ifp instytut finansów publicznych

Opracowanie Instytutu Finansów Publicznych na zlecenie
Związku Pracodawców Aptecznych PharmaNET i Konfederacji Lewiatan

Apteka dla Aptekarza

Skutki regulacji rynku aptecznego w Polsce

dr hab. Michał Bernardelli
dr Konrad Walczyk

Warszawa, 2025 r.

Koordynacja projektu
Patrycja Satora
Agnieszka Grątkiewicz

Korekta
Marta Danowska-Kisiel

Projekt graficzny i skład
Wit Witerski

Warszawa,
30 września 2025 r.

SPIS TREŚCI

Objaśnienie używanych terminów 4

Streszczenie 7

1. Wstęp 11

2. Regulacja rynku aptecznego w Polsce w latach 2002-2024. 15

2.1. Koncesjonowanie działalności aptecznej przed rokiem 2002 15

2.2. Tworzenie aptek w nowym prawie farmaceutycznym 16

2.3. Apteka dla Aptekarza 17

2.4. Obecny stan prawny w zakresie tworzenia aptek ogólnodostępnych. 19

2.5. Spory na gruncie wprowadzenia i stosowania zasady „Apteka dla Aptekarza”. 20

3. Rynek apteczny w Polsce w latach 1991-2025 22

3.1. Obecna struktura rynku 22

3.2. Rozwój rynku przed rokiem 2017. 23

3.3. Przyczyny spadku liczby aptek po roku 2017 26

4. Mechanizm działania „Apteki dla Aptekarza”. 31

4.1. Kryterium ludnościowe. 31

4.2. Ograniczenia geograficzne 35

4.3. Ograniczenia ilościowe. 35

5. Efektywność ekonomiczna podmiotów aptecznych 38

6. Ocena skutków regulacji AdA. 43

7. Prognoza liczby aptek 46

8. Podsumowanie 57

Literatura. 59

OBJAŚNIENIE UŻYWANYCH TERMINÓW

apteka ogólnodostępna (*lub* apteka)

placówka ochrony zdrowia publicznego, w której osoby uprawnione sprawują opiekę farmaceutyczną, świadczą usługi farmaceutyczne i wykonują przepisane zadania zawodowe (art. 86 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 686, z 2025 r. poz. 129, dalej upf)

inny artykuł dopuszczony do obrotu w aptekach

suplement diety, produkt kosmetyczny inny niż przeznaczony do perfumowania lub upiększania, środek higieniczny, przedmiot do pielęgnacji niemowląt i chorych, środek spożywczy zawierający w swoim składzie farmakopealne naturalne składniki pochodzenia roślinnego, środek dezynfekcyjny stosowany w medycynie, produkt biobójczy służący do utrzymywania higieny człowieka oraz repelent lub atraktant służący w sposób bezpośredni lub pośredni do utrzymywania higieny człowieka

lek apteczny

produkt leczniczy sporządzony w aptece zgodnie z recepturą farmakopealną, przeznaczony do wydania w tej aptece (art. 2 pkt 10 upf)

lek gotowy

produkt leczniczy wprowadzony do obrotu pod określoną nazwą i w określonym opakowaniu (art. 2 pkt 11 upf)

lek OTC

lek gotowy, wydawany bez recepty (*over-the-counter*)

lek recepturowy

produkt leczniczy sporządzony w aptece na podstawie recepty lekarskiej (art. 2 pkt 12 upf)

opieka farmaceutyczna

świadczenie zdrowotne udzielane przez farmaceutę i stanowiące dokumentowany proces, w którym farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem prowadzącym leczenie pacjenta, a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwa nad prawidłowym przebiegiem indywidualnej farmakoterapii, obejmujące:

- prowadzenie konsultacji farmaceutycznych;
- wykonywanie przeglądów lekowych wraz z oceną farmakoterapii, z uwzględnieniem problemów lekowych pacjenta;
- opracowywanie indywidualnego planu opieki farmaceutycznej, z uwzględnieniem problemów lekowych pacjenta;
- wykonywanie określonych badań diagnostycznych;

- wystawianie recept w ramach kontynuacji zlecenia lekarskiego (art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 676, 1897, dalej uzf).

podmiot apteczny (przedsiębiorstwo apteczne, przedsiębiorca apteczny)

osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, a której ustawa przyznaje zdolność prawną, wykonująca działalność gospodarczą, polegającą na prowadzeniu apteki

produkt leczniczy

substancja lub mieszanina substancji, przedstawiana jako posiadająca właściwości zapobiegania lub leczenia chorób występujących u ludzi lub zwierząt lub podawana w celu postawienia diagnozy lub w celu przywrócenia, poprawienia lub modyfikacji fizjologicznych funkcji organizmu poprzez działanie farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne (art. 2 pkt 32 upf)

punkt apteczny

placówka ochrony zdrowia publicznego, w której osoby uprawnione dokonują sprzedaży detalicznej produktów leczniczych z wyłączeniem niektórych leków, w tym należących do grupy leków bardzo silnie działających, psychotropowych i narkotycznych

rynek apteczny

rynek obrotu detalicznego produktami leczniczymi, wyrobami medycznymi i innymi artykułami dopuszczonymi do obrotu w aptekach i punktach aptecznych oraz odpłatnego świadczenia innych usług farmaceutycznych i sprawowania opieki farmaceutycznej. Tak rozumiany rynek apteczny nie obejmuje: aptek szpitalnych, zakładowych i działów farmacji szpitalnej

sieć apteczna

co najmniej 5 aptek znajdujących się pod kontrolą jednego podmiotu aptecznego lub grupy kapitałowej, której jest członkiem

środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego

środek spożywczy, który ze względu na specjalny skład lub sposób przygotowania wyraźnie różni się od środków spożywczych powszechnie spożywanych i zgodnie z informacją zamieszczoną na opakowaniu jest wprowadzany do obrotu z przeznaczeniem do zaspokajania szczególnych potrzeb żywieniowych osób, których procesy trawienia i metabolizmu są zachwiane lub które ze względu na specjalny stan fizjologiczny mogą odnieść szczególne korzyści z kontrolowanego spożycia określonych substancji zawartych w żywności, oraz zdrowych niemowląt i małych dzieci w wieku od roku do 3 lat (art. 3 ust. 3 pkt 43 ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia, t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1448, dalej ubzz)

usługi farmaceutyczne

usługi polegające na:

- wydawaniu z apteki lub punktu aptecznego produktów leczniczych, wyrobów medycznych oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego;
- sporządzaniu produktów leczniczych, połączonym z oceną ich jakości;
- udzielaniu porady farmaceutycznej w celu zapewnienia prawidłowego stosowania produktu leczniczego, wyrobu medycznego lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego;
- przeprowadzaniu wywiadu farmaceutycznego;

- wykonywaniu pomiaru ciśnienia krwi (art. 4 ust. 3 uzf);
- monitorowaniu procesu leczenia farmakologicznego stałych pacjentów apteki;
- doradztwie w samolecznictwie farmakologicznym pacjentów, opartym na produktach wydawanych bez recepty (art. 86 ust. 2b upf);
- wykonywaniu szczepień ochronnych (art. 86 ust. 8a upf);
- wykonywaniu innych czynności, o ile tak rozporządzi minister właściwy ds. zdrowia (art. 86 ust. 9 upf).

wyrób medyczny

narzędzie, aparat, urządzenie, oprogramowanie, implant, odczynnik, materiał lub inny artykuł przewidziany przez producenta do stosowania, pojedynczo lub łącznie, u ludzi do co najmniej jednego z następujących szczególnych zastosowań medycznych:

- diagnozowanie, profilaktyka, monitorowanie, przewidywanie, prognozowanie, leczenie lub łagodzenie choroby;
- diagnozowanie, monitorowanie, leczenie, łagodzenie lub kompensowanie urazu lub niepełnosprawności;
- badanie, zastępowanie lub modyfikowanie budowy anatomicznej lub procesu lub stanu fizjologicznego lub chorobowego;
- dostarczanie informacji poprzez badanie *in vitro* próbek pobranych z organizmu ludzkiego, w tym pobranych od dawców narządów, krwi i tkanek, i który nie osiąga swojego zasadniczego przewidzianego działania środkami farmakologicznymi, immunologicznymi lub metabolicznymi w ludzkim ciele lub na nim, ale którego działanie może być wspomagane takimi środkami. Za wyroby medyczne uznaje się również wyroby do celów kontroli poczęć lub wspomagania poczęcia, produkty specjalnie przeznaczone do czyszczenia, dezynfekcji lub sterylizacji wyrobów medycznych oraz ich wyposażenie (art. 2 pkt 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia nr 178/2002 i rozporządzenia nr 1223/2009 oraz uchylenia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG, Dz.U. L 117).

STRESZCZENIE

1. **Niniejsze opracowanie opisuje skutki hipotetycznej deregulacji rynku aptecznego w Polsce, na podobieństwo przeprowadzonej we Włoszech. Deregulacja miałaby polegać na zniesieniu ograniczeń wprowadzonych ustawami z 2017 i 2023 r., określonych jako „Apteka dla Aptekarza" (AdA), z wyjątkiem geograficznych i demograficznych. Przyjęto perspektywę 15-letnią (do 2040 r.) i zaproponowano pięć wariantów deregulacji, różniących się limitem liczby aptek, które mogłyby być kontrolowane przez jeden podmiot (zob. pkt 6 niżej).**
2. W okresie od 1 stycznia 1993 r. do 1 października 2002 r. rynek apteczny w Polsce był w zasadzie otwarty. Prowadzenie apteki wymagało uzyskania koncesji, ale mógł ją w gruncie rzeczy otrzymać każdy podmiot pod warunkiem zatrudnienia w roli jej kierownika farmaceuty uprawnionego do wykonywania zawodu aptekarza oraz spełnienia wymagań dotyczących środków farmaceutycznych, wyrobów medycznych, dokumentacji i ewidencji prowadzonych w aptece. W latach 2002-2024 rynek apteczny został poddany postępującej regulacji, polegającej na stopniowym ograniczaniu możliwości wejścia, rozwoju i wyjścia z rynku. W jej rezultacie apteka ogólnodostępna może być obecnie prowadzona tylko na podstawie wydanego zezwolenia. Zezwolenie mogą uzyskać wyłącznie farmaceuci posiadający prawo wykonywania zawodu, prowadzący jednoosobową działalność gospodarczą oraz spółki jawne i partnerskie, których przedmiotem działalności jest wyłącznie prowadzenie aptek i w których wspólnikami (partnerami) są wyłącznie farmaceuci posiadający prawo wykonywania zawodu. Prowadzącym aptekę ogólnodostępną nie wolno m.in. łączyć obrotu detalicznego z obrotem hurtowym i pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi (w tym również poprzez podmioty powiązane), ich wytwarzaniem i importem oraz działalnością leczniczą; otwierać nowych aptek, nabywać aptek (jako zorganizowanych części przedsiębiorstwa), jeśli prowadzą samodzielnie lub w powiązaniu z innymi podmiotami, więcej niż 1% aptek ogólnodostępnych na terenie województwa lub co najmniej 4 apteki ogólnodostępne (w skali kraju); przejmować kontroli nad podmiotami aptecznymi, jeśli prowadzą samodzielnie lub w powiązaniu z innymi podmiotami co najmniej 4 apteki ogólnodostępne (w skali kraju) lub jeżeli w wyniku przejęcia kontroli prowadziliby, samodzielnie lub w powiązaniu z innymi podmiotami, więcej niż 4 apteki ogólnodostępne (w skali kraju); zakładać kolejną aptekę ogólnodostępną, jeśli liczba mieszkańców w danej gminie, w przeliczeniu na jedną aptekę ogólnodostępną, jest mniejsza niż 3000 osób, a odległość od miejsca planowanej lokalizacji apteki ogólnodostępnej do najbliższej funkcjonującej apteki ogólnodostępnej wynosi mniej niż 500 metrów.
3. Według Rejestru Aptek obecnie (stan na 10 października 2025 r.) w Polsce działa 11 171 aptek ogólnodostępnych i 1103 punkty apteczne, tj. łącznie 12 274 placówki sprzedaży detalicznej produktów leczniczych. Na 100 tys. ludności przypada obecnie (stan na 30 czerwca 2025 r.) 30 aptek, czyli mniej niż przeciętnie w Unii Europejskiej (33,2), trzykrotnie mniej niż

w Grecji, w której wartość tego wskaźnika jest najwyższa w Europie (100,8), i ponad trzykrotnie więcej niż w Danii (wskaźnik najniższy w Europie).

