w aptece musi być zatrudniony, w pełnym wymiarze czasu pracy, przynajmniej jeden farmaceuta posiadający taką specjalizację.

Z dniem 1 maja 2004 r. zaostrzono przepisy antykoncentracyjne, ograniczając wielkość udziału w liczbie aptek ogólnodostępnych do 1% w obrębie województwa (art. 1 pkt 43 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne, ustawy o zawodzie lekarza oraz ustawy – Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo farmaceutyczne, ustawę o wyrobach medycznych oraz ustawę o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Dz. U. z 2004 r. Nr 92, poz. 882). Projekt zaostrzenia przepisów antykoncentracyjnych został zgłoszony podczas prac sejmowej Komisji Zdrowia. Sprawozdanie z prac Komisji nie zawiera jego uzasadnienia.

Ustawą z dnia 19 grudnia 2014 r. o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw⁶ (Dz. U. z 2015 r. poz. 28) krąg podmiotów uprawnionych do prowadzenia apteki ograniczono o podmioty zajmujące się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi (art. 1 pkt 38).

W przededniu rozpoczęcia obowiązywania przepisów ustawy z dnia 7 kwietnia 2017 r. o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2017 r. poz. 1015), wprowadzających w zasadach udzielania zezwoleń na prowadzenie aptek zmiany określone jako „Apteka dla aptekarza” 1.0 (dalej AdA 1.0), stan prawny przedstawiał się następująco. Otóż, aptekę mogła utworzyć każda osoba fizyczna, prawna lub spółka prawa handlowego nieposiadająca osobowości prawnej, zatrudniająca farmaceutę o specjalizacji z zakresu farmacji aptecznej, o ile nie zajmowała się sprzedażą hurtową lub pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi i nie posiadała więcej niż 1% aptek ogólnodostępnych w województwie, samodzielnie bądź łącznie z innymi podmiotami powiązanymi relacją kontroli.

1.2. AdA 1.0

Ustawa z dnia 7 kwietnia 2017 r. znacznie zawężyła krąg podmiotów uprawnionych do prowadzenia apteki ogólnodostępnej. Od dnia 25 czerwca 2017 r. prawo to przysługiwało wyłącznie farmaceutom posiadającym prawo wykonywania zawodu, prowadzącym działalność gospodarczą, oraz spółkom jawnym i partnerskim, których przedmiotem działalności było wyłącznie prowadzenie aptek i w których wspólnikami (partnerami) byli wyłącznie farmaceuci posiadający prawo wykonywania zawodu. Ponadto, wprowadzono szereg innych ograniczeń o charakterze antykoncentracyjnym i kontyngentującym (tj. zapobiegającym wzrostowi liczby aptek ogólnodostępnych na określonym obszarze). Po pierwsze, uniemożliwiono utworzenie apteki podmiotom, które samodzielnie, w spółce, poprzez podmioty kontrolowane (zależne), bezpośrednio lub pośrednio, bądź w grupie kapitałowej prowadzą łącznie co najmniej 4 apteki ogólnodostępne. Po drugie, zezwolenia nie mógł otrzymać wnioskodawca (wspólnik lub partner spółki będącej wnioskodawcą) również wtedy, gdy wchodził w skład organów spółki posiadającej zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej lub zajmującej się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi. Po trzecie, zezwolenie nie było udzielane, jeżeli w dniu złożenia wniosku o jego wydanie, liczba mieszkańców w danej gminie, w przeliczeniu na jedną aptekę ogólnodostępną, była mniejsza niż 3000 osób (wg stanu na dzień 31 grudnia roku poprzedzającego rok złożenia wniosku), a odległość od miejsca planowanej lokalizacji apteki do najbliższej funkcjonującej apteki ogólnodostępnej, liczona pomiędzy wejściami do izb ekspedycyjnych aptek w linii prostej, wynosiła mniej niż 500 metrów.

⁶ Weszła w życie 8 lutego 2015 r.

Kryterium przestrzenno-demograficzne nie miało zastosowania, jeśli odległość ta wynosiła co najmniej 1000 metrów lub gdy z wnioskiem o udzielenie zezwolenia występował podmiot, który nabył całą aptekę ogólnodostępną od spadkobiercy podmiotu posiadającego zezwolenie, a adres apteki nie uległ zmianie, albo gdy na odstąpienie od zasady ogólnej – ze względu na ważny interes pacjentów i konieczność zapewnienia im dostępu do produktów leczniczych – wyraził zgodę minister właściwy do spraw zdrowia. Po czwarte, zniesiono możliwość uzyskania zezwolenia na prowadzenie apteki w wyniku przejęcia, podziału, wydzielenia się, wyodrębnienia się lub przekształcenia spółki, albo połączenia się spółek, chyba że spółka powstała w wyniku tych zdarzeń spełniała przesłanki otrzymania zezwolenia i – w przypadku nabycia – adres apteki nie ulega zmianie.

Wnioskodawcy projektu nowelizującej ustawy (grupa posłów) uzasadnili zaostrzenie przepisów regulujących udzielanie zezwoleń na prowadzenie apteki koniecznością zapobieżenia: trudnościom w sprawowaniu prawidłowego nadzoru nad działalnością aptek; monopolizacji rynku; likwidacji małych aptek, prowadzonych przez przedsiębiorców indywidualnie; brakowi leków; powstawaniu uszczerbków budżetowych z tytułu podatków dochodowych oraz podatku od towarów i usług; degradacji zawodu farmaceuty; naruszeniom prawa farmaceutycznego i podatkowego; spadkowi liczby farmaceutów przypadających na jedną aptekę. W rozdzieleniu wykonywania czynności zarządu (właścicielskich) i zadań farmaceuty upatrywali oni „źródło i przyczynę wszelkich nieprawidłowości w funkcjonowaniu aptek i punktów aptecznych”⁷. Argumentowali, że „wyłącznie farmaceuta może, jako właściciel apteki, zagwarantować, że podstawowy cel działania apteki zostanie należycie zrealizowany”⁸. Zaostrzenie przepisów antykoncentracyjnych tłumaczyli złymi doświadczeniami z deregulacji rynków w niektórych krajach europejskich, a wprowadzenie przepisów ograniczających liczbę aptek – tym, iż inne państwa UE prowadzą podobną politykę i funkcjonowaniem podobnych przepisów w innych sektorach polskiej gospodarki. Projekt nie zawierał oceny skutków regulacji. Ministerstwo Rozwoju oraz Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów (UOKiK) krytycznie oceniły poselski projekt ustawy. W ocenie Ministerstwa regulacje w nim zawarte „nie przyczynią się do poprawy pozycji aptek i aptekarzy w systemie ochrony zdrowia”, a nieprawidłowościom wskazanym przez projektodawców można przeciwdziałać, stosując instrumenty przewidziane prawem [MR, 2017, s. 1-3]. UOKiK stwierdził z kolei, że restrykcje nałożone ustawą są nieadekwatne do problemów, które mają rozwiązać, bądź będą bezskuteczne, występowanie niektórych z tych problemów nie zostało potwierdzone badaniami, a szkodliwość innych jest wątpliwa. *Summa summarum*, ograniczenie dostępu do rynku może *per saldo* być szkodliwe dla konkurencji na rynku i spowodować wszystkie tego negatywne konsekwencje, w szczególności dla konsumentów leków [UOKiK, 2017, s. 1-4].

1.3. *AdA 2.0*

W dniu 28 września 2023 r. weszły w życie przepisy ustawy z dnia 13 lipca 2023 r. o zmianie ustawy o gwarantowanych przez Skarb Państwa ubezpieczeniach eksportowych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2023 r. poz. 1859), zakazujące przejęcia kontroli⁹ nad podmiotem prowadzącym aptekę ogólnodostępną, jeżeli:

⁷ Uzasadnienie do projektu ustawy o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne, druk nr 1126, s. 3.

⁸ Tamże, s. 7.

⁹ Przez przejęcie kontroli należy rozumieć wszelkie formy bezpośredniego lub pośredniego uzyskania przez przedsiębiorcę uprawnień, które osobno albo łącznie, przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności prawnych lub faktycznych, umożliwiają wywieranie decydującego wpływu na innego przedsiębiorcę lub przedsiębiorców. Uprawnienia takie tworzą w szczególności:

- podmiotem przejmującym kontrolę jest podmiot inny niż farmaceuta posiadający prawo wykonywania zawodu, prowadzący działalność gospodarczą jednoosobowo lub w spółce jawnej bądź partnerskiej;
- podmiot przejmujący kontrolę (także wspólnik lub partner takiego podmiotu) prowadzi samodzielnie, w spółce, poprzez podmioty kontrolowane (bezpośrednio lub pośrednio) bądź w grupie kapitałowej, łącznie z podmiotami powiązanymi, co najmniej 4 apteki;
- podmiot przejmujący kontrolę (wspólnik lub partner takiego podmiotu) wchodzi w skład organów spółki posiadającej zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej lub zajmującej się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi (art. 2 pkt 3 ww. ustawy).

Powyższy zakaz (AdA 2.0) nie dotyczy sytuacji, w której przejęcie kontroli nastąpiło w wyniku nabycia spadku.

Zakaz ten został obwarowany sankcją cofnięcia zezwolenia (art. 2 pkt 4). W ten sposób ustawodawca uniemożliwił przejmowanie aptek już działających (na podstawie udzielonego zezwolenia) przez podmioty nieuprawnione do uzyskania zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej. Należy odnotować, że możliwość cofnięcia zezwolenia na prowadzenie apteki, gdy przedsiębiorca przestał spełniać warunki wymagane do wykonywania działalności określonej w zezwoleniu, przewiduje art. 37ap ust. 1 pkt 2 u.p.f., wprowadzony do ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. – Przepisy wprowadzające ustawę o swobodzie działalności gospodarczej (art. 42 pkt 2), a obowiązujący od 21 sierpnia 2004 r. Przed wejściem w życie AdA 2.0 przepis ten był wielokrotnie stosowany przez wojewódzkich inspektorów farmaceutycznych w odniesieniu do podmiotów naruszających, zdaniem organów nadzoru, przepisy antykoncentracyjne [Słowik, Sosnowska, 2020; Konarzewski, Bernatek, 2021].

Projekt ustawy nie zawierał uzasadnienia zmian w prawie farmaceutycznym, ani oceny skutków tej regulacji.

W dniu 18 września 2024 r. Trybunał Konstytucyjny w składzie, którego prawomocność jest kwestionowana, uznał, że przepisy ustawy z 2023 r. (AdA 2.0) zostały wprowadzone do porządku prawnego niezgodnie z Konstytucją RP. W konsekwencji przepisy te są wadliwe i z chwilą zamieszczenia wyroku TK w Dzienniku Ustaw tracą moc obowiązywania. Istnieje wszelako pogląd, zgodnie z którym ogłoszenie wyroku w sali rozpraw jest wystarczające dla uznania jego prawomocności. Nie jest zatem jasne, jaki jest status prawny AdA 2.0.

1.4. Istota regulacji AdA

W okresie od 1 stycznia 1993 r. do 1 października 2002 r. apteczny rynek farmaceutyczny był w zasadzie otwarty. Wprowadzenie podjęcie i prowadzenie detalicznego obrotu produktami leczniczymi wymagało uzyskania koncesji, ale mógł ją co do zasady otrzymać każdy podmiot pod warunkiem zatrudnienia w aptece farmaceuty uprawnionego do wykonywania zawodu aptekarza oraz spełnienia wymagań dotyczących środków farmaceutycznych, wyrobów medycznych, dokumentacji i ewidencji prowadzonych w aptece. Nieprzestrzeganie tych warunków i wymagań było zagrożone cofnięciem koncesji. Samorząd aptekarski miał prawo

-
- a) dysponowanie bezpośrednio lub pośrednio większością głosów na zgromadzeniu wspólników albo na walnym zgromadzeniu, także jako zastawnik albo użytkownik, bądź w zarządzie innego przedsiębiorcy (przedsiębiorcy zależnego), także na podstawie porozumień z innymi osobami;
 - b) uprawnienie do powoływania lub odwoływania większości członków zarządu lub rady nadzorczej innego przedsiębiorcy (przedsiębiorcy zależnego), także na podstawie porozumień z innymi osobami;
 - c) członkowie jego zarządu lub rady nadzorczej stanowią więcej niż połowę członków zarządu innego przedsiębiorcy (przedsiębiorcy zależnego);
 - d) dysponowanie bezpośrednio lub pośrednio większością głosów w spółce osobowej zależnej albo na walnym zgromadzeniu spółdzielni zależnej, także na podstawie porozumień z innymi osobami;
 - e) prawo do całego albo do części mienia innego przedsiębiorcy (przedsiębiorcy zależnego);
 - f) umowa przewidująca zarządzanie innym przedsiębiorcą (przedsiębiorcą zależnym) lub przekazywanie zysku przez takiego przedsiębiorcę (art. 4 pkt u.o.k.k.).

wydawania opinii w postępowaniu koncesyjnym, jednak nie była ona wiążąca dla organu koncesjonującego (wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego).

Nowe prawo o farmacji, uchwalone w 2001 r., a obowiązujące od 1 października 2002 r., utrzymując dotychczasowe przesłanki uzyskania i utraty uprawnienia do prowadzenia apteki ogólnodostępnej, wprowadziło dwa zakazy ograniczające działalność na rynku leków. Pierwszy miał na celu zahamowanie jego integracji pionowej, zabraniając łączenia sprzedaży detalicznej z hurtową. W 2015 r. zakaz ten rozszerzono również na pośrednictwo w obrocie, produkcję i import wyrobów leczniczych oraz działalność leczniczą. Dodać należy, że już z chwilą wejścia w życie ustawy – Prawo farmaceutyczne lekarz lub dentysta, chcąc ubiegać się o prawo do prowadzenia apteki, musieli zrezygnować z pracy w swoim zawodzie. Drugi zakaz miał powstrzymać koncentrację rynku – organ nadzoru farmaceutycznego nie mógł udzielić zezwolenia na prowadzenie apteki, jeśli w jego wyniku wnioskujący przejąłby bezpośrednią lub pośrednią kontrolę nad więcej niż 10% aptek w Polsce. W 2004 r. ograniczenie to zaostrzono, obniżając próg koncentracji do 1% w odniesieniu do województwa. Po trzecie, zaostrzono również przepisy wykluczające z rynku podmioty naruszające zasady prowadzenia aptek i przepisy penalizujące prowadzenie obrotu bez wymaganego zezwolenia.

Nowelizacja prawa farmaceutycznego z czerwca 2017 r., znana jako AdA 1.0, drastycznie ograniczyła dostęp i uczestnictwo w rynku. Przede wszystkim prawo do prowadzenia apteki przyznano wyłącznie farmaceutom uprawnionym do wykonywania zawodu (działającym samodzielnie bądź w spółce jawnej lub partnerskiej). Radykalnie zacieśniono kryterium ilościowe udzielania zezwoleń, uniemożliwiając posiadanie, bezpośrednio lub poprzez podmioty powiązane, więcej niż czterech aptek. Wprowadzono również kryterium przestrzenno-demograficzne przy udzielaniu zezwoleń celem kontyngentowania działalności aptek. Zaostrzono ponadto zasadę odłączności obrotu detalicznego od innych segmentów rynku farmaceutycznego i uniemożliwiono uzyskanie zezwolenia na prowadzenie apteki drogą sukcesji generalnej przez podmioty niespełniające warunków do jego otrzymania. Przepisy AdA 2.0 (obowiązujące od 28 września 2023 r.) zakazały w ogóle przejmowania aptek w sposób inny niż drogą dziedziczenia.

W istocie więc rynek apteczny został w latach 1991-2024 poddany postępującej regulacji, polegającej na stopniowym ograniczaniu możliwości wejścia na niego, rozwoju na nim i wyjścia z niego (zob. Tabela 1). Regulator uzasadniał te działania dążeniem do zapewnienia bezpieczeństwa farmaceutycznego (tj. pewnego i należytej jakości zaopatrzenia ludności w wyroby lecznicze), a szerzej – ochroną zdrowia publicznego. W tradycyjnej teorii regulacji, wywodzącej się z paradygmatu interesu publicznego, ingerencja państwa w rynek jest uzasadniona tam, gdzie zawodzi mechanizm rynkowej koordynacji i alokacji. Wydaje się, że na tym gruncie opiera się zarówno norma wyrażona w art. 22 Konstytucji RP (ograniczenie wolności działalności gospodarczej jest dopuszczalne tylko w drodze ustawy i tylko ze względu na ważny interes publiczny), jak i orzecznictwo Trybunału Sprawiedliwości UE w zakresie zgodności prawa krajowego z art. 49 i 56 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej. Powoływali się na nie m.in. wnioskodawcy projektu AdA 1.0. Jak słusznie jednak zauważył Marek Szydło [2017], ocena, czy regulacja naruszająca swobodę działalności gospodarczej jest uzasadniona ważnym interesem publicznym, w tym przypadku zabezpieczeniem zdrowia publicznego, będzie zależna od „podmiotu (organu) ją dokonującego, na co wpływ będą miały m. in. takie związane z danym podmiotem czynniki jak: system wyznawanych wartości i akceptowane ideologie (np. komunitaryzm versus indywidualizm); wrażliwość na interes publiczny (dobro wspólne); poglądy na zakres pożądanego ingerencji państwa w gospodarkę; dysponowanie wiedzą w zakresie aktualnego stanu rzeczy w sektorze aptek; przewidywania odnośnie skutków ustanowienia [...] regulacji prawnych; zajmowana aktualnie pozycja zawodowa lub miejsce pracy” (s. 5). W podobny sposób wypowiedział się UOKiK, zwracając uwagę, iż „optymalny zakres regulacji zależy od funkcji pełnionych przez regulowane

podmioty. W przypadku gdy pełnią one przede wszystkim rolę publiczną, jako element systemu ochrony zdrowia, pożądany zakres regulacji może być większy, podczas gdy w odniesieniu do

Tabela 1. Prawne bariery wejścia, rozwoju i wyjścia z rynku detalicznego produktów leczniczych w Polsce w latach 1991-2024

	przed 1 X 2002 r.	1 X 2002 r. – 24 VI 2017 r.	25 VI 2017 r. – 27 IX 2023 r.	po 28 IX 2023
Bariery wejścia	<ul style="list-style-type: none"> • obowiązek zatrudnienia na stanowisku kierownika apteki osoby o odpowiednich kwalifikacjach; • obowiązek zapewnienia odpowiednich warunków w aptece; 	<ul style="list-style-type: none"> • zezwolenie na prowadzenie apteki mogły uzyskać wyłącznie: <ul style="list-style-type: none"> – osoby fizyczne, z wyłączeniem lekarzy i lekarzy dentystów (chyba że złożą oświadczenie o niewykonywaniu zawodu lekarza); – osoby prawne; – spółki prawa handlowego, nieposiadające osobowości prawnej; • obowiązek zatrudnienia na stanowisku kierownika apteki osoby o odpowiednich kwalifikacjach; • obowiązek zapewnienia odpowiednich warunków lokalowych; • zezwolenie na prowadzenie apteki mogły uzyskać wyłącznie podmioty: <ul style="list-style-type: none"> – dające rękojmię należytego prowadzenia apteki; – którym nie zostało cofnięte zezwolenie na prowadzenie apteki (od 1 maja 2004 r. również hurtowni farmaceutycznej, od 8 lutego 2015 r. także na wytwarzanie lub import produktów leczniczych bądź jeśli wnioskodawca został skreślony z Krajowego Rejestru Pośredników w Obrocie Produktami Leczniczymi) w okresie 3 lat poprzedzających złożenie wniosku o udzielenie zezwolenia; – niekarane karą pieniężną w okresie 3 lat poprzedzających złożenie wniosku o udzielenie zezwolenia (od 12 lipca 2015 r.); 	<ul style="list-style-type: none"> • zezwolenie na prowadzenie apteki mogą uzyskać wyłącznie: <ul style="list-style-type: none"> – farmaceuci posiadający prawo wykonywania zawodu, prowadzący jednoosobową działalność gospodarczą; – spółki jawne i partnerskie, których przedmiotem działalności jest wyłącznie prowadzenie aptek i w których wspólnikami (partnerami) są wyłącznie farmaceuci posiadający prawo wykonywania zawodu; • obowiązek zatrudnienia na stanowisku kierownika apteki osoby o odpowiednich kwalifikacjach; • obowiązek zapewnienia odpowiednich warunków lokalowych; • zezwolenie na prowadzenie apteki mogą uzyskać wyłącznie podmioty: <ul style="list-style-type: none"> – dające rękojmię należytego prowadzenia apteki; – którym nie zostało cofnięte zezwolenie na prowadzenie apteki, hurtowni farmaceutycznej, wytwarzanie lub import produktów leczniczych bądź wykreślenia z Krajowego Rejestru Pośredników w Obrocie Produktami Leczniczymi w okresie 3 lat poprzedzających złożenie wniosku o udzielenie zezwolenia; – niekarane karą pieniężną w okresie 3 lat poprzedzających złożenie wniosku o udzielenie zezwolenia; – niekarane za naruszenie zakazu dystrybucji leków w innym kierunku niż do pacjenta i przepisów związanych z wywozem lub zbyciem leków za granicę (od 6 czerwca 2019 r.); 	

Bariery rozwoju	<ul style="list-style-type: none"> • brak; 	<ul style="list-style-type: none"> • zakaz łączenia obrotu detalicznego z obrotem hurtowym produktami leczniczymi, a od 8 lutego 2015 r. również z pośrednictwem w obrocie tymi produktami, wytwarzaniem ich, ich importem i działalnością leczniczą; • zakaz prowadzenia, samodzielnie lub w powiązaniu z innymi podmiotami, więcej niż 10% aptek ogólnodostępnych na terenie Polski (od 1 maja 2004 r. 1% w obrębie województwa); 	<ul style="list-style-type: none"> • zakaz łączenia obrotu detalicznego z obrotem hurtowym i pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi (w tym również poprzez podmioty powiązane), ich wytwarzaniem i importem oraz działalnością leczniczą; • zakaz prowadzenia, samodzielnie lub w powiązaniu z innymi podmiotami, więcej niż 1% aptek ogólnodostępnych na terenie województwa; • zakaz prowadzenia, samodzielnie lub w powiązaniu z innymi podmiotami, więcej niż 4 aptek; • zakaz tworzenia kolejnej apteki, jeśli liczba mieszkańców w danej gminie, w przeliczeniu na jedną aptekę ogólnodostępną, jest mniejsza niż 3000 osób, a odległość od miejsca planowanej lokalizacji apteki do najbliższej funkcjonującej apteki ogólnodostępnej wynosi mniej niż 500 metrów; 	
Bariery wyjścia	<ul style="list-style-type: none"> • brak; 	<ul style="list-style-type: none"> • brak; 	<ul style="list-style-type: none"> • utrata zezwolenia w wyniku przejęcia, podziału, wydzielenia się, wyodrębnienia się lub przekształcenia spółki, albo połączenia się spółek, z wyjątkiem sytuacji gdy spółka powstała w wyniku tych czynności spełnia przesłanki otrzymania zezwolenia; 	<ul style="list-style-type: none"> • utrata zezwolenia w wyniku przejęcia, podziału, wydzielenia się, wyodrębnienia się lub przekształcenia spółki, albo połączenia się spółek, z wyjątkiem sytuacji gdy spółka powstała w wyniku tych czynności spełnia przesłanki otrzymania zezwolenia; • przejęcie kontroli nad apteką jest możliwe tylko wtedy, gdy podmiot przejmujący kontrolę spełnia przesłanki uzyskania zezwolenia. Ograniczenie to nie dotyczy sytuacji, gdy przejęcie nastąpiło w wyniku nabycia spadku;

podmiotów pełniących głównie rolę komercyjną – sprzedawców detalicznych – zasadna jest zazwyczaj lżejsza regulacja. W przypadku podmiotów, takich jak apteki, realizujących w pewnym zakresie obydwie role, konieczne jest odpowiednie wyważenie rozwiązań legislacyjnych” [UOKiK, 2017 s. 1]. W dalszej części pisma z dnia 5 stycznia 2017 r. UOKiK wyraził wątpliwość we współmierność rozwiązań przewidzianych przez AdA 1.0 i celów tej regulacji (s. 4 i 5).

W ekonomicznej teorii regulacji wszelako regulacja rynku jest wynikiem dostosowania się popytu na nią (np. ze strony grup zawodowych) do podaży oferowanej przez politycznych przedstawicieli grup interesu. Z uwagi na to, że koordynacja działań podmiotów połączonych wspólnotą interesów wymaga poniesienia kosztów, największe szanse na osiągnięcie pożądaných rezultatów mają grupy zinstytucjonalizowane, takie jak np. samorządy zawodowe. Regulacja może być zatem wynikiem działań i sprzyjać „tym grupom interesu, które są: mniej liczne, lepiej zorganizowane (i w związku z tym bardziej efektywne w dostarczaniu poparcia politycznego) [...] mają wyraźnie określone preferencje, i mogą więcej zyskać na wprowadzeniu regulacji (a więc mogą zaangażować większe zasoby w proces wywierania wpływu na organy państwowe)” [Solek, 2006, s. 10]. Nie można wykluczyć, zwłaszcza biorąc pod uwagę przebieg prac legislacyjnych nad projektami ustaw AdA 1.0 i 2.0, że regulacja rynku detalicznego produktów leczniczych była skutkiem nacisku grup, w których interesie leżało osłabienie pozycji konkurencyjnej podmiotów ekonomicznie bardziej efektywnych.

2. Potencjalne skutki AdA

2.1. Zmniejszenie się liczby aptek

Bezpośrednim skutkiem ograniczeń ilościowych nałożonych ustawą z 7 kwietnia 2017 r. może być zmniejszenie się liczby aptek. Zezwolenia na prowadzenie apteki nie wydaje się bowiem wówczas, gdy liczba mieszkańców gminy, N , w przeliczeniu na jedną aptekę ogólnodostępną, tj.

$$\frac{N}{A}$$

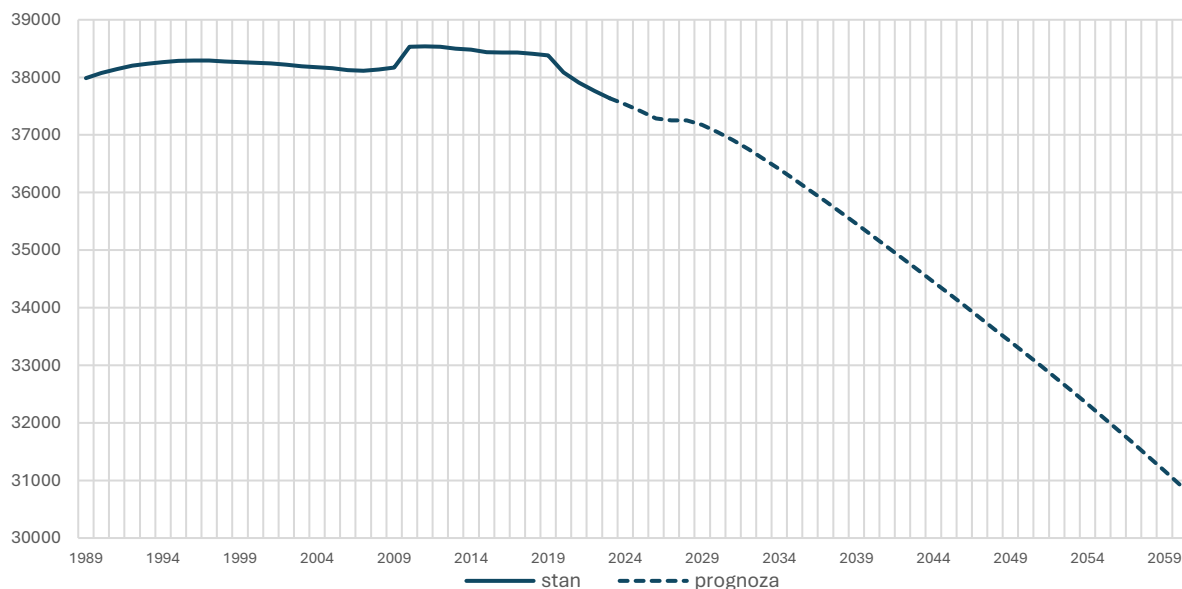
gdzie A oznacza liczbę aptek w gminie, jest mniejsza od 3000 (art. 99 ust. 3b u.p.f.). Zmniejszenie się liczby mieszkańców gminy może więc uniemożliwić utworzenie nowej apteki. W Polsce tendencję spadkową liczby ludności w wyniku negatywnych procesów demograficznych obserwuje się od połowy lat 90-tych (zob. Rysunek 1). Wzrost w latach 2008-2010, wynikający ze zwiększonego przyrostu naturalnego i załamania fali emigracji, miał charakter epizodyczny i nie zdołał zahamować trendu spadkowego. W 2023 r. liczba ludności Polski była niższa niż w 1989 r. o ponad 350 tys. Główny Urząd Statystyczny (GUS) prognozuje, że trend ten będzie kontynuowany w kolejnych latach, a w roku 2060 liczba ludności zmniejszy się do nieco ponad 30 mln, przy czym udział w populacji osób w wieku 60 lat i więcej zwiększy się z 26,2% w 2023 r. do 38,3% w 2060 r.

Gdyby zatem limit 3000 osób na 1 aptekę został utrzymany w perspektywie prognozy GUS, to maksymalna – w skali kraju – liczba aptek, będąca kryterium udzielenia zezwolenia na prowadzenie apteki, malałaby z roku na rok w tempie odpowiadającym mniej więcej tempu spadku liczby ludności (Rysunek 2). Gdyby więc w miejsce likwidowanej apteki ktokolwiek spełniający wszystkie pozostałe warunki udzielenia zezwolenia zawnioskował o nie, spotkałby się z odmową na skutek obniżenia się owego pułapu. Rzecz jasna, kontyngent ludnościowy odnosi się do gminy, a rozkłady liczby ludności i liczby aptek w gminach nie są równomierne. Na koniec 2023 r. w 295 gminach¹⁰ nie działała żadna apteka, w 862 tylko jedna, a w samej

¹⁰ Ściślej mówiąc, dane dotyczą jednostek szczebla podstawowego podziału terytorialnego Polski (TERYT). Różnica dotyczy gmin miejsko-wiejskich, w których na szczeblu podstawowym wyróżnia się części miejską i wiejską. Apteki zwykle położone są w części miejskiej.

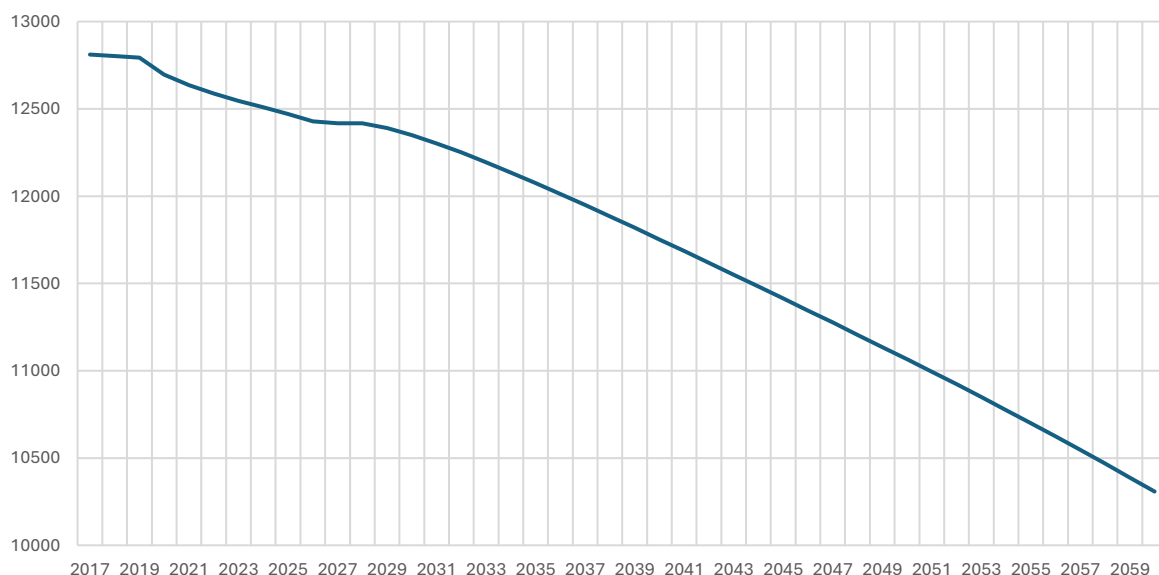
Warszawie – 595, tj. więcej niż w każdym z ośmiu województw: lubuskiego, opolskiego, podlaskiego, świętokrzyskiego, warmińsko-mazurskiego, zachodniopomorskiego, kujawsko-pomorskiego i podkarpackiego (Bank Danych Lokalnych GUS, por. Rysunek 3).