4. Do roku 2017 rozwój ilościowy rynku aptecznego w Polsce był bardzo dynamiczny. W latach 1991-2017 każdego roku przybywało średnio niemal 500 aptek ogólnodostępnych. Wzrost przybrał na sile w latach 2001-2012. Między rokiem 2002, w którym weszło w życie nowe prawo farmaceutyczne, a rokiem 2017 liczba aptek na 100 tys. ludności wzrosła z 16,1 do 35,7, a liczba punktów aptecznych na 100 tys. ludności wiejskiej z 1,3 do 8,9. Wzrost ten wynikał m.in. z rzeczywistych potrzeb ludności, zmiany stylu życia, ale też rosnącego popytu kreowanego przez producentów leków za pomocą akcji promocyjnych, zachęt finansowych dla lekarzy czy poszerzania gamy produktowej. Do wzrostu liczby aptek przyczyniły się również względna łatwość i niski koszt założenia apteki oraz ułatwienia w zakresie uzyskiwania kwalifikacji do kierowania apteką. Z chwilą wejścia w życie „Apteki dla Aptekarza" rynek był najprawdopodobniej bliski poziomowi nasycenia, na co wskazuje gasnące tempo przyrostu liczby aptek. Po wprowadzeniu w 2017 r. „Apteki dla Aptekarza" liczba działających aptek i punktów aptecznych zaczęła spadać – liczba aptek ogólnodostępnych zmniejszyła się w okresie 1 stycznia 2018 r. – 10 września 2025 o ponad 2600, a liczba punktów aptecznych o 265. Liczba aptek na 100 tys. ludności zmalała w latach 2017-2024 z 35,7 do 30,9, a liczba punktów aptecznych na 100 tys. ludności wiejskiej z 8,9 do 7,4.

5. Bezpośrednim i głównym skutkiem ograniczeń w prowadzeniu działalności aptecznej, wprowadzonych w latach 2017 i 2023, był spadek liczby nowo tworzonych i przejmowanych aptek, a w konsekwencji spadek liczby aptek działających na polskim rynku. Wbrew deklarowanym celom, AdA obniżyła zdolność, zwłaszcza małych podmiotów aptecznych do konkurowania na rynku. Regulacja nie podniosła również stopnia konkurencji na rynku aptecznym. AdA nie wzmocniła też pozycji negocjacyjnej aptek w relacjach z hurtownikami i producentami leków, którzy utrzymują asymetrycznie dużą przewagę negocjacyjną, z uwagi na wysoką koncentrację hurtowego rynku farmaceutycznego. Skutkiem zmniejszonego dostępu do aptek i produktów leczniczych oraz osłabienia pozycji negocjacyjnej aptek względem hurtowni farmaceutycznych i producentów jest wzrost cen leków nierefundowanych i wydawanych bez recepty. Skutkiem ograniczeń wprowadzonych w 2023 r. jest także spadek wartości przedsiębiorstw działających na tym rynku.

6. W opracowaniu „Apteka dla aptekarza. Skutki regulacji aptecznego rynku farmaceutycznego" zaproponowano hipotetyczne zniesienie większości ograniczeń wprowadzonych ustawami z lat 2017 i 2023. Zbadano pięć jej wariantów (scenariuszy):

    a. w wariancie 1. liczba aptek, kontrolowanych przez jeden podmiot, nie może przekroczyć 10% całkowitej liczby aptek w województwie i zniesione zostają wszystkie ograniczenia antykoncentracyjne wprowadzone przez AdA, z wyjątkiem demograficzno-geograficznych;
    b. scenariusz 2. różni się od scenariusza 1. tylko wysokością limitu, który wynosi 20%;
    c. scenariusz 3. – jak scenariusz 1. z tą różnicą, że limit wynosi 30%;
    d. scenariusz 4. (uwolnienie rynku) – zniesienie wszelkich ograniczeń w zakresie udzielania zezwoleń na prowadzenie działalności aptecznej z wyjątkiem kryteriów demograficzno-geograficznych. W zakresie konkurencji rynek apteczny podlega jedynie ogólnemu prawu ochrony konkurencji;
    e. scenariusz 5. – brak jakichkolwiek zmian w przepisach obecnie regulujących funkcjonowanie rynku aptecznego w Polsce.

Obliczono, że gdyby rozwój rynku aptecznego postępował zgodnie z przyjętymi założeniami, a limit liczby aptek, jakie może kontrolować jeden podmiot apteczny w skali województwa, zostałby zniesiony (scenariusz 4.), wówczas całkowity przyrost liczby aptek ogólnodostępnych w Polsce do 2040 r. wyniósłby 2024 (18%). Gdyby limit ten wyniósł 20%, to całkowity przyrost liczby aptek do 2040 r. wyniósłby 661 (5,9%). Jeśli zaś obecny porządek prawny zostanie utrzymany (scenariusz 5.), to liczba aptek zmniejszy się do 2040 r. o niemal 750 (6,7%, tab. I niżej). Jest to wynikiem nakładania się na siebie dwóch tendencji: malejącej liczby ludności Polski i dążenia do nasycenia rynku w warunkach reglamentacji działalności aptecznej. W scenariuszach 1-4. tendencje te są przeciwstawne – częściowo lub całkowicie zniesione ograniczenia w uzyskiwaniu zezwoleń na prowadzenie aptek umożliwiają rozwój rynku w stopniu uzależnionym od tempa spadku liczby mieszkańców kraju.