Rysunek 1. Liczba ludności Polski w latach 1989-2060 (w tys.)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych (tablica: *Stan i struktura ludności według wieku w latach 1989-2023*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/struktura-ludnosc,16,1.html> [dostęp: 01.10.2024]) i prognozy GUS (tablica: *Prognoza ludności na lata 2023-2060*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosc/prognoza-ludnosc-na-lata-2023-2060,11,1.html> [dostęp: 09.10.2024]).

Rysunek 2. Maksymalna (w skali kraju) liczba aptek wynikająca z limitu 3000 osób na 1 aptekę w latach 2017-2060

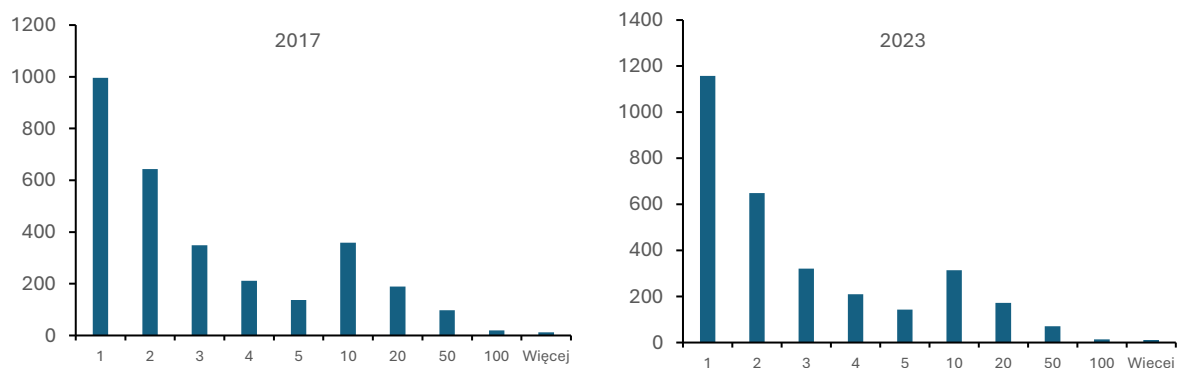


Źródło: jak do Rysunku 1.

Liczba osób przypadająca na jedną aptekę (wskaźnik $\frac{N}{A}$) wyniosła w Polsce w 2023 r. średnio 3280, tj. więcej aniżeli wynosi ustawowy pułap, jednak rozstęp między najniższą wielkością (miasto Wiślica w gminie miejsko-wiejskiej – 148 osób) a najwyższą (gmina

wiejska Nowy Targ – 24063 osób) jest ogromny¹¹ (BDL GUS). Dla 2426 jednostek terytorialnych wskaźnik ten jest niższy od 3000, co, zgodnie z art. 99 ust. 3b u.p.f., oznacza, że na ich terenie nie może powstać nowa apteka. Wśród tych jednostek znajdują się m.in. duże miasta, takie jak: Częstochowa (2289 mieszkańców na 1 aptekę) i Bydgoszcz (2790).

Rysunek 3. Histogram liczby aptek w gminach w latach 2017 i 2023



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS.

GUS opracował prognozy zmian liczby ludności dla wszystkich gmin do roku 2060. Spośród gmin miejskich najbardziej ma się wyludnić Łeba, której liczba mieszkańców ma zmniejszyć się 4-krotnie¹². W 2023 r. w Łebie działały 2 apteki, a wskaźnik $\frac{N}{A}$ wyniósł 1512 (BDL GUS). Spośród gmin wiejskich największy ubytek ludności ma dotknąć gminę Uchanie – o ponad 70%¹³. W gminie Uchanie w 2023 r. funkcjonowała 1 apteka, na którą przypadało 4044 osób (BDL GUS). Wg prognoz i obowiązującego prawa, ani w Łebie, ani w Uchaniu nie powstaną nowe apteki, nawet gdyby uprawnieni farmaceuci chcieli je utworzyć. Co więcej, jeżeli prowadzący apteki działające w tych gminach w 2023 r. z jakichś powodów zaprzestaną działalności, w szczególności wskutek śmierci, nie pozostawiając spadkobierców, od których podmiot uprawniony mógłby nabyć aptekę, wówczas w gminach tych nie będzie funkcjonowała żadna apteka ogólnodostępna.

Na spadek liczby aptek może mieć wpływ również ograniczenie terytorialne, określone w art. 99 ust. 3b u.p.f. Stanowi ono, że zezwolenia na prowadzenie apteki można udzielić tylko wtedy, gdy odległość od miejsca planowanej lokalizacji apteki do najbliższej funkcjonującej apteki ogólnodostępnej, liczona pomiędzy wejściami do izb ekspedycyjnych aptek w linii prostej, wynosi co najmniej 500 metrów. Zasada ta nie stanowi przeszkody w tworzeniu nowych aptek na obszarach wiejskich i miejsko-wiejskich, które nie są gęsto zabudowane i zurbanizowane – wg GUS, w gminach wiejskich na 100 km² przypadało w 2023 r. średnio 0,88 apteki ogólnodostępnej, a w gminach miejsko-wiejskich – 2,59¹⁴. W gminach miejskich jednak na 100 km² przypada ponad 46 aptek. Tak jak w przypadku wskaźnika $\frac{N}{A}$, rozstęp gęstości rozlokowania aptek w gminach miejskich jest znaczny. W Gdyni na 1 km² przypada niespełna 0,22 apteki, a w dzielnicy Praga-Południe m.st. Warszawy – 2,86 apteki¹⁵. Oznacza to, że w Gdyni średnia odległość między aptekami sięga ok. 6,4 km, a w dzielnicy Praga-Południe – ok. 493 m. Są to – należy zaznaczyć – odległości średnie, a więc odległości między poszczególnymi aptekami mogą być krótsze.

¹¹ Dotyczy jednostek, w których działa przynajmniej jedna apteka.

¹² GUS, tablica: *Gminy ludność*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosc/prognoza-ludnosc-na-lata-2023-2060,11,1.html> [dostęp: 09.10.2024].

¹³ Tamże.

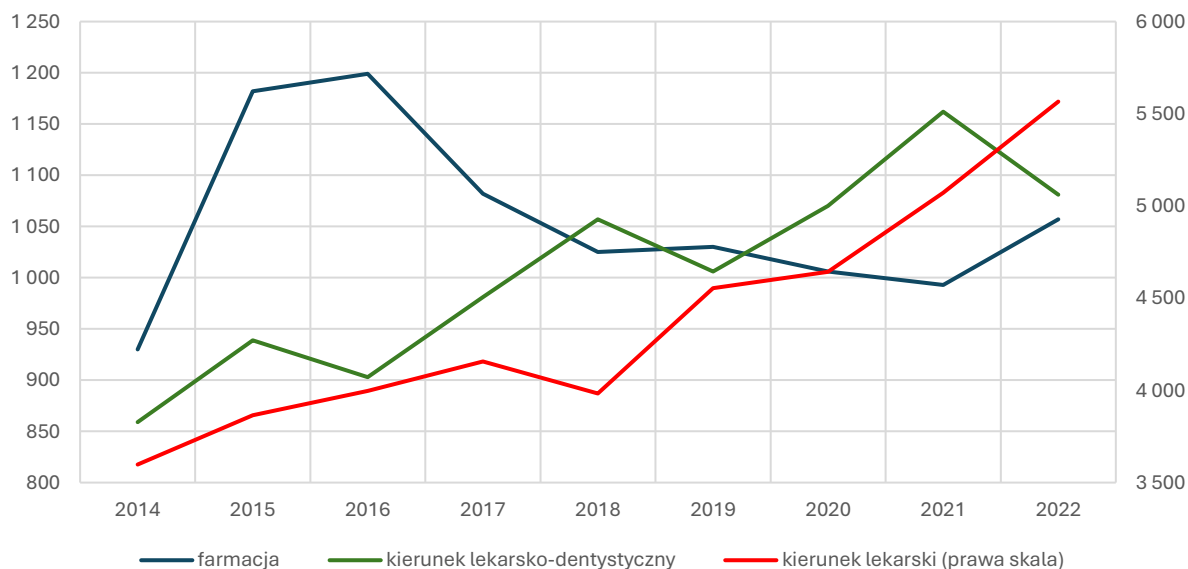
¹⁴ Obliczenia własne na podstawie danych BDL GUS.

¹⁵ Obliczenia własne na podstawie danych BDL GUS.

Trzecim czynnikiem potencjalnie ograniczającym liczbę aptek jest podaż farmaceutów. Przepis art. 99 ust. 4 u.p.f., wprowadzony przez AdA 1.0, ograniczył krąg podmiotów uprawnionych do prowadzenia apteki do farmaceutów posiadających prawo wykonywania zawodu. Nie każdy farmaceuta uprawniony do wykonywania zawodu jest skłonny podjąć działalność gospodarczą, polegającą na prowadzeniu apteki. Wymaga ona innych zdolności i umiejętności niż wyuczone i nabyte w toku kształcenia i praktyki farmaceutycznej – efektywnego ekonomicznie zarządu, a nadto skłonności do podjęcia ryzyka, które jest *differentia specifica* działalności gospodarczej, i zaangażowania kapitałowego, co stanowi ekonomiczną barierę wejścia na rynek apteczny. W warunkach konkurencji rynkowej brak tych cech osobowo-zawodowych zagraża bytowi apteki. Chcąc zatem pracować w zawodzie farmaceuta może, w świetle przepisów obowiązujących od 25 czerwca 2017 r., zatrudnić się u innego farmaceuty, zatrudnić na stanowisku zarządcy osobę o odpowiednich ku temu kwalifikacjach lub, mimo niechęci i braku odpowiednich kwalifikacji, podjąć ryzyko zarządzania apteką samodzielnie bądź w spółce osobowej z innym(i) farmaceutą(-ami). Żadna z tych alternatyw, przynajmniej dla niektórych farmaceutów, niekoniecznie jest pociągająca. Prawo decydowania o swoim losie zawodowym w istocie zostało farmaceutom ograniczone przez AdA 1.0.

Od 2017 r. obserwujemy spadek liczby absolwentów studiów wyższych na kierunku farmacji. W tym samym czasie zwiększa się liczba absolwentów kierunków: lekarskiego i lekarsko-dentystycznego (Rysunek 4). Liczba absolwentów studiów farmaceutycznych maleje mimo wzrostu względnego (tj. względem kierunków: lekarskiego i lekarsko-medycznego), przeciętnego wynagrodzenia po uzyskaniu dyplomu na tym kierunku (Rysunek 5).

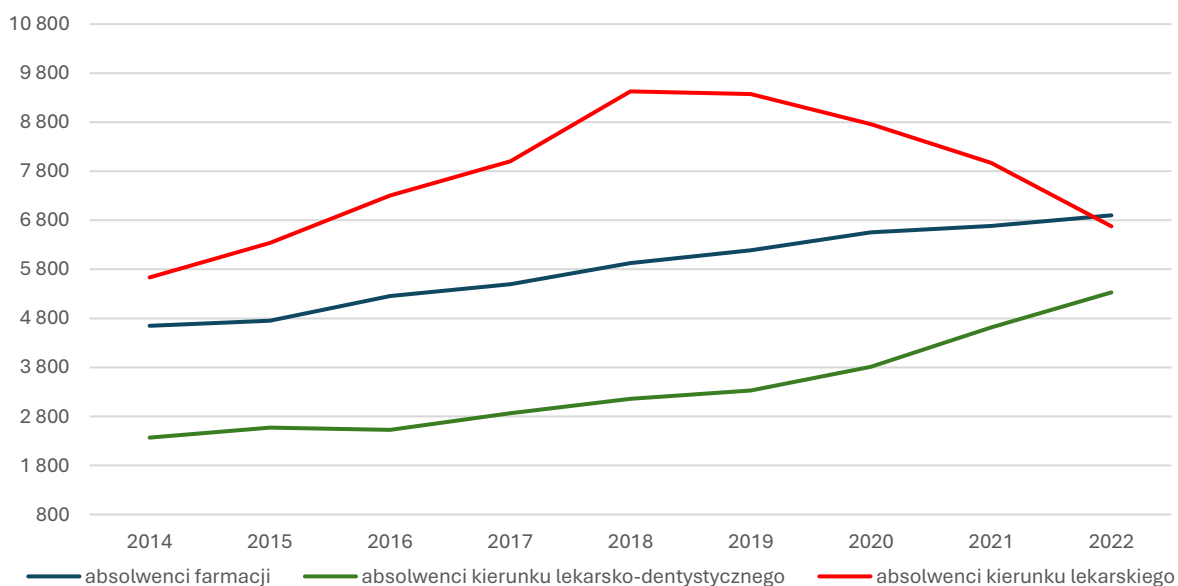
Rysunek 4. Liczba absolwentów kierunków: farmacja, lekarskiego i lekarsko-dentystycznego w latach 2014-2022



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z systemu ELA (<https://ela.nauka.gov.pl/pl>).

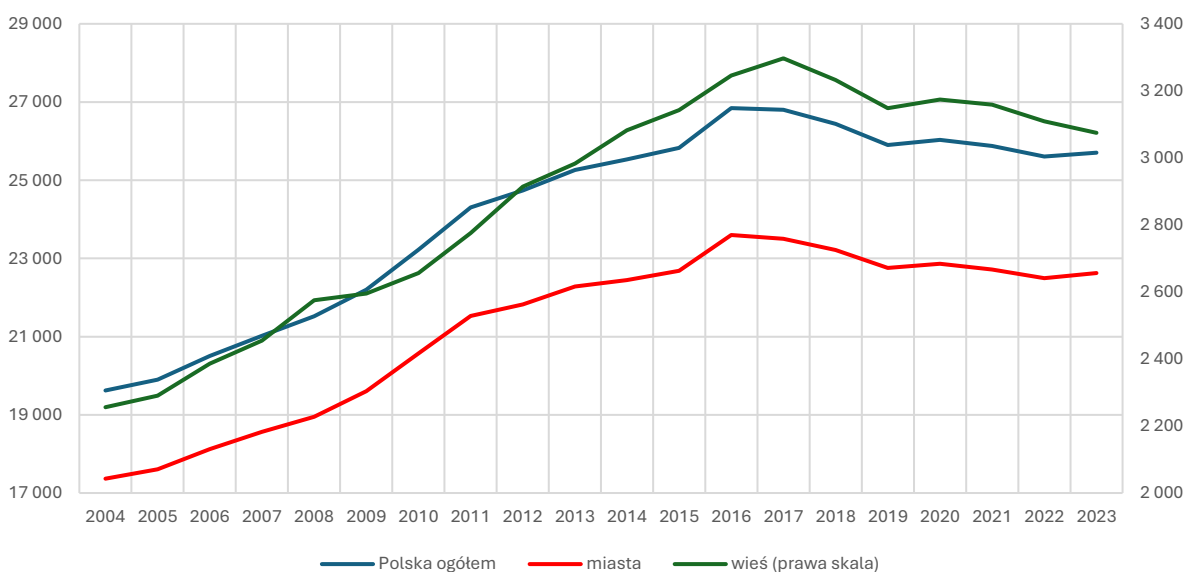
Może to oznaczać spadek atrakcyjności pracy w zawodzie – 2017 r. nastąpiło odwrócenie się tendencji wzrostowej liczby farmaceutów pracujących w aptekach (zatrudnionych i samozatrudnionych) i nie sposób nie wiązać tej zmiany z uchwaleniem AdA 1.0 (Rysunek 6). Pełzający spadek liczby farmaceutów po 2017 r. jest szczególnie wydatny na obszarach wiejskich.

Rysunek 5. Przeciętne wynagrodzenie po uzyskaniu dyplomu ukończenia kierunków: farmacja, lekarskiego i lekarsko-dentystycznego w latach 2014-2022 (w zł)



Źródło: jak pod Rysunkiem 4.

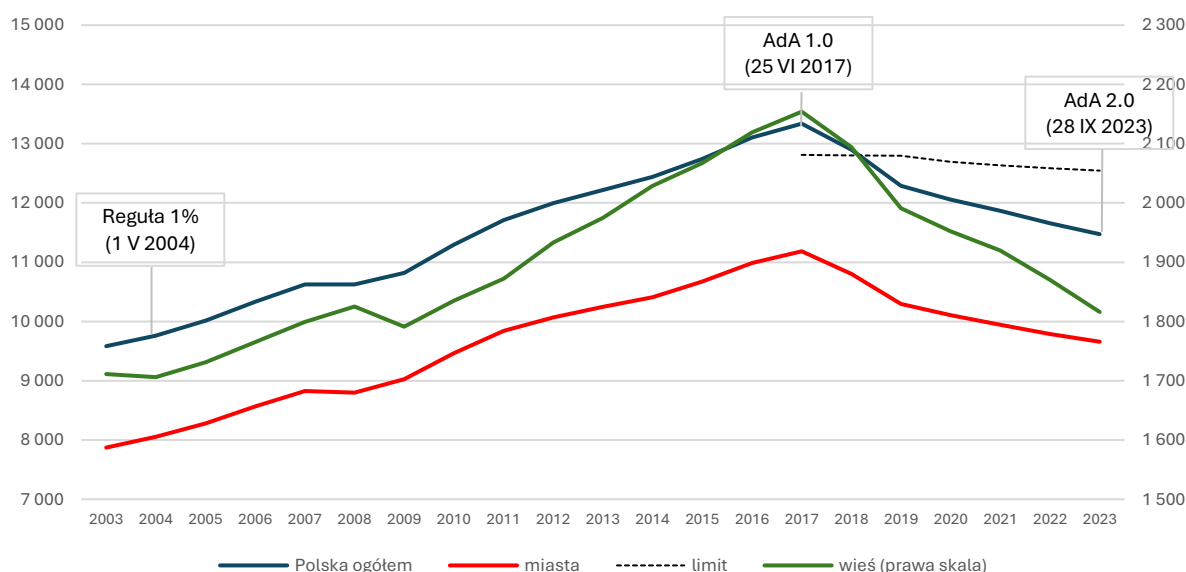
Rysunek 6. Liczba farmaceutów pracujących w aptekach w latach 2004-2023



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS.

Ograniczenia ludnościowe, przestrzenne i właścicielskie, wprowadzone ustawą z dnia 7 kwietnia 2017 r., przyczyniły się do spadku liczby aptek ogólnodostępnych po roku 2017 r. (Rysunek 7). Już w 2018 r. liczba aptek spadła poniżej teoretycznego limitu 3000 osób na jedną aptekę (w skali kraju). Tempo spadku jest wyraźnie wyższe na obszarach wiejskich. Biorąc pod uwagę, jak pokazano wyżej, iż wciąż niektóre apteki najpewniej nie spełniają tych ograniczeń, należy spodziewać się kontynuacji trendu spadkowego.

Rysunek 7. Liczba aptek ogólnodostępnych w latach 2003-2023



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS.

2.2. Zahamowanie rozwoju sieci aptecznych i spadek konkurencyjności

Poza ww. ograniczeniami AdA 1.0 wprowadziła zasadę, zgodnie z którą podmiot uprawniony do prowadzenia apteki nie mógł prowadzić, samodzielnie lub w powiązaniu z innymi podmiotami, więcej niż 4 apteki ogólnodostępne (art. 99 ust. 3a pkt 1-3 u.p.f.). Zakaz wspomniano, reguła antykoncentracyjna została wprowadzona po raz pierwszy w 2002 r., a w 2004 r. została przeformułowana. Zabrania ona wydania zezwolenia w razie, gdy podmiot o nie wnioskujący prowadzi na terenie województwa, samodzielnie lub w powiązaniu z innymi podmiotami, więcej niż 1% aptek ogólnodostępnych (art. 99 ust. 3 pkt 2 i 3 u.p.f.). W Tabeli 1 przedstawiono maksymalną liczbę aptek, jakie może prowadzić jeden podmiot w województwie, wynikającą z limitu 1%. W najmniej zaludnionych województwach: lubuskim, opolskim, podlaskim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim liczba aptek wynikająca z limitu 1% jest mniejsza od limitu określonego w art. 99 ust. 3a pkt 1-3 u.p.f. (4 apteki) – w województwach: lubuskim i opolskim jeden podmiot nie może prowadzić więcej niż 3 apteki, a w województwach opolskim, podlaskim i warmińsko-mazurskim – więcej niż 4 (2023 r.). W skali kraju zaś jeden podmiot nie może prowadzić więcej niż 104 apteki. Liczba ta jest niższa niż w 2017 r., tj. w roku w którym zatrzymał się obserwowany od wielu lat (zob. Rysunek 7) wzrost liczby aptek, o 22 apteki. Reguła 1% działa w ten sposób, że limit aptek, jakie jeden podmiot może prowadzić w województwie, jest uzależniony od liczby aptek działających w tym województwie i może zmieniać się wraz z tą liczbą. Przykładowo, w 2023 r. na terenie województwa śląskiego działało 1311 aptek ogólnodostępnych. Gdyby z przyczyn różnych od tu omawianych zamknęło się 12 aptek, to limit dla tego województwa wyniósłby 12 aptek, czyli zmniejszyłby się o 1 aptekę. Wciąż byłby większy od limitu wynikającego z zasady 4 aptek. Gdyby jednak liczba aptek funkcjonujących w województwie zmniejszyła się z jakichś powodów poniżej 400, to limit obniżyłby się poniżej 4, co uniemożliwiłoby – zgodnie z art. 99 ust. 3a pkt 1-3 u.p.f. – utworzenie nowej apteki przez podmiot już prowadzący sprzedaż detaliczną produktami leczniczymi w tym województwie, chyba że likwidowana apteka zostałaby sprzedana temu podmiotowi, zaakceptowałby on warunki zawarte w zezwoleniu, a adres apteki nie uległby zmianie (art. 104a ust. 1 u.p.f.). Reguła 1% zacieśnia więc regułę 4 aptek, a obie razem krępują rozwijanie sieci aptecznych (tj. prowadzenie przez jeden podmiot więcej niż cztery apteki) w taki sposób, że uniemożliwiają podmiotom prowadzącym sieć aptek

Tabela 1. Maksymalna liczba aptek wynikająca z limitu 1%, wg województw, w latach 2004-2023

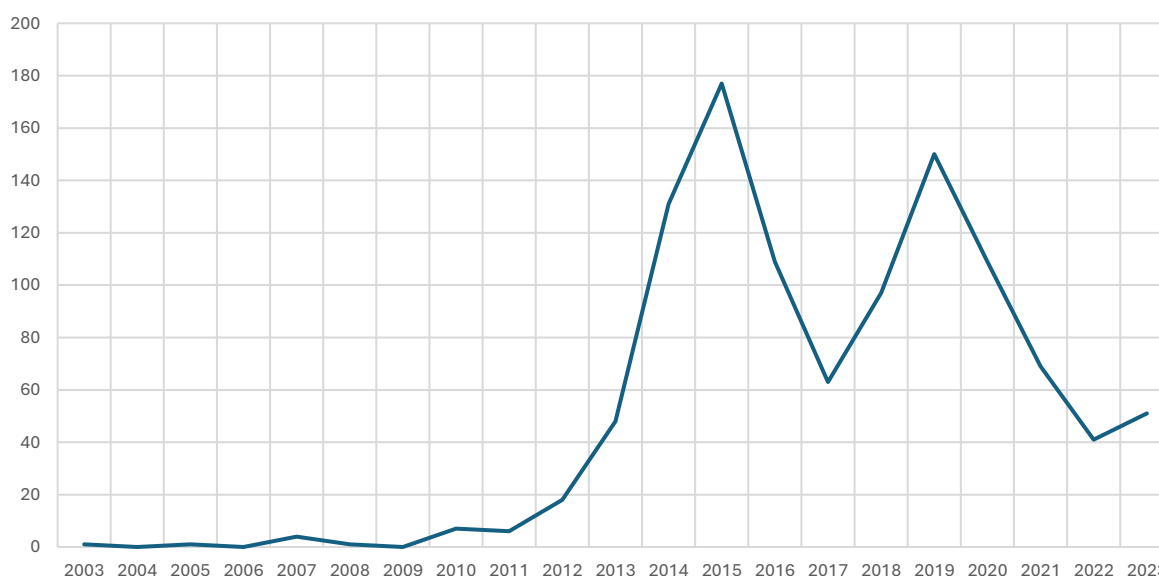
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
dolnośląskie	8	9	9	10	10	10	10	10	10	10	11	11	11	11	11	10	10	10	10	9	
kujawsko-pomorskie	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	7	7	7	7	7	6	6	6	6	
lubelskie	8	8	8	9	8	8	8	8	9	9	9	9	9	9	9	8	8	8	8	8	
lubuskie	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	
łódzkie	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	10	10	10	10	9	9	9	9	8	
małopolskie	10	10	10	10	10	10	10	11	12	12	12	12	12	12	12	11	11	11	11	10	
mazowieckie	11	11	11	12	12	14	15	15	16	17	17	18	18	18	18	17	17	17	17	16	16
opolskie	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	
podkarpackie	6	6	6	6	6	6	6	6	7	7	7	7	8	8	7	7	7	7	7	6	
podlaskie	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	
pomorskie	6	6	6	7	7	6	7	7	7	8	7	8	8	8	8	7	7	7	7	7	
śląskie	12	12	12	12	12	12	13	14	14	15	15	15	16	16	15	15	15	14	14	14	
świętokrzyskie	4	4	4	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	
warmińsko-mazurskie	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	
wielkopolskie	8	9	10	10	10	11	11	11	12	12	12	13	13	14	14	13	13	13	12	12	
zachodniopomorskie	5	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS.

zwiększenie ich liczby w sieci ponad stan na dzień 24 czerwca 2017 r. W przypadku zaś podmiotów prowadzących mniej niż 5 aptek, omawiane reguły uniemożliwiają zwiększenie liczby aptek powyżej 4 lub limit wynikający z reguły 1%, jeśli jest on mniejszy niż 4.

Na tle stosowania reguły 1% przed 2017 r. wywiązał się spór między samorządem aptekarskim a podmiotami, które kontrolowały więcej niż 4 apteki w danym województwie. Ci drudzy utrzymywali, że zakaz dotyczy tylko aptek nowo powstających, nie zaś już działających, nad którymi przejmowali kontrolę. Przepisy o sukcesji praw wynikających z zezwoleń udzielonych aptekom funkcjonującym na rynku umożliwiały rozwijanie sieci. Niektóre z nich przekroczyły próg 1%. W 2014 r. nadzór farmaceutyczny zaczął interpretować regułę antykoncentracyjną jako bezwzględny zakaz *posiadania* więcej niż 1% aptek w skali województwa i cofać, na podstawie art. 37ap u.p.f., zezwolenia podmiotom, które przekroczyły ów limit [Momot, 2016, s. 23; Słowik, Sosnowska, 2020]. W latach 2014-2016 wydano łącznie 417 decyzji o cofnięciu zezwolenia, tj. niemal pięciokrotnie więcej niż w latach 2003-2013 (Rysunek 8). Decyzje te były zaskarżane do sądów administracyjnych, które nie wypracowały jednolitej linii orzeczniczej.

Rysunek 8. Liczba decyzji o cofnięciu zezwolenia na prowadzenie apteki w latach 2003-2023



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Rejestru Aptek (<https://rejestrzy.ezdrowie.gov.pl/ra/search/public>).

Przed rokiem 2017 obserwowaliśmy dynamiczny rozwój sieci aptecznych – między rokiem 2013 a 2017 udział sieci aptecznych w liczbie aptek ogółem wzrósł z 26% do 43% [Religioni, Pakulska, 2020, s. 22] (Rysunek 9). Na koniec listopada 2017 r. w ok. 400 sieciach było skupionych 6417 aptek¹⁶, tj. 43,1% wszystkich aptek czynnych [IQVIA, 2018, s. 9 i 10; Religioni, Pakulska, 2020, s. 22]. Na koniec roku 2023 r. do 304 sieci przynależały 7102 apteki¹⁷, więcej aniżeli w 2017 r. o 685, a ich udział w liczbie aptek ogółem wyniósł 56,2% (Tabela 2). Większość z nich (184 z 304) posiadała w 2023 r. od 5 do 9 aptek, z udziałem w ogólnej ich liczbie równym 7,3% (Tabela 2). W 2017 r. udział małych sieci w liczbie aptek ogółem wyniósł 21,1% [IQVIA, 2018, s. 10]. Zmniejszył się więc w ciągu 7 lat od wejścia w życie AdA 1.0 o 13,8 p.p. Sieci o liczbie aptek przekraczającej 100 było w 2023 r. zaledwie

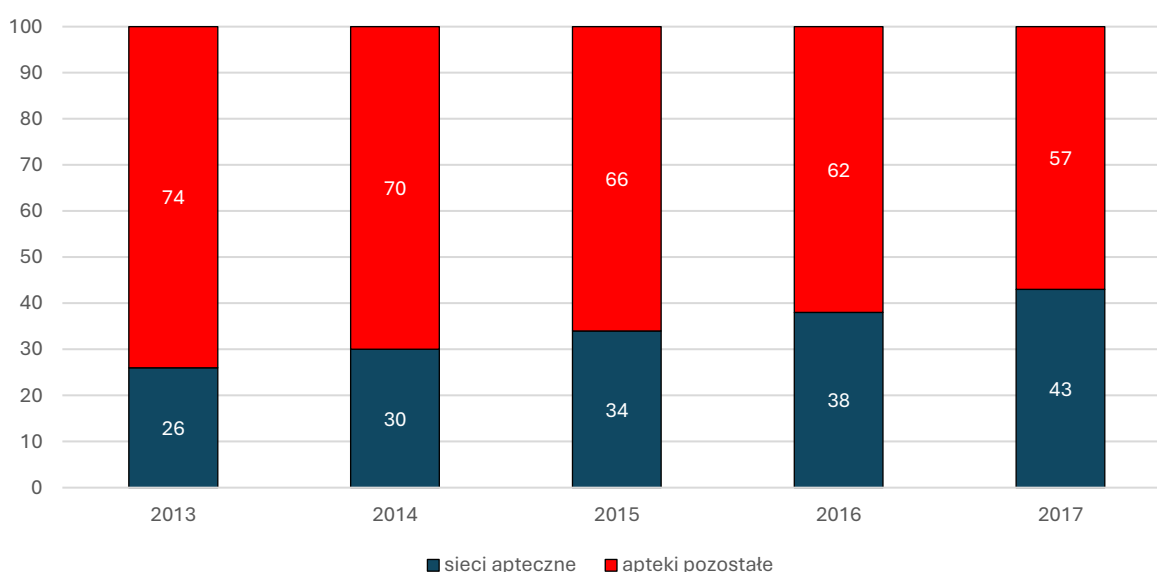
¹⁶ Łącznie aptek ogólnodostępnych i punktów aptecznych. W 2017 r. (stan na 31 XII) punktów aptecznych, w sieciach i poza nimi, było 1154, a w 2023 r. 1091 (BDL GUS). Do aptek usieciowionych zalicza się również apteki działające na podstawie umową franczyzy.

¹⁷ Z tego 1638 aptek (23% aptek sieciowych) działało w systemie franczyzowym.

9, z udziałem 27,2%. Największa z nich, posiadająca ok. 300 aptek, miała w 2023 r. udział w liczbie aptek ogółem sięgający nieco ponad 2,6%. W 2017 r. udział największych sieci w liczbie aptek ogółem wyniósł 22,3%. Doszło więc do pewnej konsolidacji sieci aptecznych, które rozbudowały portfel aptek pomimo zaostżenia reguł antykoncentracyjnych.

W rękach przedsiębiorców prowadzących tylko jedną aptekę znajdowało się w 2023 r. łącznie 1587 aptek (12,6% ogólnej liczby aptek). Tak zwane mikrosieci, skupiające od 2 do 4 aptek, to kolejne 1493 apteki (11,8%). Liczba aptek współpracujących z sobą, lecz niepowiązanych kapitałowo (w tzw. afiliacjach), wyniosła 2458 (19,4%) [PEX, 2024a, s. 11]. Łącznie liczba aptek niesieciowych wyniosła 5538 i była niższa niż w 2017 r. o 2947. Pomimo spadku w latach 2017-2023 liczby aptek niesieciowych (o 34,7%) i wzrostu liczby aptek sieciowych (o 10,7%), należy uznać, że od chwili obowiązywania AdA 1.0 struktura rynku aptecznego w Polsce nie uległa istotnej zmianie i pozostaje on bardzo rozdrobniony.

Rysunek 9. Udział sieci aptecznych i aptek pozostałych w ogólnej liczbie aptek w latach 2013-2017 (%)



Źródło: Religioni, Pakulska, 2020, s. 22.