W przypadku utrzymania w mocy przepisów obowiązujących obecnie tendencje te wzmacniają się – spadek liczby ludności zmniejsza opłacalność prowadzenia aptek na obszarach wyludniających się, a geograficzno-demograficzne warunki udzielania zezwoleń powodują, że tworzenie nowych aptek w miejsce likwidujących się przestaje być możliwe. Oszacowano ponadto maksymalną liczbę aptek oraz aptek ogólnodostępnych i punktów aptecznych należących do sieci, w latach 2025-2040, wg poszczególnych scenariuszy. We wszystkich scenariuszach liczba aptek działających w sieci rosłaby do roku 2040; najbardziej w scenariuszu 4., o ponad 5832, tj. niemal dwukrotnie. Stopień usieciowienia rynku wzrósłby wówczas do 90%. W scenariuszach 1-3. liczba aptek sieciowych do roku 2040 wzrosłaby o, odpowiednio: 2191 (35,9%), 3405 (55,8%) i 4618 (75,6%), a stopień usieciowienia rynku w 2040 r. sięgnąłby, odpowiednio: 62,6%, 71,7% i 80,9%. Najmniejszy przyrost liczby aptek sieciowych miałby miejsce w scenariuszu 5. – sięgnąłby 421, tj. 6,9%. Wzrost stopnia usieciowienia rynku w tym scenariuszu (z 52,3% do 62,3% w 2040 r.) wynika ze spadku liczby aptek niesieciowych.

Tabela I. Syntetyczne zestawienie wyników prognoz wg scenariuszy (zmiana między rokiem 2025 a 2040)

	x = 10%	*x* = 20%	*x* = 30%	*x* = 40%	*x* = 1%
przyrost liczby aptek	279	661	1508	2024	-749
przyrost liczby aptek sieciowych	2191	3405	4618	5832	421
stopień usieciowienia rynku	62,6%	71,7%	80,9%	90%	62,3%
liczba sieci	248	256	265	276	242

Źródło: opracowanie własne.

7. **Podsumowując, „Apteka dla Aptekarza" spowodowała spadek liczby aptek działających w Polsce, a w konsekwencji ograniczenie dostępności leków. Zmniejszyła ona bezpieczeństwo lekowe ludności, nie poprawiając sytuacji małych podmiotów aptecznych. „Apteka dla Aptekarza" jest przykładem zbędnej regulacji, która zakłóciła normalne funkcjonowanie rynku, nie przynosząc żadnych (spodziewanych) pozytywnych efektów. Naruszając swobodne działania rynku, AdA doprowadziła do ubytku dobrobytu społecznego. Z prognozy skutków hipotetycznej deregulacji rynku aptecznego w Polsce wynika, że nawet gdyby znieść wszelkie kryteria udzielania zezwoleń na prowadzenie**

apteki nie doszłoby do ograniczenia konkurencji rynkowej, a rynek osiągnąłby naturalny poziom nasycenia, uwarunkowany przede wszystkim (spadającą) liczbą ludności Polski. Deregulacja jest pożądana, bowiem umożliwiłaby rozwój sieci aptecznych, które – jak wynika z badań – oferują szerszy asortyment towarów po niższej cenie, są ekonomicznie sprawniejsze i świadczą usługi farmaceutyczne wyższej jakości.

1.
WSTĘP

Apteka jest elementem systemu ochrony zdrowia publicznego, a jej podstawowym zadaniem jest zaopatrywanie ludności w leki. Uzasadnia się tym poddanie przez państwo rynku aptecznego regulacji i wyznacza zasadnicze kryterium oceny sprawności jego działania.

W tradycyjnej teorii regulacji ingerencja państwa w rynek jest uzasadniana interesem publicznym. W jego obrębie mieści się zdrowie obywateli. Ograniczenie swobody działalności gospodarczej w zakresie tworzenia i prowadzenia aptek tłumaczy się koniecznością zapewnienia odpowiedniego zaopatrzenia ludności w leki. Życie i zdrowie człowieka są bowiem jednymi z najważniejszych dóbr społecznych i jako takie powinny być objęte ochroną przez państwo. Trybunał Sprawiedliwości UE niejednokrotnie uznał, że ochrona ta ma znaczenie nadrzędne wobec swobód wspólnotowych, przyjmując za uzasadnioną obawę, iż osoba prowadząca aptekę bez odpowiednich kwalifikacjach naraża zdrowie publiczne na szwank[1]. Uznał zarazem, iż dążąc do zapewnienia tej ochrony, państwo powinno stosować środki *służące* temu celowi i *współmierne* do niego. Na wagę adekwatności kształtu regulacji zwrócił uwagę m.in. Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, stwierdzając, 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 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].

Nie wykształcił się dotąd model regulacji rynku aptecznego, który zostałby powszechnie przyjęty. Przeciwnie, odmienne uregulowanie kwestii takich jak:

- rozlokowanie aptek i punktów aptecznych wg określonych kryteriów (geograficznych, demograficznych i in.);
- ograniczenie swobody podejmowania (licencjonowanie) działalności aptecznej;
- integracja pionowa i pozioma podmiotów aptecznych;
- organizacja pracy apteki;
- wymagania odnośnie do zatrudnionego personelu;
- wymagania techniczne dotyczące pomieszczeń aptecznych;

1 Zob. np. wyroki w sprawach: C-531/06, C-171/07 i C-172/07, C-570/07 i C-571/07.

- asortyment i ceny produktów w sprzedaży i usług świadczonych w aptekach;
- wymagania dotyczące prowadzenia dokumentacji i ewidencji;
- wymagania jakościowe;
- promocja usług aptecznych;
- nadzór nad działalnością aptek;
- warunki udzielania wsparcia finansowego podmiotom aptecznym;

wytworzyło w każdym kraju swoistą architekturę regulacyjną.

Z raportu Światowej Organizacji Zdrowia [2019] nt. regulacji sektora aptecznego w 49 krajach Europy i Azji wynika, że w latach 2017 i 2023 przeprowadzono w Polsce jedną z najbardziej restrykcyjnych regulacji sektora aptecznego. W ciągu ostatnich 30 lat tylko trzy inne państwa (spośród zbadanych): Dania, Estonia i Węgry zaostrzyły prawo regulujące ten rynek [WHO, 2019]. Jednocześnie w kilku krajach, m.in. w: Islandii (w 1996 r.), Hiszpanii (2000), Norwegii (2001), Niemczech (2004), Portugalii (2004 i 2007), Szwecji (2009), Słowacji (2010) i Włoszech (2017), zasady działania aptek zostały zliberalizowane [Anell, 2005; Vogler, 2014; Wisell i in., 2015]. Deregulację rozważa się w Słowenii [*SMC files* …, 2021]. Poza Europą rynek apteczny zliberalizowano m.in. w Argentynie i Korei Południowej.

Z badań wynika, że złagodzenie przepisów regulujących funkcjonowanie tego sektora spowodowało wzrost liczby aptek, zarówno indywidualnych, jak i sieciowych, i nasilenie się konkurencji, prowadzące do pogorszenia się sytuacji ekonomicznej mniej efektywnych podmiotów aptecznych. Towarzyszył mu rozwój sieci aptecznych, zwiększenie stopnia integracji poziomej i koncentracji rynku, dostępności produktów leczniczych, zwłaszcza OTC, oraz nadwyżki ekonomicznej ich konsumentów. W kwestii zmian cen leków, wyników finansowych podmiotów aptecznych i jakości świadczonych usług, rezultaty badań są niejednoznaczne [m.in. Schaumans i Verboven, 2008; Vogler i in., 2012; Vogler i in., 2014; Sävlind, 2015; Nilsson, 2017; Lábaj i in., 2018; Písek i Pícha, 2018; Wisell, 2019; Aue, 2020; Jo i in., 2022; Pagano i in., 2022; Bilka i in., 2024; Rose i Mazzulla, 2023].

Liberalizacja we Włoszech następowała w istocie stopniowo. Ustawą nr 248 z dnia 4 sierpnia 2006 r. wprowadzono możliwość pozaaptecznej sprzedaży leków OTC pod warunkiem, że będzie ona odbywała się w obecności farmaceuty. Zwiększono również, z 1 do 4, liczbę aptek w prowincji[2], których właścicielem może być spółka osobowa założona przez farmaceutów. W 2007 r. (ustawa nr 296/07 z dnia 27 grudnia 2006 r.) uwolniono ceny leków OTC, a w 2012 r. (ustawa nr 27 z dnia 24 marca) obniżono limit liczby mieszkańców gminy przypadających na jedną aptekę, z 5000 (w przypadku gmin o liczbie ludności do 12 500 osób) i 4000 (w pozostałych) do 3300 mieszkańców (bez względu na wielkość zaludnienia)[3], którego przekroczenie uniemożliwiało utworzenie kolejnej apteki. Zarazem umożliwiono podmiotom aptecznym swobodne ustalanie godzin pracy apteki [Gallone i in., 2020, s. 1282]. Ustawa nr 124 z dnia 4 sierpnia 2017 r. o rynku i konkurencji przyznała prawo:

- uczestniczenia w spółce osobowej prowadzącej aptekę osobom niebędącym farmaceutami;
- prowadzenia apteki spółkom kapitałowym.

2 Prowincja we Włoszech to jednostka administracyjna szczebla NUTS-3. Jest ich 107. Polskim odpowiednikiem jest podregion, których jest 73.

3 Utrzymano zakaz lokowania aptek w odległości mniejszej niż 200 m od miejsca położenia apteki już istniejącej.

W przypadku gdy właścicielem lub współwłaścicielem apteki nie jest farmaceuta, na właściciela nałożono obowiązek zatrudnienia farmaceuty na stanowisku jej kierownika. Ponadto, zakazano łączenia uczestnictwa w spółce kapitałowej prowadzącej aptekę z:

- wykonywaniem jakiegokolwiek zawodu medycznego;
- działalnością w zakresie produkcji leków;
- pełnieniem funkcji właściciela, współwłaściciela, kierownika lub pracownika apteki nienależącej do tejże spółki;
- wykonywaniem jakiejkolwiek innej pracy w stosunku pracy.

Ustawa nr 124 zniosła również limit 4 aptek (w prowincji), które mogły należeć do jednego właściciela. W zamian wprowadziła zakaz sprawowania bezpośredniej lub pośredniej kontroli nad więcej niż 20% aptek działających w regionie[4] lub prowincji autonomicznej. Wskutek reformy nastąpiła integracja pozioma i pionowa przedsiębiorstw aptecznych poprzez rozwój sieci aptecznych, w tym sieci wirtualnych[5], z dominującą rolą głównych uczestników hurtowego rynku farmaceutycznego i dużych inwestorów kapitałowych. Dwa lata po deregulacji sieci apteczne i tzw. silne sieci wirtualne (o charakterze sieci franczyzowych) skupiały 12,6% ogółu aptek, z 13-proc. łącznym udziałem w rynku. Szacowano wówczas, że w 2021 r. liczba aptek, które przystąpią do tych sieci, zwiększy się niemal trzykrotnie, a ich udział w rynku blisko czterokrotnie [Gallone i in., 2022, s. 1285]. Prognozy te okazały się przeszacowane. W 2023 r. w sieciach działało 16% aptek, rok później 20% i ocenia się obecnie, że do końca 2026 r. stopień usieciowienia rynku wzrośnie do 26% [L'identikit …, 2025].

Głównym celem niniejszego opracowania jest ocena, jak hipotetyczna deregulacja rynku aptecznego w Polsce, na podobieństwo przeprowadzonej we Włoszech, wpłynęłaby na ten rynek. Za kryterium oceny przyjęto bezpieczeństwo lekowe i efektywność ekonomiczną rozumianą jako maksymalizacja dobrobytu społecznego.

Skutki deregulacji są persystentne, tzn. ich skutki rozciągają się w długim okresie. Wynika to stąd, iż procesy rynkowe i biznesowe takie jak koncentracja czy konsolidacja, przekształcenia własnościowe, restrukturyzacja i reorganizacja, walka konkurencyjna, poszukiwanie źródeł przewag (kosztowej, jakościowej i in.), dostosowania do zmieniającego się otoczenia nie następują gwałtownie, lecz wymagają czasu. Przyjęto więc perspektywę 15-letnią (do 2040 r.), uznając ją za dostatecznie długą dla wygaśnięcia zmian dostosowawczych na skutek tej hipotetycznej deregulacji. Polega ona na zniesieniu ograniczeń wprowadzonych ustawami z lat 2017 i 2023, określanymi w publicystyce jako „Apteka dla Aptekarza" (AdA), z wyjątkiem geograficznych i demograficznych[6]. Zbadanych zostanie pięć jej wariantów (scenariuszy):

- w wariancie 1. liczba aptek, kontrolowanych przez jeden podmiot, nie może przekroczyć 10% całkowitej liczby aptek w województwie i zniesione zostają wszystkie ograniczenia antykoncentracyjne, wprowadzone przez AdA, z wyjątkiem geograficznych i demograficznych;
- scenariusz 2. różni się od scenariusza 1. tylko wysokością limitu, który wynosi 20%;

4 We Włoszech region jest jednostką szczebla NUTS-2, odpowiednikiem polskiego województwa. Terytorium Włoch jest podzielone na 20 regionów.