Zaostżenie przepisów antykoncentracyjnych nie polepszyło pozycji konkurencyjnej małych przedsiębiorców aptecznych. Przeciwnie, wbrew jej deklarowanym celom AdA obniżyła zarówno stopień konkurencji na rynku aptecznym, jak i zdolność do konkurowania podmiotów na nim występujących. Z badania przeprowadzonego przez UOKiK wynika, że, po pierwsze, przedsiębiorcy apteczni konkurują z sobą na niewielkich obszarach, w promieniu ok. 1 km od lokalizacji placówki aptecznej, a po drugie, „co do zasady nieliczne są sytuacje, w których przedsiębiorcy (grupy kapitałowe), posiadający najsilniejszą pozycję w skali całego kraju (duże sieci aptek), mogą posiadać taką samą pozycję na poszczególnych rynkach lokalnych” [UOKiK, 2015, s. 20]. Na skutek zmniejszenia się liczby aptek ogólnodostępnych, zwłaszcza na obszarach mało zaludnionych (zob. Rysunek 3), co, jak stwierdzono, należy wiązać z wprowadzeniem ograniczeń w rozwoju aptek, nastąpiło oddalenie od siebie konkurentów. Stopień konkurencji był niski, jak stwierdził UOKiK, już przed wejściem w życie AdA 1.0, a zmiana prawa farmaceutycznego w 2017 r. jeszcze go obniżyła. AdA 1.0 nie wzmocniła również pozycji negocjacyjnej aptek w relacjach z hurtownikami i producentami leków, którzy utrzymują asymetrycznie dużą przewagę negocjacyjną z uwagi na wysoką koncentrację hurtowego rynku farmaceutycznego i produkcji wyrobów leczniczych.

Tabela 2. Struktura sieci aptecznych w 2023 r.

Wielkość sieci	Liczba sieci	Liczba aptek	Udział w ogólnej liczbie aptek	Udział w rynku (wartość sprzedaży)
5+	304	7102	56,2%	
100+	9	3432	27,2%	36%
50-99	12	813	6,4%	10%
20-49	27	752	5,9%	8%
10-19	72	928	7,3%	8%
5-9	184	1177	9,3%	9%

Źródło: dane i opracowanie własne na podstawie danych PEX [2024a, s. 7 i 8].

Krępując rozwój aptek, AdA odebrała przedsiębiorcom aptecznym możliwość zwiększenia zdolności konkurencyjnej. Na prawidłowo funkcjonującym rynku podmiot działający efektywnie generuje nadwyżkę ekonomiczną, którą przeznacza na zwiększenie zatrudnienia czynników wytwórczych, a w dalszej kolejności – potencjału wytwórczego, wielkości sprzedaży i zysku, umożliwiającego dalszą ekspansję. Rozwijają się zatem ci konkurenci, którzy są bardziej ekonomicznie efektywni, i to oni z czasem uzyskują przewagę konkurencyjną nad jednostkami mniej efektywnymi. Warunkiem prawidłowego działania rynku jest brak barier na nim. Dekoncentracja wymuszona przez AdA, stawiając bariery, uniemożliwiła rozwój sieci aptecznych i osiągnięcie przez nie wszystkich korzyści związanych ze zwiększeniem skali działania: przywództwa kosztowego (obniżenia kosztu jednostkowego), większej innowacyjności i silniejszej pozycji negocjacyjnej. Regulacja AdA, choć osłabiła konkurencyjność podmiotów efektywniejszych (sieci aptek) względem mniej efektywnych – z porównania liczb w kolumnach 3. i 4. Tabeli 2 wynika wyraźnie, że udział sieci aptecznych w rynku, mierzony wartością sprzedaży, jest większy niż ich udział w liczbie aptek¹⁸ – nie wzmocniła pozycji aptek niesieciowych. Ograniczenia administracyjne nie dotyczą małych przedsiębiorców aptecznych (prowadzących do 4 aptek lub do limitu 1%), a mimo to po roku 2017 wycofali się oni z rynku na znaczną skalę. Powody zaprzestania przez nich działalności są więc inne – najprawdopodobniej utrata zdolności sprostania warunkom rynkowym i efektywnego gospodarowania. Dekoncentracja niczego w tym zakresie nie zmieniła, rażąco pogarszając pozycję rynkową sieci aptecznych.

2.3. Ograniczony dostęp do produktów leczniczych i wzrost ich cen

Z dotychczasowych rozważań wynika, że regulacja AdA przyczyniła się do zmniejszenia się liczby aptek ogólnodostępnych, większego ich rozproszenia i zatrzymania ekspansji na rynku. Przemiany strukturalne będą prawdopodobnie postępowały. W jaki sposób wpływają one na dostępność produktów leczniczych dla konsumentów, zostanie wyjaśnione na przykładach.

W 2017 r. jednostek szczebla podstawowego podziału administracyjnego Polski, w których nie działała żadna apteka, było 237, a takich, w których tylko jedna – 759; w 2023 r. odpowiednio: 295 i 861. Mieszkańcy owych 58 gmin, w których w ciągu 7 lat apteki zaprzestały działalności, po produkty lecznicze muszą obecnie udać się do sąsiedniej gminy lub jeszcze dalej. Jak wynika z Rysunku 3, w gminach, w których działała więcej niż jedna apteka, a więc bardziej zaludnionych – obie wielkości są z sobą skorelowane – również odnotowano spadki liczby aptek i mogą występować podobne trudności z dostępnością produktów leczniczych co w gminach małych, mimo że lokalne nasycenie aptekami jest w nich większe. Przykładowo, we wspomnianej już Pradze-Południe w ciągu ostatnich 7 lat (od 2017 r.) zakończyło działalność 10 aptek. Praga-Południe odznacza się najwyższą w Polsce gęstością zaludnienia;

¹⁸ Wg IQVIA [2024], średni obrót miesięczny aptek sieciowych jest dwukrotnie wyższy niż aptek nie sieciowych.

wynosi ponad 8302 osoby na 1 km² (BDL GUS). Wymagają one – jak wszędzie indziej, lecz w większej ilości z uwagi na liczebność mieszkańców – odpowiedniego zaopatrzenia farmaceutycznego. Z uwagi na okoliczność, iż część aptek położonych na Pradze-Południe nie spełnia ani ograniczenia przestrzennego, tzn. znajdują się w odległości mniejszej niż 500 m od sąsiednich aptek, ani ograniczenia ludnościowego – pomimo tak dużej gęstości zaludnienia na 1 aptekę przypadają 2903 osoby, czyli mniej niż jest wymagane dla udzielenia zezwolenia – na terenie dzielnicy nie mogą powstać nowe apteki, a działające, w razie ich likwidacji, nie będą mogły zostać zastąpione (z wyjątkiem szczególnej sytuacji).

W roku 2006 w dzielnicy Praga-Południe działało 26 mniej aptek niż obecnie (38). Nie inaczej wyglądał rozwój aptek w innych częściach kraju przez rok 2017. Wzrost liczby aptek i ich rozmieszczenie w wyniku dostosowania się do przestrzennie zróżnicowanej struktury popytu, przy zachowaniu ustawowych wymogów w zakresie zapewnienia odpowiedniego asortymentu produktów leczniczych, w latach poprzedzających wejście w życie AdA 1.0, nie były ani sztuczne ani przypadkowe, lecz wynikały z potrzeb ludności, uwarunkowanych niekorzystnymi procesami demograficznymi (starzeniem się społeczeństwa), zmianą stylu życia (większą troską o zdrowie), poszerzaniem się gamy produktowej i innymi czynnikami [Skutnik, 2018, s. 144]. Regulator nie dopuścił jednak do naturalnego w gospodarce rynkowej stopniowego osiągnięcia poziomu nasycenia rynków właściwych¹⁹, lecz mocą prawa ograniczył liczbę aptek. W konsekwencji nastąpiła regramentacja wyrobów leczniczych.

Należy zwrócić uwagę, że negatywne konsekwencje AdA 1.0 dotknęły w szczególności sieci apteczne, które, jak wynika z badań sektorowych, oferują szerszy asortyment towarów i sprzedają je po niższych cenach niż apteki pozostałe [WEI, 2020, s. 11-13].

Należy się spodziewać, że skutkiem ograniczonego dostępu do aptek i produktów leczniczych oraz osłabienia pozycji negocjacyjnej aptek względem hurtowni farmaceutycznych i producentów będzie wzrost cen leków nierfundowanych i wydawanych bez recepty. Zmniejszenie się dostępności wyrobów leczniczych, spadek wielkości ich sprzedaży i wzrost ich cen detalicznych powodują zmniejszenie się nadwyżki ekonomicznej konsumentów tych produktów, mogą prowadzić do przynajmniej częściowego wykluczenia z rynku niektórych z nich (osób o niskich dochodach) i obniżyć stopień ich bezpieczeństwa farmaceutycznego²⁰, co stanowi zagrożenie dla ich zdrowia lub życia.

2.4. Spadek wartości przedsiębiorstw aptecznych

Omówione wyżej skutki regulacji AdA mają wpływ na wartość przedsiębiorstw działających na rynku aptecznym. W literaturze ekonomicznej wartość przedsiębiorstwa nie jest jednolicie rozumiana. Najbardziej uniwersalne podejście do uchwycenia pojęcia wartości przedsiębiorstwa ujmuje wartość istniejących aktywów i wartość „możliwości wzrostu” [Brigham, Gapenski, 2000, s. 304], a więc stan majątku i aktualną kondycję finansową przedsiębiorstwa oraz prognozowaną wartość jego przepływów pieniężnych, na którą ma wpływ obecna i przyszła pozycja rynkowa przedsiębiorstwa (udział w rynku, pozycja marketingowa, reputacja, faza życia, kwalifikacje kadry zarządczej i in.) i ryzyko (niepewność) zmian w jego otoczeniu (sytuacja ogólnogospodarcza, polityka gospodarcza, czynniki prawne i in.). Drogą zakazów i nakazów polityka regulacyjna państwa oddziałuje na możliwości

¹⁹ Przez rynek właściwy należy rozumieć rozumie się przez to rynek towarów, które ze względu na ich przeznaczenie, cenę oraz właściwości, w tym jakość, są uznawane przez ich nabywców za substytuty oraz są oferowane na obszarze, na którym, ze względu na ich rodzaj i właściwości, istnienie barier dostępu do rynku, preferencje konsumentów, znaczące różnice cen i koszty transportu, panują zbliżone warunki konkurencji (art. 4 pkt 9 u.o.k.k.).

²⁰ Zdaniem Stankiewicza [2014, s. 13 i 14], swobodny dostęp do produktu leczniczego, znajdującego się w ofercie aptek, oraz dostęp do produktu leczniczego o cenie umożliwiającej jego nabycie przez osoby o różnej wysokości dochodów, stanowią dwie z trzech składowych bezpieczeństwa farmaceutycznego.

rozwoju przedsiębiorstwa, które kształtują jego wartość. Liczne badania empiryczne potwierdzają, że wpływ taki istnieje i jest on różnorodny²¹. Ocena skutków regulacji każdorazowo wymaga więc szczegółowej analizy jej elementów: formy, zakresu i skali.

Jak dotąd ustalono, wprowadzenie zasady „Apteka dla aptekarza”:

- 1) uniemożliwiło zwiększenie skali działalności przedsiębiorstw aptecznych;
- 2) znacznie utrudniło im wyjście z rynku.

Zwiększenie skali działalności umożliwia wzrost wielkości sprzedaży, osiągnięcie korzyści skali, poprawę pozycji negocjacyjnej, zwiększenie stopnia innowacyjności i, w ostatecznym rozrachunku, wzmocnienie pozycji konkurencyjnej.

Oznaczmy przez Q_{it} wielkość sprzedaży wyrobu i w okresie t , a przez P_{it} cenę tego wyrobu w tym okresie. Wówczas suma przychodów ze sprzedaży asortymentu $i = \{1, 2, \dots, N\}$ w okresie t jest równa

$$R_t = \sum_i^N P_{it} Q_{it}$$

Jeśli cena nie maleje, wzrost wielkości sprzedaży prowadzi do wzrostu przychodów przedsiębiorstwa (apteki).

Efekty skali polegają na spadku przeciętnego kosztu działalności na skutek rozłożenia się kosztów stałych (zarządu, usług wspomagających, utrzymania infrastruktury i in.) między rosnący wolumen sprzedaży. Niech C oznacza koszt całkowity działalności w okresie t , a c koszt przeciętny. Wówczas

$$C_t = c_t Q_t$$

skąd wynika, że

$$c_t = \frac{C_t}{Q_t}$$

Koszt przeciętny jest to więc koszt całkowity przypadający na jednostkę sprzedanego wyrobu. Na koszt całkowity składają się koszt stały, który jest niezależny od wielkości sprzedaży, C_{at} , i koszt zmienny, C_{vt} , którego wielkość zależy dodatnio od wielkości sprzedaży

$$C_t = C_{at} + C_{vt}$$

Zależność kosztu zmiennego od wielkości sprzedaży wyraża funkcja v

$$C_{vt} = v(Q_t)$$

Koszt przeciętny jest wobec tego sumą przeciętnego kosztu stałego i przeciętnego kosztu zmiennego

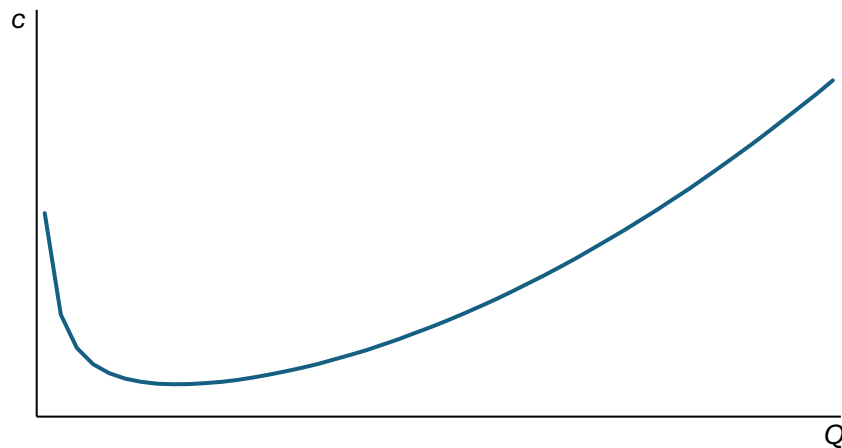
$$c_t = \frac{C_{at}}{Q_t} + \frac{C_{vt}}{Q_t}$$

Jako że koszt stały nie zmienia się wraz ze zmianą wielkości sprzedaży (w pewnym przedziale jej zmienności), to przeciętny koszt stały maleje, gdy ona rośnie. Oznacza to, że udział przeciętnego kosztu stałego w koszcie przeciętnym, a zatem i kosztu stałego w koszcie

²¹ Przykładowo, Kundu [2023] pokazał, że regulacja w nierównej mierze doświadcza przedsiębiorstwa działające na rynku regulowanym – na skutek obniżenia stopnia konkurencji i uprzywilejowania określonych grup interesu (*political favoritism*) obniża wartość rynkową przedsiębiorstw szybko rozwijających się i umożliwia podmiotom mniej efektywnym zwiększenie renty ekonomicznej. Jeśli chodzi o rynek apteczny, z badań Sood i in. [2009] wynika, że jego regulacja powoduje spadek przychodów aptek i pogorszenie się ich sytuacji finansowej.

całkowitym, zmniejsza się wraz ze wzrostem wielkości sprzedaży. To, jak zmienia się koszt przeciętny w zależności od wielkości sprzedaży, zależy od funkcji v . Gdyby była stała, tzn. wzrost wielkości sprzedaży powodowałby wzrost kosztu zmiennego, a zarazem i kosztu całkowitego, o stałą wielkość (kwotę), to koszt przeciętny malałby nieprzerwanie. Jeśli jednak wzrost wielkości sprzedaży o jednostkę powoduje coraz większy wzrost kosztu zmiennego – mówimy wówczas o rosnącym koszcie krańcowym – to koszt przeciętny zmienia się niemonotonicznie – spada, gdy wielkość sprzedaży jest stosunkowo nieduża, i po osiągnięciu minimum rośnie (tj. gdy wielkość sprzedaży jest dostatecznie duża, Rysunek 10). Postać funkcji v jest swoista, niemniej jednak przyjmuje się, że przedsiębiorstwa są w stanie osiągać korzyści skali w pewnym przedziale zmienności wielkości sprzedaży. Korzyści skali tam, gdzie występują, są tym większe (tym niższy koszt przeciętny), im większa ta sprzedaż. Przedsiębiorstwo (apteka), które osiąga efekty skali, czy też osiąga je większe aniżeli inne przedsiębiorstwa (apteki), zdobywa przywództwo kosztowe (działa ekonomicznie efektywniej).