5 Siecią wirtualną na aptecznym rynku farmaceutycznym jest porozumienie między niezależnymi (tj. niepowiązanymi kapitałowo lub osobowo) aptekami, na mocy którego niektóre procesy biznesowe, głównie zaopatrzenie i działania promocyjne, są realizowane przez wyznaczony podmiot w imieniu i na rzecz stron porozumienia. Przystąpienie do sieci wirtualnej umożliwia obniżenie kosztów przeciętnych i uzyskanie przewagi konkurencyjnej.

6 Zostały one opisane w rozdziale 2.

- scenariusz 3. – jak scenariusz 1. z tą różnicą, że limit wynosi 30%;
- scenariusz 4. (uwolnienie rynku) – zniesienie wszelkich ograniczeń w zakresie udzielania zezwoleń na prowadzenie działalności aptecznej z wyjątkiem kryteriów demograficzno-geograficznych. W zakresie konkurencji rynek apteczny podlega jedynie ogólnemu prawu ochrony konkurencji;
- scenariusz 5. – brak jakichkolwiek zmian w przepisach obecnie regulujących funkcjonowanie rynku aptecznego w Polsce.

2.
REGULACJA RYNKU APTECZNEGO W POLSCE W LATACH 2002-2024

2.1. Koncesjonowanie działalności aptecznej przed rokiem 2002

W okresie od 1 stycznia 1993 r. do 1 października 2002 r. rynek apteczny w Polsce był w zasadzie otwarty. Wprawdzie podjęcie i prowadzenie detalicznego obrotu produktami leczniczymi wymagało uzyskania koncesji, ale mógł ją w gruncie rzeczy otrzymać każdy podmiot pod warunkiem zatrudnienia w aptece w roli jej kierownika 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 wydawania opinii w postępowaniu koncesyjnym, jednak nie była ona wiążąca dla organu koncesjonującego (wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego).

Poza aptekami obrót detaliczny produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w ograniczonym asortymencie mogły prowadzić również: sklepy zielarskie, zielarsko-medyczne i zielarsko-drogeryjne, sklepy specjalistyczne zaopatrzenia medycznego, sklepy ogólnodostępne oraz punkty apteczne (§ 1 ust. 1 zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 10 marca 1993 r. w sprawie obrotu detalicznego środkami farmaceutycznymi i materiałami medycznymi poza aptekami, M.P. z 1993 r. Nr 19, poz. 186). Prowadzącym sklep zielarski lub zielarsko-drogeryjny mógł być wyłącznie farmaceuta, technik farmaceutyczny, technik drogista lub osoba posiadająca kwalifikacje nabyte po odpowiednim przeszkoleniu, zaś prowadzącym punkt apteczny powinien być technik farmaceutyczny posiadający co najmniej 5-letni staż pracy w aptece (§ 6 ww. zarządzenia MZiOS). Punkty apteczne spełniające te warunki mogły prowadzić

działalność nie dłużej niż do końca 1997 r. W sierpniu 1994 r. przedłużono ten termin do końca 2002 r. i nieznacznie zmieniono kryteria, jakie musiała spełniać osoba prowadząca placówki obrotu pozaaptecznego.

2.2. Tworzenie aptek w nowym prawie farmaceutycznym

W latach 2002-2024 rynek apteczny został poddany postępującej regulacji, polegającej na stopniowym ograniczaniu możliwości wejścia na niego, rozwoju na nim i wyjścia z niego. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381), obowiązująca od 1 października 2002 r., utrzymując dotychczasowe przesłanki uzyskania i utraty uprawnienia do prowadzenia apteki ogólnodostępnej (art. 99 ust. 3 upf), wprowadziła dwa zakazy ograniczające działalność na rynku. 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 – farmaceuta mógł uzyskać wyłącznie jedno zezwolenie na prowadzenie apteki ogólnodostępnej (art. 99 ust. 5 upf). Jeszcze przed wejściem w życie ustawy przepis ten zmieniono, zakazując wydania zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej, jeśli wnioskujący o nie prowadził więcej niż 10% aptek ogólnodostępnych lub był przedsiębiorcą zależnym od takiego podmiotu albo członkiem grupy kapitałowej prowadzącej więcej niż 10% aptek ogólnodostępnych (art. 99 ust. 3 pkt 2 i 3 upf). W 2004 r. ograniczenie to zaostrzono, obniżając próg koncentracji do 1% w odniesieniu do województwa i rozszerzając wyłączenie prawa do uzyskania zezwolenia na podmioty kontrolujące, bezpośrednio lub pośrednio, więcej niż 1% aptek na terenie województwa. Po trzecie, zaostrzono przepisy wykluczające z rynku podmioty naruszające zasady prowadzenia aptek i przepisy penalizujące prowadzenie obrotu bez wymaganego zezwolenia.

Ustawa Prawo farmaceutyczne z 2001 r. wprowadziła ponadto wymóg uzyskania zezwolenia na prowadzenie punktu aptecznego i szereg innych wymagań analogicznych do ciążących na podmiotach aptecznych, w tym zakaz integracji pionowej (łączenia prowadzenia punktu aptecznego z prowadzeniem hurtowni farmaceutycznej lub pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi) i regułę antykoncentracyjną, określoną w powołanym art. 99 ust. 2 i 3 upf (art. 70 ust. 4 upf). W odróżnieniu jednak od aptek ogólnodostępnych punkt apteczny może prowadzić każda osoba fizyczna, prawna lub spółka prawa handlowego niemająca osobowości prawnej pod warunkiem zatrudnienia na stanowisku kierownika punktu aptecznego farmaceuty z rocznym stażem lub technika farmaceutycznego, posiadającego trzyletni staż pracy w aptekach ogólnodostępnych (art. 70 ust. 2 i 2a upf). Zgodnie z art. 70 ust. 3 upf, punkty apteczne tworzone po dniu wejścia w życie ustawy (od 1 października 2002 r.) mogą być usytuowane jedynie na terenach wiejskich, jeżeli na terenie danej wsi nie jest prowadzona apteka ogólnodostępna. Rozszerzono zarazem gamę produktów leczniczych, które mogą być sprzedawane w punktach aptecznych, wyłączając z niej niektóre leki, w tym bardzo silnie działające, psychoaktywne (z wyjątkiem OTC) i narkotyczne. W ten sposób punkty apteczne stały się uzupełniającym elementem obrotu pro-

duktami leczniczymi, bliższym aptekom ogólnodostępnym niż innym placówkom obrotu pozaaptecznego, w odniesieniu do których nowe prawo farmaceutyczne nic istotnego nie zmieniło.