Rysunek 10. Koszt przeciętny



Źródło: opracowanie własne.

Wraz ze zmianą wielkości sprzedaży zmieniają się i przychody, i koszty. Zatem dochód, Y_t , stanowiący różnicę między nimi

$$Y_t = R_t - C_t$$

również zależy od wielkości sprzedaży. Jeśli cena nie obniża się i występują korzyści skali, wzrost wielkości sprzedaży prowadzi do wzrostu dochodu przeciętnego, stanowiącego różnicę między przeciętnym przychodem a kosztem przeciętnym

$$y_t = \frac{R_t}{Q_t} - c_t$$

gdzie $y_t = \frac{Y_t}{Q_t}$. Wzrost przeciętnego dochodu, czyli dochodu przypadającego na jednostkę sprzedanego wyrobu, i wzrost wielkości sprzedaży powodują wzrost dochodu, który jest ich iloczynem

$$Y_t = y_t Q_t$$

Zwiększenie skali działalności (tj. Q_t) umożliwia również zwiększenie siły przetargowej w relacjach z dostawcami i uzyskanie niższych cen zakupu. W przedsiębiorstwach handlowych, jakimi są apteki, głównym składnikiem środków obrotowych są produkty lecznicze i wyroby medyczne. Apteki o większej sile negocjacyjnej mogą więc uzyskać niższe ceny zakupu w hurtowniach farmaceutycznych i u producentów. Stwarza to kolejną możliwość obniżenia kosztów działalności²².

Po czwarte wreszcie, zwiększenie skali działalności, a co za tym idzie, zwiększenie dochodów tworzących fundusz rozwoju przedsiębiorstwa (apteki), czyli środków na finansowanie jego przyszłej działalności, umożliwia poprawę jego innowacyjności. Innowacyjność ta może polegać na poszerzeniu oferty asortymentowo-usługowej, wdrożeniu efektywniejszych metod zarządzania zapasami niezbędnymi do utrzymania ciągłości sprzedaży, wprowadzaniu nowych form sprzedaży (w zgodzie z wymaganiami prawa farmaceutycznego) i reorganizacji procesu sprzedaży, zmianie orientacji na klienta, wprowadzeniu nowych rozwiązań w zakresie współpracy z dostawcami, wdrożeniu nowych technologii informacyjnych, poprawie gospodarki finansowej, wymianie wyposażenia apteki, poprawie komunikacji z klientami i in. Efektem innowacji może być zwiększenie wielkości sprzedaży, co rekurencyjnie napędza dalszy rozwój.

Regulacja AdA uniemożliwiła więc zwiększenie wielkości sprzedaży, osiągnięcie korzyści skali, wzmocnienie siły przetargowej, zwiększenie innowacyjności i, w konsekwencji, poprawę sytuacji ekonomicznej oraz pozycji konkurencyjnej aptek, a w szczególności sieci aptecznych. Ponadto, AdA w znacznym stopniu utrudniła wyjście z rynku, albowiem uniemożliwiła przejęcie apteki w drodze sukcesji uniwersalnej, a od 29 września 2023 r. przejęcie kontroli nad apteką w jakikolwiek inny sposób (z wyjątkiem dziedziczenia), podmiotom innym niż farmaceuta uprawniony do wykonywania zawodu, spółka jawna lub partnerska takich osób. Zatem przedsiębiorca, który chciałby zrezygnować z prowadzenia apteki, może ją zbyć, z zachowaniem przez nabywcę prawa do prowadzenia apteki w trybie przeniesienia zezwolenia (art. 104a u.p.f.), wyłącznie farmaceucie lub spółce jawnej albo partnerskiej farmaceutów pod warunkiem, że w wyniku nabycia podmioty te nie staną się właścicielami więcej niż 4 aptek lub w liczbie przekraczającej limit 1%. Przedsiębiorca taki nie może przekazać kontroli nad apteką w żaden inny sposób. Znalezienie nabywców chętnych do zakupu apteki w tych okolicznościach może być niezwykle trudne lub nawet niemożliwe z uwagi na ww. ograniczoną podaż farmaceutów posiadających prawo wykonywania zawodu i odpowiedni kapitał. W mniejszych miejscowościach podaż ta może nawet nie istnieć. Oznacza to, że na skutek AdA płynność (możliwość spieniężenia) aktywa w postaci apteki zmniejszyła się lub nawet została utracona.

Skutkiem ograniczeń wprowadzonych w 2023 r. jest więc, w przypadku rezygnacji z działalności aptecznej, obniżenie wartości apteki do wysokości określonej przez wartość likwidacyjną. Wartość likwidacyjna jest określona przez rynkową wartość wszystkich składników majątku przedsiębiorstwa po odjęciu wszelkich zobowiązań i kosztów likwidacji. Do głównych składników majątku apteki należą zapasy produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz wyposażenie apteki²³. W razie likwidacji właściciel apteki może:

- 1) starać się zwrócić niesprzedane produkty lecznicze do hurtowni farmaceutycznej, w której zostały zakupione. Hurtownia może jednak odmówić przyjęcia produktów, zwłaszcza gdy mają zbyt krótki termin ważności lub których opakowania zbiorcze zostały zniszczone. Produkty można zwrócić po cenie zakupu pomniejszonej o ewentualne opłaty manipulacyjne;

²² Koszt zakupu przez przedsiębiorstwo apteczne produktów leczniczych jest ujmowany w rachunku zysków i strat jako koszt sprzedanych towarów.

²³ Pomija się pomieszczenia apteczne, które mogą być przeznaczone na inną działalność lub sprzedane. Kwestia wyceny nieruchomości jest odrębnym zagadnieniem.

2) zawnioskować do wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego o udzielenie zgody na zbycie do hurtowni farmaceutycznej, apteki lub punktu aptecznego napoczętych produktów leczniczych znajdujących się w aptece w dniu wygaśnięcia zezwolenia (art. 105 ust. 5 u.p.f.). Zgoda jest fakultatywna;

3) przekazać je (nieodpłatnie) podmiotom wymienionym w art. 86a ust. 3 u.p.f.

Jeżeli przedsiębiorcy nie uda się zbyć zapasu produktów leczniczych w żaden z tych sposobów, jest obowiązany do ich utylizacji na koszt własny.

Obniżenie wartości majątku apteki w wyniku AdA może spowodować wzrost kosztu finansowania jej działalności, ponieważ aktywa apteki stanowią zabezpieczenie kredytów zaciąganych w bankach na jej zatowarowanie i inwestycje. Spadek wartości zabezpieczenia oznacza dla kredytodawcy większe ryzyko i z tego tytułu może żądać wyższej premii. Miarą kosztu finansowania działalności, powszechnie stosowaną w analizie opłacalności inwestycji oraz wycenie wartości przedsiębiorstw i poszczególnych ich aktywów, jest tzw. średni ważony koszt kapitału (WACC). W najprostszym ujęciu na koszt ten składają się:

- stopa procentowa wolna od ryzyka, stanowiąca wynagrodzenie za odroczenie konsumpcji i skorygowana o oczekiwania inflacyjne, r_r , w Polsce utożsamiana zazwyczaj z oprocentowaniem 10-letnich obligacji skarbowych;
- przeciętna premia za ryzyko rynkowe, r_p , skorygowana współczynnikiem β , wyrażającym ryzyko sektorowe (tj. ryzyko prowadzenia działalności na określonym rynku)

$$WACC = r_r + \beta r_p$$

Skutkiem AdA jest wzrost wartości współczynnika β .

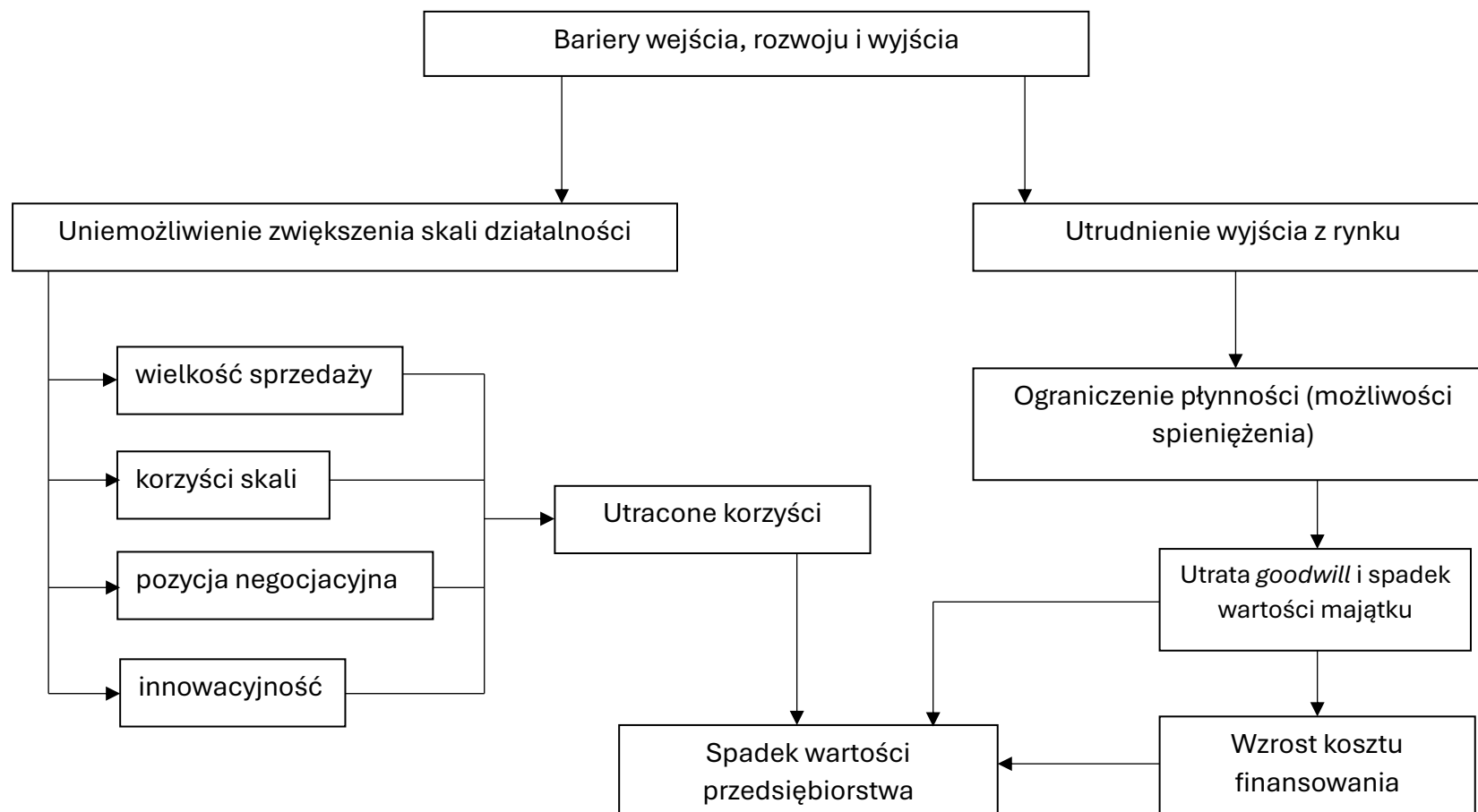
Z powyższej analizy wynika, że regulacja rynku aptecznego przeprowadzona w 2023 r. spowodowała spadek wartości przedsiębiorstw działających na tym rynku wskutek:

- utraty korzyści w postaci większych zysków;
- utraty wartości firmy (*goodwill*, tj. różnicy między rynkową wartością przedsiębiorstwa a wartością jego aktywów);
- zmniejszenia się wartości majątku;
- zwiększenia kosztów finansowania działalności przedsiębiorstw aptecznych (Rysunek 11).

3. Wycena ubytku wartości przedsiębiorstw aptecznych

Oszacowanie ubytku tej wartości wymaga porównania kontrfaktycznego scenariusza rozwoju przedsiębiorstwa ze stanem faktycznym. Hipotetycznie, tj. gdyby warunki założenia i prowadzenia apteki nie zostały zmienione w latach 2017 i 2023, rynek apteczny ewoluowałby zgodnie z tendencjami jego rozwoju sprzed 2017 r. i w miarę postępowania wspomnianych

Rysunek 11. Schemat oddziaływania AdA 1.0 i 2.0 na wartość apteki



Źródło: opracowanie własne.

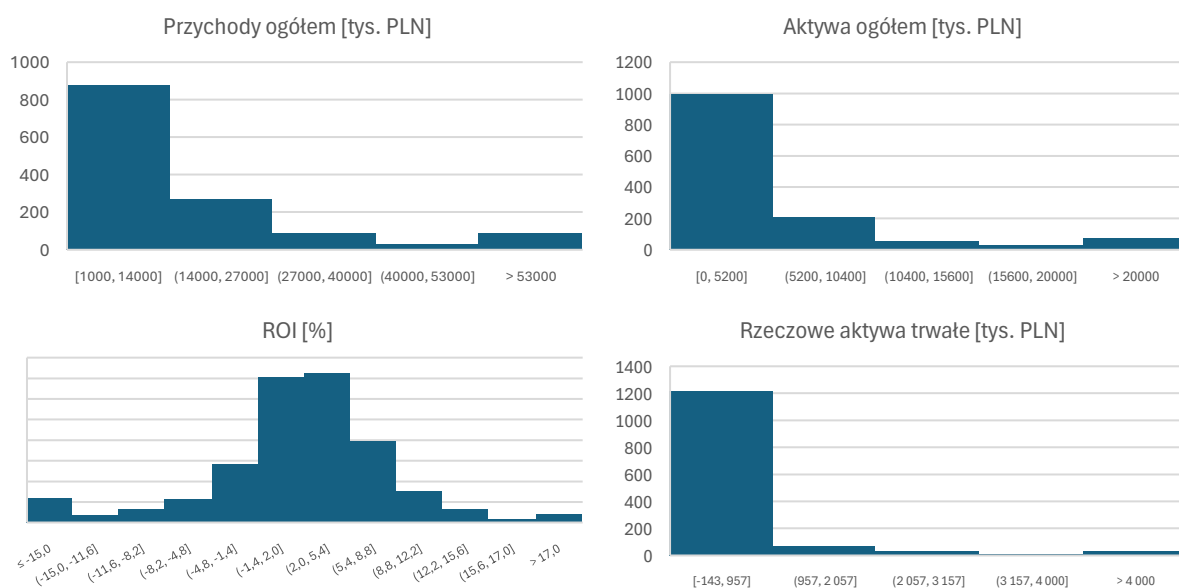
wyżej procesów demograficznych (przede wszystkim spadku liczby ludności i jednoczesnego wzrostu udziału w populacji osób w wieku powyżej 60-tego roku życia), makroekonomicznych, technologicznych, społecznych i in. Najprawdopodobniej, w perspektywie prognozy ludnościowej GUS (do 2060 r.) doszłoby do spadku liczby aptek i optymalizacji ich rozlokowania w celu dostosowania się do zmian wielkości i struktury popytu oraz konsolidacji aptek w drodze fuzji, przejęć i zawierania różnorodnych aliansów strategicznych. Na rynku działałoby zapewne kilkadziesiąt sieci aptecznych, posiadających 80-90% ogółu aptek, a pozostałe 10-20% pozostałoby w rękach najbardziej ekonomicznie efektywnych, małych przedsiębiorców. W wyniku tych przemian przeciętna rentowność, przeciętna wartość aktywów i przeciętna wartość rynkowa przedsiębiorstw aptecznych wzrosłyby.

Przeprowadzona niżej symulacja utraconych zysków przedsiębiorców aptecznych w wyniku regulacji AdA 1.0 i 2.0 obejmuje okres od 2024 r. Pominięto lata 2018-2023, uznając że wciąż istniały w nich pewne (choć ograniczone) możliwości rozwoju sieci aptecznych, mimo iż, jak pokazano wyżej, tendencje rozwojowe sprzed 2017 r. zostały zaburzone. Dopiero AdA 2.0 całkowicie zatrzymała procesy rozwojowe, obserwowane przed rokiem 2017. Oznacza to zatem, że poniższy szacunek jest zaniżony o zyski utracone w latach 2018-2023.