2.3. Apteka dla Aptekarza

Nowelizacja prawa farmaceutycznego z 2017 r. (ustawa z dnia 7 kwietnia 2017 r. o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne, Dz. U. z 2017 r. poz. 1015)[7], wprowadzająca w życie zasady określane w publicystyce jako „Apteka dla Aptekarza" (AdA 1.0), znacznie ograniczyła dostęp i uczestniczenie w rynku. Przede wszystkim prawo do prowadzenia apteki ogólnodostępnej przyznano wyłącznie farmaceutom uprawnionym do wykonywania zawodu (działającym samodzielnie bądź w spółce jawnej lub partnerskiej). Zacieśniono kryterium ilościowe udzielania zezwoleń, uniemożliwiając podmiotom, które prowadzą lub kontrolują, bezpośrednio albo pośrednio, co najmniej cztery apteki ogólnodostępne, bądź też należą do grupy kapitałowej, której członkowie prowadzą łącznie 4 lub więcej aptek ogólnodostępnych, tworzenie nowych aptek (art. 99 ust. 3a upf) lub nabywanie aptek (art. 104a upf). Wprowadzono również kryterium geograficzno-demograficzne przy udzielaniu zezwoleń, celem kontyngentowania działalności aptek ogólnodostępnych – zezwolenie nie było udzielane, jeżeli w dniu złożenia wniosku o jego wydanie, liczba mieszkańców w danej gminie, w przeliczeniu na jedną aptekę, 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, liczona pomiędzy wejściami do ich izb ekspedycyjnych w linii prostej, wynosiła mniej niż 500 metrów (art. 99 ust. 3b upf). Kryterium geograficzno-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 od spadkobiercy podmiotu posiadającego zezwolenie, a adres apteki nie uległ zmianie (art. 99 ust. 3d upf), albo gdy na odstępstwo od zasady ogólnej – ze względu na ważny interes pacjentów i konieczność zapewnienia im dostępu do produktów leczniczych – wyraził zgodę minister właściwy do spraw zdrowia (art. 99 ust. 3e upf). Zaostrzono ponadto zasadę odłączności obrotu detalicznego od innych segmentów rynku farmaceutycznego (art. 99 ust. 3a pkt 4 upf) i uniemożliwiono uzyskanie zezwolenia na prowadzenie apteki drogą sukcesji generalnej przez podmioty niespełniające warunków do jego otrzymania (art. 99 ust. 2a upf).

Wnioskodawcy projektu nowelizującej ustawy z 2017 r. (grupa posłów) uzasadnili zaostrzenie przepisów regulujących udzielanie zezwoleń na prowadzenie apteki ogólnodostępnej koniecznością zapobieżenia: trudnościom w sprawowaniu prawidłowego nadzoru nad działalnością aptek; monopolizacji rynku; likwidacji małych aptek ogólnodostępnych, 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 praprzyczynę wszelkich nieprawidłowości w funkcjonowaniu

7 Weszła w życie 25 czerwca 2017 r.

aptek i punktów aptecznych”[8]. Argumentowali, że „wyłącznie farmaceuta może, jako właściciel apteki, zagwarantować, że podstawowy cel działania apteki zostanie należycie zrealizowany”[9]. 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, a na poparcie swoich tez wnioskodawcy nie przedstawili jakichkolwiek dowodów. 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. Ograniczenie dostępu do rynku może być, zdaniem UOKiK, szkodliwe dla konkurencji na rynku i spowodować negatywne konsekwencje, w szczególności dla konsumentów leków [UOKiK, 2017, s. 1-4].

Ustawa z 2017 r. choć ograniczyła możliwości rozwoju sieci aptecznych, nie zablokowała go. W szczególności nie uniemożliwiła przejmowania kontroli – w rozumieniu art. 4 pkt 4 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1616 ze zm.) – nad podmiotem prowadzącym aptekę ogólnodostępną. Sześć lat później, ustawą 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), wprowadzono przepisy określane jako AdA 2.0 (obowiązujące od 28 września 2023 r.). Zgodnie z nowym art. 3aa upf, niemożliwe stało się przejęcie kontroli nad podmiotem aptecznym, jeżeli podmiot przejmujący:

- nie jest uprawniony do uzyskania zezwolenia na prowadzenie apteki;
- prowadzi lub kontroluje podmioty prowadzące, albo należy do grupy kapitałowej, której członkowie prowadzą łącznie co najmniej 4 apteki ogólnodostępne. Zakaz ten dotyczy również wspólnika lub partnera spółki będącej podmiotem przejmującym kontrolę;
- jest wspólnikiem (partnerem) w spółce lub spółkach, które prowadzą łącznie co najmniej 4 apteki ogólnodostępne. Zakaz ten dotyczy również wspólnika lub partnera spółki będącej podmiotem przejmującym kontrolę;
- w wyniku przejęcia kontroli nad podmiotem prowadzącym aptekę ogólnodostępną członkowie grupy kapitałowej, do której należy podmiot przejmujący kontrolę, prowadziliby łącznie więcej niż 4 apteki ogólnodostępne.