Sytuacja ekonomiczno-finansowa przedsiębiorstw aptecznych (2023 r.) jest bardzo silnie zróżnicowana (Rysunek 12), co odzwierciedla duże rozdrobnienie rynku. Większość przedsiębiorstw aptecznych (73,4%) to podmioty małe, o niskim zaangażowaniu kapitałowym (<5,2 mln zł). Niespełna 65% przedsiębiorstw osiąga przychody poniżej 14 mln rocznie. U ponad 88% wartość rzeczowych środków trwałych nie przekracza 1 mln zł. Ponad połowa (52,6%) osiąga rentowność netto od -1,4% do 5,0%. Średnia rentowność inwestycji (ROI) w badanej próbie wyniosła w 2023 r. 1,62%, średni przychód roczny – 19,5 mln zł, a średnia wartość aktywów ogółem – 6,5 mln zł (Tabela 3).

Rysunek 12. Sytuacja ekonomiczno-finansowa przedsiębiorstw aptecznych w 2023 r. (histogramy)



Źródło: opracowanie własne n podstawie danych pobranych ze sprawozdań finansowych składanych w KRS; N=1362.

Tabela 3. Zróżnicowanie sytuacji ekonomiczno-finansowej przedsiębiorstw aptecznych w 2023 r.

	Przychody ogółem (tys. zł)	Aktywa ogółem (tys. zł)	Rzeczowe aktywa trwałe (tys. zł)	ROI (%)
ogółem	26532336	8788447	721129	-
max	647040	266822	113667,7	152,33
min	1000	0	-143,1	-76,92
średnia	19480,4	6452,6	529,5	1,62
mediana	9071,5	2393,5	55,9	2,15
odchylenie standardowe	42377,4	16542,4	3398,1	10,74
pierwsze 20	5909807	2008796	194000	-
max	647040	266822	113667,7	12,09
min	159473	38896	864,3	-4,60
średnia	295490,4	100439,8	9700,0	1,12
mediana	242595,5	74770	3144,1	0,30
odchylenie standardowe	141547,1	63096,2	24702,1	3,81
pierwsze 100	12259701	4119306	349859	-
max	647040	266822	113667,7	16,46
min	48876	3854	22,5	-17,00
średnia	122597,0	41193,1	3498,6	1,92
mediana	82432	22947	1148,0	1,65
odchylenie standardowe	108836,4	44761,0	11700,5	4,52
ostatnie 100	156187	97778	3548	-
max	2060,0	14552,0	894,9	88,0
min	1000,0	36,0	0,0	-76,9
średnia	1561,9	977,8	35,5	-0,8
mediana	1569,0	492,5	0,0	0,8
odchylenie standardowe	337,7	2101,3	142,2	19,9

Źródło: jak pod rysunkiem 11.

Rozrzut wartości poszczególnych wskaźników sytuacji finansowej jest ogromny, podobnie jak dysproporcje pomiędzy największymi i najmniejszymi przedsiębiorstwami. Dwadzieścia największych przedsiębiorstw osiąga przychody średnio blisko 190 razy większe od 100 najmniejszych i ma aktywa średnio ponad 100 razy większe. Pierwsza setka przedsiębiorstw uszeregowanych wg wielkości obrotu osiąga przychody średnio 78 i pół razy większa od ostatniej setki i dysponuje majątkiem średnio ponad 42 razy większym. Średnia wartość rzeczowych środków obrotowych 100 największych zakładów jest prawie 100 razy większa niż 100 najmniejszych. Duży są efektywniejsi – ich rentowność inwestycji jest średnio o 3 p.p. wyższa (Tabela 3). Łączny przychód dwudziestu największych przedsiębiorstw aptecznych stanowi 22,3% przychodów wszystkich przedsiębiorstw w próbie (1362 podmioty), a łączny przychód 100 największych – 46,2%. Dwadzieścia największych zakładów włada 22,9% majątku ogółu przedsiębiorstw w próbie, a 100 największych – 46,9% majątku. Odpowiednie udziały 100 najmniejszych przedsiębiorstw wynoszą 0,6% i 1,1% (Tabela 4).

Bardzo zróżnicowane są ścieżki wzrostu w latach 2017-2023 wartości głównych wskaźników finansowych przedsiębiorstw aptecznych i trudno jest wysnuć jakiś ogólny wniosek co do istnienia tendencji i możliwości kształtowania się tych wskaźników w kolejnych latach poza tym, iż przedsiębiorstwa największe osiągają wyższe wyniki finansowe, ich sytuacja ekonomiczno-finansowa jest bardziej stabilna i wykazują potencjał wzrostowy (Tabele 5-12). Można się spodziewać, że dalsza konsolidacja na rynku doprowadziłaby do podniesienia

wartości wskaźników ich efektywności ekonomicznej. Z uwagi na efekty skali i inne czynniki, o których mowa była w poprzednim rozdziale, gdyby doszło do przejęcia przedsiębiorstw mniej efektywnych przez bardziej efektywne i transferu *know how*, można spodziewać się, że rentowność aptek przejętych wzrosłaby bardziej niż tylko do poziomu rentowności zakładów przejmujących. W ostatnich latach rentowność EBITDA²⁴ stu największych przedsiębiorstw aptecznych oscylowała wokół 2,7% i była wyższa od średniej wartości tego wskaźnika w ostatnich 5 kwartałach, obliczanego dla przedsiębiorstw aptecznych przez CSIMarket²⁵. Gdyby doszło do konsolidacji na polskim rynku aptecznym, zasadnym jest prognozować, że rentowność EBITDA wzrosłaby o 1 p.p. Biorąc pod uwagę, że obecna wartość rynku aptecznego w Polsce wynosi ok. 51 mld zł (rocznie)²⁶, wzrost średniej rentowności EBITDA o 1 p.p. generuje zysk w wysokości ok. 0,5 mld zł.

Tabela 4. Udział przedsiębiorstw w przychodach, majątku i rzeczowych środkach trwałych (%)

	Przychody ogółem	Aktywa ogółem	Rzeczowe aktywa trwale
pierwsze 20	22,3	22,9	26,9
pierwsze 100	46,2	46,9	48,5
ostatnie 100	0,6	1,1	0,5

Źródło: jak pod rysunkiem 11.

Tabela 5. Średni przychód (w tys. zł) i średnia stopa jego wzrostu (%) w latach 2017-2023

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	średnia stopa wzrostu
ogółem	14619,6	13584,6	14397,6	15144,5	17303,5	18398,2	19480,4	5,09
pierwsze 20	201454,8	200148,6	214864,4	242606,6	304721,7	296281,6	295490,4	7,03
pierwsze 100	78996,6	84764,0	91323,3	96993,6	114386,0	118221,0	124865,6	8,03
ostatnie 100	823,9	953,4	1055,0	1123,0	1150,5	1381,0	1561,9	11,40

Źródło: jak pod rysunkiem 11.

Tabela 6. Średni zysk netto (w tys. zł) w latach 2017-2023

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
ogółem	-274,0	260,4	229,7	386,9	435,5	461,2	273,8
pierwsze 20	-11029,6	2456,0	614,1	3330,2	-1272,5	2974,5	792,6
pierwsze 100	-2719,9	1678,6	946,4	1709,6	1530,5	2134,3	1310,5
ostatnie 100	-61,3	-38,7	-26,2	-11,4	-67,2	19,4	-26,3

Źródło: jak pod rysunkiem 11.

Tabela 7. Rentowność inwestycji (ROI, %) w latach 2017-2023

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
ogółem	-2,4	0,5	-10,0	-2,7	0,4	2,1	1,6
pierwsze 20	-4,2	1,8	1,6	2,4	0,3	1,8	1,1
pierwsze 100	-1,2	3,2	2,1	2,6	3,1	2,9	2,1
ostatnie 100	-8,0	-3,8	-0,7	-6,5	-29,7	-6,8	-0,8

Źródło: jak pod rysunkiem 11.

²⁴ Rentowność EBITDA, mierzona jako iloraz EBITDA (zysk operacyjny przedsiębiorstwa przed potrąceniem odsetek od zobowiązań) i przychodów operacyjnych netto, jest wskaźnikiem określającym zdolność przedsiębiorstwa do wygospodarowania nadwyżki umożliwiającej finansowanie działalności bieżącej i rozwoju (inwestycji).

²⁵ <https://csimarket.com>.

²⁶ Obliczenia własne na podstawie PEX [2024b, s. 9].

Tabela 8. Rentowność kapitału własnego (ROE, %) w latach 2017-2023

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
ogółem	5,4	106,5	57,7	83,5	80,6	30,0	61,7
pierwsze 20	27,8	24,5	40,5	65,0	15,2	4,7	68,9
pierwsze 100	29,6	45,2	40,5	9,7	34,8	51,9	42,6
ostatnie 100	57,0	-5,5	96,5	-31,0	29,9	51,9	20,1

Źródło: jak pod rysunkiem 11.

Tabela 9. Rentowność aktywów (ROA, %) w latach 2017-2023

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
ogółem	27,6	4,9	6,0	9,7	17,6	11,3	4,4
pierwsze 20	-4,5	6,5	4,5	7,3	-0,7	5,3	2,5
pierwsze 100	0,6	8,7	8,1	8,8	11,7	8,4	3,6
ostatnie 100	-15,1	-9,5	-8,1	-3,8	0,5	10,8	-5,8

Źródło: jak pod rysunkiem 11.

Tabela 10. Marża operacyjna (%) w latach 2017-2023

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
ogółem	-5,5	-10,1	-1,6	-1,0	-1,3	-	6,7
pierwsze 20	0,8	2,0	1,1	1,5	0,9	1,8	0,9
pierwsze 100	1,0	2,1	2,2	2,2	3,0	2,8	2,0
ostatnie 100	-7,9	-4,6	-1,8	-5,6	-19,2	-	-3,0

Źródło: jak pod rysunkiem 11.

Tabela 11. EBITDA/przychody netto ze sprzedaży (%) w latach 2017-2023

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
ogółem	-0,9	1,4	1,5	2,2	1,5	2,7	1,8
pierwsze 20	1,8	2,8	1,7	2,1	1,3	2,3	1,4
pierwsze 100	1,7	2,8	2,8	2,7	3,4	3,1	2,5
ostatnie 100	-7,6	-0,7	-0,9	-0,3	-17,1	1,5	-5,5

Źródło: jak pod rysunkiem 11.

Tabela 12. Rentowność operacyjna aktywów (%) w latach 2017-23

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
ogółem	30,2	7,1	7,8	10,9	16,9	13,5	3,4
pierwsze 20	3,1	8,0	5,4	6,1	3,1	6,4	5,6
pierwsze 100	4,8	10,1	10,0	9,7	13,3	10,4	-4,2
ostatnie 100	-14,2	-7,5	-7,0	-2,2	1,6	13,0	0,0

Źródło: jak pod rysunkiem 11.

W Tabeli 13 przedstawiono wyniki symulacji wartości bieżącej utraconych zysków w wyniku regulacji Ada, przyjmując następujące założenia:

- konsolidacja trwa do 2040 r. (poczynając od 2024 r.);
- na skutek konsolidacji przedsiębiorstwa bardziej efektywnie ekonomicznie przejmują kontrolę nad 90% rynku;
- rentowność EBITDA, równa obecnie 2,7%, rośnie liniowo o 0,1 p.p. rocznie.

- konsumenci w wieku do 60 roku życia wydają obecnie na zakup produktów leczniczych 1300 zł na osobę rocznie, a konsumenci w wieku 60 lat i więcej – 2100 zł²⁷. Kwoty te rosną w tempie inflacji i wzrostu realnego PKB. Prognozy inflacji i wzrostu realnego PKB w latach 2024-2026 przyjęto za Narodowym Bankiem Polskim²⁸, a w latach późniejszych wg oceny własnej, uwzględniającej przewidywane zmiany koniunktury;
- liczba konsumentów (osób) zmienia się zgodnie z ww. prognozą GUS;
- stopa procentowa wolna od ryzyka, obecnie równa 5,77% [Baker Tilly TPA, 2024, s. 17], zmienia się o tyle, o ile zmienia się stopa inflacji;
- przeciętna premia za ryzyko rynkowe, obecnie wynosząca 4,11% [Baker Tilly TPA, 2024, s. 17], nie ulega zmianie;
- wartość współczynnika β dla detalicznego obrotu farmaceutycznego bez AdA jest równa 1,5 (por. [Baker Tilly TPA, 2024, s. 17]), a na skutek AdA rośnie o 0,7 (do 2,2).

Gdyby nie przeprowadzono regulacji AdA, przedsiębiorstwa apteczne, które na niej straciły, osiągnęłyby zyski o wartości bieżącej równej 46,3 mld zł. Na skutek AdA wartość ta obniżyła się do 33,6 mld zł. Różnica równa 12,7 mld zł jest stratą, jaką przedsiębiorstwa te poniosły w wyniku zmiany prawa farmaceutycznego²⁹, z czego 11,8 mld zł to strata wynikająca z uniemożliwienia ekspansji rynkowej, a 0,9 mld zł jest stratą wskutek wzrostu kosztu kapitału.

W Tabeli 14 przedstawiono wyniki analogicznej symulacji przy założeniu, że stopa wzrostu realnego PKB w latach 2027-2040 jest wyższa (niż w poprzednim scenariuszu), stopa inflacji niższa, rentowność EBITDA rośnie o 0,15 p.p. rocznie, a przeciętna premia za ryzyko rynkowe maleje o 0,01 p.p. rocznie. Pozostałe założenia jak w scenariuszu pierwszym. W tym scenariuszu strata przedsiębiorstw aptecznych wynosi 18,3 mld zł, z czego 17,5 mld zł to strata wynikająca z zahamowania ekspansji rynkowej, a 0,8 mld zł jest stratą na skutek wzrostu kosztu kapitału.

W scenariuszu trzecim (Tabela 15) wzrost gospodarczy jest wolniejszy, stopa inflacji wyższa, rentowność EBITDA rośnie o 0,05 p.p. rocznie, a przeciętna premia za ryzyko rynkowe rośnie o 0,01 p.p. rocznie. Pozostałe założenia jak w scenariuszu pierwszym. W tym przypadku strata przedsiębiorstw aptecznych wynosi 6,7 mld zł, przy czym strata wynikająca z uniemożliwienia ekspansji na rynku wynosi 5,8 mld zł, a strata w wyniku wzrostu kosztu kapitału – 0,9 mld zł.

Podsumowanie

Ze wstępnej analizy wynika, że regulacja aptecznego rynku farmaceutycznego, przeprowadzona w latach 2017 i 2023, zniekształcając warunki prowadzenia działalności na tym rynku, uniemożliwiła jego funkcjonowanie zgodnie z zasadami gospodarki wolnorynkowej i zatrzymała naturalnie występujące w takiej gospodarce procesy rozwojowe. Regulacja AdA nie rozwiązała żadnego z niedomagań tego rynku, nie doprowadziła do osiągnięcia żadnego z postawionych jej celów i okazała się przeciwnie skuteczna – zmniejszyła się dostępność usług aptecznych, a ich konsumenci i dostawcy ponieśli stratę. Wielkość straty tylko przedsiębiorstw aptecznych wycenia się, w zależności od perspektyw rozwoju gospodarczego kraju w latach 2024-2040 na 6,7-18,3 mld zł. Kwota ta nie uwzględnia straty wynikającej z ewentualnej sprzedaży przedsiębiorstwa aptecznego poniżej ceny, jaką mógłby jego właściciel otrzymać na rynku nieregulowanym w myśl zasady „Apteka dla aptekarza”. Jak wspomniano na wstępie, powyższa analiza ma charakter i wstępny, tj. będzie kontynuowana, a wnioski z niej wynikające zostaną zrewidowane.

²⁷ Wielkości te oszacowano na podstawie prognozy GUS liczby ludności Polski i danych PEX [2024b, s. 9] o wartości sprzedaży aptek w sierpniu 2024 r., przyjmując że osoby pow. 60-tego roku życia wydają przeciętnie półtora raza więcej na wyroby lecznicze niż osoby młodsze.

²⁸ <https://nbp.pl/projekcja-inflacji-i-pkb-lipiec-2024/> [dostęp: 10.10.2024].

²⁹ Wynik ten jest bliski wynikowi uzyskanemu przez Marcina Kubiczka [2016, s. 25].

Tabela 13. Wartość bieżąca utraconych zysków w scenariuszu 1

	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040
1.	37532,0	37412,2	37288,8	37254,8	37253,0	37172,2	37049,6	36906,9	36750,0	36581,2	36405,7	36223,9	36036,9	35847,5	35654,1	35457,6	35258,9
2.	73,48	73,23	73,01	72,85	72,70	72,50	72,24	71,95	71,60	71,21	70,77	70,28	69,74	69,22	68,69	68,12	67,55
3.	3,7	5,2	2,7	2,5	2,2	1,8	1,7	2,1	2,4	2,6	2,3	2,1	1,9	1,7	1,5	1,6	1,8
4.	3,0	3,8	3,1	3,2	3,5	3,8	4,0	3,7	3,5	3,3	3,0	2,8	2,7	2,5	2,8	3,1	3,4
5.	1300	1419,6	1503,1	1590,0	1681,8	1777,2	1879,7	1990,1	2109,2	2235,5	2355,5	2472,3	2587,3	2697,1	2814,2	2947,8	3102,9
6.	2100	2293,1	2428,1	2568,4	2716,8	2870,8	3036,4	3214,8	3407,2	3611,2	3805,1	3993,7	4179,5	4356,8	4546,0	4761,9	5012,4
7.	51079789,1	55672223,3	58822865,4	62218844,6	65860977,0	69516254,6	73382897,2	77517320,6	81955036,5	86638429,9	91062454,0	95343599,3	99539067,1	103497805,7	107703745,4	112526888,5	118130634,9
8.	2,7	2,8	2,9	3,0	3,1	3,2	3,3	3,4	3,5	3,6	3,7	3,8	3,9	4,0	4,1	4,2	4,3
9.	1379154,3	1558822,3	1705863,1	1866565,3	2041690,3	2224520,1	2421635,6	2635588,9	2868426,3	3118983,5	3369310,8	3623056,8	3882023,6	4139912,2	4415853,6	4726129,3	5079617,3
10.	1,11935	1,13435	1,10935	1,10735	1,10435	1,10035	1,09935	1,10335	1,10635	1,10835	1,10535	1,10335	1,10135	1,09935	1,09735	1,09835	1,10035
11.	1232102,8	1374198,7	1537714,1	1685614,6	1848771,0	2021647,8	2202788,6	2388715,2	2592693,3	2814078,1	3048184,6	3283687,7	3524786,5	3765781,8	4024106,8	4302935,6	4616365,1
12.	1232102,8	1325120,1	1431664,8	1517053,1	1610219,9	1705765,3	1802281,6	1896920,9	2000077,7	2110558,6	2224350,9	2333146,5	2440236,8	2541902,7	2650021,5	2766172,9	2898647,8
13.	1201228,4	1292343,0	1395474,4	1478636,8	1569336,3	1662302,4	1756318,7	1848715,4	1949385,1	2057159,8	2167924,3	2273855,4	2378114,5	2477077,6	2582319,0	2695565,7	2824790,2

Objaśnienia:

1. liczba ludności Polski w tys.
2. odsetek osób w wieku poniżej 60 lat (%)
3. stopa inflacji (%)
4. stopa wzrostu realnego PKB (%)
5. wydatki na zakup produktów leczniczych na 1 osobę w wieku poniżej 60 lat (zł)
6. wydatki na zakup produktów leczniczych na 1 osobę w wieku 60 lat i więcej (zł)
7. przychód ze sprzedaży produktów leczniczych (tys. zł)
8. rentowność EBITDA (%)
9. zysk (tys. zł)
10. dyskonto (1+WACC) bez AdA
11. wartość bieżąca zysków, jakie przedsiębiorstwa apteczne osiągnęłyby, gdyby nie przeprowadzono regulacji AdA (tys. zł)
12. wartość bieżąca zysków, jakie przedsiębiorstwa osiągną na skutek regulacji AdA, nieuwzględniająca podwyższonej premii za ryzyko sektorowe (tys. zł)
13. wartość bieżąca zysków, jakie przedsiębiorstwa osiągnęłyby na skutek regulacji AdA, uwzględniająca podwyższoną premię za ryzyko sektorowe (tys. zł)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych: Baker Tilly TPA [2024, s. 17], GUS, NBP i PEX [2024b, s. 9].

Tabela 14. Wartość bieżąca utraconych zysków w scenariuszu 2

	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040
1.	37532,0	37412,2	37288,8	37254,8	37253,0	37172,2	37049,6	36906,9	36750,0	36581,2	36405,7	36223,9	36036,9	35847,5	35654,1	35457,6	35258,9
2.	73,48	73,23	73,01	72,85	72,70	72,50	72,24	71,95	71,60	71,21	70,77	70,28	69,74	69,22	68,69	68,12	67,55
3.	3,7	5,2	2,7	2,4	2,1	1,7	1,6	2,0	2,2	2,4	2,2	2,0	1,8	1,6	1,4	1,5	1,6
4.	3,0	3,8	3,1	3,3	3,6	3,9	4,1	3,9	3,7	3,5	3,1	3,0	2,8	2,7	3,0	3,3	3,5
5.	1300	1419,6	1503,1	1590,0	1681,8	1777,1	1879,5	1991,9	2111,0	2237,4	2357,5	2476,8	2591,9	2704,5	2824,7	2961,6	3114,3
6.	2100	2293,1	2428,1	2568,4	2716,7	2870,7	3036,2	3217,7	3410,2	3614,2	3808,2	4000,9	4187,0	4368,8	4562,9	4784,2	5030,9
7.	51079789,1	55672223,3	58822865,4	62218374,0	65859607,2	69513427,3	73378247,6	77585838,0	82025464,0	86711409,5	91138468,2	95515193,0	99717354,0	103783342,8	108104392,9	113053194,0	118564535,9
8.	2,70	2,85	3,00	3,15	3,30	3,45	3,60	3,75	3,90	4,05	4,20	4,35	4,50	4,65	4,80	4,95	5,10
9.	1379154,3	1586658,4	1764686,0	1959878,8	2173367,0	2398213,2	2641616,9	2909468,9	3198993,1	3511812,1	3827815,7	4154910,9	4487280,9	4825925,4	5189010,9	5596133,1	6046791,3
10.	1,11935	1,13435	1,0942	1,11605	1,1159	1,11475	1,1176	1,12245	1,1203	1,12015	1,116	1,11585	1,1157	1,11555	1,1154	1,11825	1,1181
11.	1232102,8	1398737,9	1612763,6	1756085,1	1947636,0	2151346,3	2363651,5	2592070,0	2855479,0	3135126,6	3429942,4	3723538,9	4021942,2	4326050,3	4652152,5	5004366,7	5408095,3
12.	1232102,8	1325120,1	1451487,3	1505215,8	1593520,4	1683662,3	1772738,6	1866290,4	1976870,1	2090084,4	2204962,9	2311162,1	2413165,3	2511900,2	2616835,8	2729654,6	2863109,3
13.	1201228,4	1292343,0	1414389,0	1467568,3	1553754,1	1641704,7	1728776,7	1820314,2	1928196,1	2038740,5	2150732,1	2254449,8	2354086,3	2450545,9	2553066,3	2663464,0	2793844,1

Objaśnienia:

1. liczba ludności Polski w tys.
2. odsetek osób w wieku poniżej 60 lat (%)
3. stopa inflacji (%)
4. stopa wzrostu realnego PKB (%)
5. wydatki na zakup produktów leczniczych na 1 osobę w wieku poniżej 60 lat (zł)
6. wydatki na zakup produktów leczniczych na 1 osobę w wieku 60 lat i więcej (zł)
7. przychód ze sprzedaży produktów leczniczych (tys. zł)
8. rentowność EBITDA (%)
9. zysk (tys. zł)
10. dyskonto (1+WACC) bez AdA
11. wartość bieżąca zysków, jakie przedsiębiorstwa apteczne osiągnęłyby, gdyby nie przeprowadzono regulacji AdA (tys. zł)
12. wartość bieżąca zysków, jakie przedsiębiorstwa osiągną na skutek regulacji AdA, nieuwzględniająca podwyższonej premii za ryzyko sektorowe (tys. zł)
13. wartość bieżąca zysków, jakie przedsiębiorstwa osiągnęłyby na skutek regulacji AdA, uwzględniająca podwyższoną premię za ryzyko sektorowe (tys. zł)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych: Baker Tilly TPA [2024, s. 17], GUS, NBP i PEX [2024b, s. 9]

Tabela 15. Wartość bieżąca utraconych zysków w scenariuszu 3

	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040
1.	37532,0	37412,2	37288,8	37254,8	37253,0	37172,2	37049,6	36906,9	36750,0	36581,2	36405,7	36223,9	36036,9	35847,5	35654,1	35457,6	35258,9
2.	73,48	73,23	73,01	72,85	72,70	72,50	72,24	71,95	71,60	71,21	70,77	70,28	69,74	69,22	68,69	68,12	67,55
3.	3,7	5,2	2,7	2,6	2,4	2,1	1,9	2,3	2,6	2,9	2,6	2,3	2,2	1,9	1,7	1,8	2,0
4.	3,0	3,8	3,1	3,1	3,3	3,6	3,7	3,4	3,3	3,1	2,8	2,6	2,5	2,4	2,5	2,8	3,0
5.	1300	1419,6	1503,1	1590,0	1681,9	1779,0	1879,9	1988,5	2107,5	2235,9	2358,2	2475,2	2592,9	2705,6	2820,4	2951,5	3100,9
6.	2100	2293,1	2428,1	2568,4	2716,9	2873,8	3036,7	3212,2	3404,5	3611,8	3809,5	3998,4	4188,5	4370,6	4556,0	4767,8	5009,1
7.	51079789,1	55672223,3	58822865,4	62219197,5	65862720,4	69588620,5	73391432,4	77453480,3	81888932,1	86653576,2	91168095,9	95455117,2	99754241,8	103824122,8	107940293,8	112667230,6	118051885,3
8.	2,70	2,75	2,80	2,85	2,90	2,95	3,00	3,05	3,10	3,15	3,20	3,25	3,30	3,35	3,40	3,45	3,50
9.	1379154,3	1530986,1	1647040,2	1773247,1	1910018,9	2052864,3	2201743,0	2362331,1	2538556,9	2729587,7	2917379,1	3102291,3	3291890,0	3478108,1	3669970,0	3887019,5	4131816,0
10.	1,11935	1,13435	1,0945	1,11865	1,1178	1,11695	1,1181	1,12425	1,1234	1,12355	1,1177	1,11785	1,12	1,11815	1,1193	1,12245	1,1236
11.	1232102,8	1349659,4	1504833,5	1585167,1	1708730,4	1837919,6	1969182,5	2101250,7	2259708,8	2429431,4	2610162,9	2775230,4	2939187,5	3110591,7	3278808,2	3462977,8	3677301,5
12.	1232102,8	1325120,1	1451089,4	1501737,2	1590887,0	1682163,7	1772264,3	1860123,6	1968133,5	2082369,8	2202324,9	2305576,0	2404789,8	2507044,1	2603759,4	2710156,6	2836775,5
13.	1201228,4	1292343,0	1413835,0	1463904,6	1550684,0	1639522,5	1727278,7	1813049,6	1918172,9	2029393,0	2145879,7	2246355,1	2342993,3	2442367,1	2536500,1	2640179,9	2763434,7

Objaśnienia:

1. liczba ludności Polski w tys.
2. odsetek osób w wieku poniżej 60 lat (%)
3. stopa inflacji (%)
4. stopa wzrostu realnego PKB (%)
5. wydatki na zakup produktów leczniczych na 1 osobę w wieku poniżej 60 lat (zł)
6. wydatki na zakup produktów leczniczych na 1 osobę w wieku 60 lat i więcej (zł)
7. przychód ze sprzedaży produktów leczniczych (tys. zł)
8. rentowność EBITDA (%)
9. zysk (tys. zł)
10. dyskonto (1+WACC) bez AdA
11. wartość bieżąca zysków, jakie przedsiębiorstwa apteczne osiągnęłyby, gdyby nie przeprowadzono regulacji AdA (tys. zł)
12. wartość bieżąca zysków, jakie przedsiębiorstwa osiągną na skutek regulacji AdA, nieuwzględniająca podwyższonej premii za ryzyko sektorowe (tys. zł)
13. wartość bieżąca zysków, jakie przedsiębiorstwa osiągnęłyby na skutek regulacji AdA, uwzględniająca podwyższoną premię za ryzyko sektorowe (tys. zł)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych: Baker Tilly TPA [2024, s. 17], GUS, NBP i PEX [2024b, s. 9]

Literatura:

1. Baker Tilly TPA (2024). *Baker Tilly TPA index – Koniunktura, transakcje, giełda. Gdzie jesteśmy w cyklu koniunkturalnym. Lipiec 2024.*
2. Brigham, E.F., Gapenski, L.C. (2000). *Zarządzanie finansami*. t. 2. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
3. IQVIA (2018). *Rynek farmaceutyczny w 2017 roku*. Warszawa, styczeń.
4. IQVIA (2024). *Raport miesięczny. Sierpień 2024*. Warszawa
5. Konarzewski, E., Bernatek, G. (2021). *Raport analityczny. Analiza szkody przedsiębiorców farmaceutycznych w wyniku stosowania nieprawidłowej wykładni regulacji AdA*. Audytel S.A., grudzień.
6. Kubiczek, M. (2016). *Opinia ekspercka w zakresie prawdopodobnych implikacji wprowadzenia w życie zasad wynikających z projektu ustawodawczego „Apteka dla farmaceuty” na rynku aptecznym*. Gliwice, 15 listopada.
7. Kundu, S. (2023). Impact of regulations on firm value: Evidence from the 2016 U.S. presidential election. *Journal of Financial and Quantitative Analysis*, 59(4): 1659-1691.
8. Ministerstwo Rozwoju (2017). *Opinia Ministerstwa Rozwoju w sprawie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne (projekt z dnia 1.12.2016) druk nr 1126*. Załącznik do pisma Ministra Rozwoju i Finansów z dnia 5 stycznia 2017 r. znak: DIN-VII.4020.1.2016.AR.
9. Momot, R. (2016). *Rynek dystrybucji farmaceutycznej w Polsce*. Raport Fundacji Republikańskiej.
10. PEX (2024a). *Uniwers aptek. Grudzień 2023*. Warszawa, 24 stycznia.
11. PEX (2024b). *Uniwers aptek. Sierpień 2024*. Warszawa, 26 września.
12. Religioni, U., Pakulska, T. (2020). Wpływ regulacji prawnych na poziom konkurencyjności aptek ogólnodostępnych. *Farmacja Polska*, 76(1): 18-24. doi: 10.32383/farmpol/118357.
13. Skoczny, T. (2015). *Pojęcie podmiotów zależnych i grupy kapitałowej w świetle ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, z uwzględnieniem treści art. 99 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne*. Centrum Studiów Antymonopolowych i Regulacyjnych Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, 31 stycznia.
14. Skutnik P. (2018). Zmiany na rynku aptek w Polsce w świetle planowanych nowych uregulowań prawnych. [w:] *Współczesne problemy ekonomiczne w badaniach młodych naukowców*. t. 1: *Wzrost, rozwój i polityka gospodarcza*. Gruszewska, E., Karpińska, K., Protasiewicz, A. (red.). Białystok: Polskie Towarzystwo Ekonomiczne, s. 143-155.
15. Słowik, P., Sosnowska, M. (2020). Po wyrokach NSA: czyżby koniec marzeń o rozdrobnionym rynku aptek? *Tygodnik Gazeta Prawna*, 14 luty.
16. Solek, A. (2010). Regulacja rynków przez państwo w teorii ekonomii. *Zeszyty Naukowe Akademii Ekonomicznej w Krakowie*, 728: 5-20.
17. Sood, N., de Vries, H., Gutierrez, I., Lakdawalla, D., Goldman, D. (2009). The effect of regulation on pharmaceutical revenues: experience in nineteen countries. *Health Aff (Millwood)*, 28(1). doi:10.1377/hlthaff.28.1.w125.
18. Stankiewicz, R. (2014). *Model racjonalizacji dostępu do produktu leczniczego*. Warszawa: C.H.Beck.
19. Szydło, M. (2017). *Opinia prawna o projekcie ustawy o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne*. Biuro Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu, druk sejmowy nr 1126, 9 stycznia.
20. Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów (2015). *Streszczenie raportu dotyczącego detalicznej sprzedaży leków*. Warszawa, maj.
21. Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów (2017). Pismo z dnia 5 stycznia, znak: DPR-071-3/17/EU.

22. Warsaw Enterprise Institute (2020). *Polski rynek apteczny. Kluczowe fakty i liczby*. Warszawa, listopad.