Ograniczenie to nie dotyczy przejęć w wyniku nabycia spadku. Zakaz ten został obwarowany sankcją cofnięcia zezwolenia (art. 103 ust. 2a upf) i karą pieniężną w wysokości od 50 tys. do 5 mln zł (art. 127cd upf). Należy jednak zaznaczyć, że nie jest możliwe przekazanie apteki przez jej właściciela jego następcy za życia (*inter vivos*). Ograniczenia w prawie dziedziczenia wprowadzono już ustawą nowelizującą z 2017 r. Mianowicie, przysługuje ono następcom prawnym pod warunkiem, że m.in. posiadają prawo wykonywania zawodu farmaceuty, a w wyniku przejęcia apteki nie będą prowadzili, samodzielnie lub w powiązaniu z innymi podmiotami, więcej niż 1% aptek ogólnodostępnych na terenie województwa i 4 apteki ogólnodostępne (w skali

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

9 Tamże, s. 7.

kraju) (art. 104 ust. 1a upf). Następcy prawni mają rok od śmierci właściciela apteki (osoby na rzecz której wydano zezwolenie) na złożenie wniosku o dokonanie zmiany w zezwoleniu co do podmiotu posiadającego zezwolenie i wskazanie osób – jako zezwoleniobiorcę – spełniających ww. warunki. W razie niewystąpienia o dokonanie zmiany w zezwoleniu wygasa ono po upływie terminu na złożenie wniosku (art. 104 ust. 1b upf).

2.4. Obecny stan prawny w zakresie tworzenia aptek ogólnodostępnych

Stan prawny w zakresie tworzenia i prowadzenia aptek ogólnodostępnych na dzień 30 kwietnia 2025 r. przedstawia się następująco. Apteka ogólnodostępna może być prowadzona tylko na podstawie uzyskanego zezwolenia. Zezwolenie mogą uzyskać wyłącznie farmaceuci posiadający prawo wykonywania zawodu, prowadzący jednoosobową działalność gospodarczą oraz spółki jawne i partnerskie, których przedmiotem działalności jest wyłącznie prowadzenie aptek i w których wspólnikami (partnerami) są wyłącznie farmaceuci posiadający prawo wykonywania zawodu[10]. Ponadto, zezwolenie na prowadzenie apteki ogólnodostępnej mogą uzyskać wyłącznie podmioty:

- dające rękojmię należytego jej prowadzenia;
- 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.).

Na podmiocie aptecznym ciąży obowiązek zatrudnienia na stanowisku kierownika apteki osoby o odpowiednich kwalifikacjach i zapewnienia odpowiednich warunków lokalowych.

Prowadzącym aptekę ogólnodostępną nie wolno:

- łączyć obrotu detalicznego z obrotem hurtowym i pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi (w tym również poprzez podmioty powiązane), ich wytwarzaniem i importem oraz działalnością leczniczą;
- otwierać nowych aptek, nabywać aptek (jako zorganizowanych części przedsiębiorstwa), jeśli prowadzą samodzielnie lub w powiązaniu z innymi podmiotami, więcej niż 1% aptek ogólnodostępnych na terenie województwa lub co najmniej 4 apteki ogólnodostępne (w skali kraju);
- przejmować kontroli nad podmiotami aptecznymi, jeśli prowadzą samodzielnie lub w powiązaniu z innymi podmiotami co najmniej 4 apteki ogólnodostępne (w skali kraju) lub jeżeli w wyniku przejęcia kontroli prowadziliby, samodzielnie lub w powiązaniu z innymi podmiotami, więcej niż 4 apteki ogólnodostępne (w skali kraju);

10 Prawo do uzyskania zezwolenia przysługuje również uczelni kształcącej na kierunku farmacja (art. 99 ust. 4 pkt 3 upf) (od 20 kwietnia 2023 r.).

— zakładać kolejną aptekę ogólnodostępną, jeśli liczba mieszkańców w danej gminie, w przeliczeniu na jedną aptekę ogólnodostępną, jest mniejsza niż 3000 osób, a odległość od miejsca planowanej lokalizacji apteki ogólnodostępnej do najbliższej funkcjonującej apteki ogólnodostępnej wynosi mniej niż 500 metrów.

2.5. Spory na gruncie wprowadzenia i stosowania zasady „Apteka dla Aptekarza"

Nowelizacja prawa farmaceutycznego w 2023 r. wywołała spory prawne. Jesienią 2023 r. Konfederacja Lewiatan złożyła skargę do Komisji Europejskiej ws. znowelizowanej w tym samym roku ustawy Prawo farmaceutyczne, podnosząc, iż proces uchwalenia ustawy był niezgodny z zasadą państwa prawnego i nastąpiło naruszenie obowiązku notyfikacji przepisów technicznych, przewidzianego w dyrektywie 2015/1535, oraz że konsekwencjami nowelizacji będzie wywłaszczenie przedsiębiorców aptecznych, dalszy spadek liczby aptek w Polsce i ograniczenie dostępu do leków [*Lewiatan* …, 2023].

W następstwie wprowadzenia przepisów AdA 2.0 w sierpniu 2023 r., grupa podmiotów, w tym jeden z największych i najstarszych funduszy inwestycyjnych na świecie, amerykański Warburg Pincus, notyfikowała naruszenie Traktatu o stosunkach handlowych i gospodarczych między Rzecząpospolitą Polską a Stanami Zjednoczonymi Ameryki z dnia 21 marca 1990 r. (Dz. U. z 1994 r. Nr 97, poz. 467) [Zatoński, 2023]. W dniu 18 lipca 2024 r. formalnie wszczęto spór arbitrażowy pomiędzy Rzeczpospolitą Polską a inwestorami amerykańskimi[11]. W dniu 23 grudnia 2024 r. ukonstytuował się Trybunał Arbitrażowy i rozpoczęta została merytoryczna część sporu inwestycyjnego, który toczy się w oparciu o zasady Międzynarodowe Centrum Rozstrzygania Sporów Inwestycyjnych, ICSID przy Banku Światowym[12].

W dniu 18 września 2024 r. Trybunał Konstytucyjny uznał art. 2 i art. 12 ustawy z dnia 13 lipca 2023 r. o zmianie ustawy o gwarantowanych przez Skarb Państwa ubezpieczeniach eksportowych oraz niektórych innych ustaw za niezgodne z art. 118 ust. 1 i 3 oraz art. 119 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej (sygn. TK 15/23). W toku rozprawy przedstawiciel Prezydenta RP stwierdził, że w rezultacie uzyskania mocy obowiązującej przez ww. przepisy „będzie dochodziło […] *de facto* do wywłaszczenia, nie w *stricte* znaczeniu tej instytucji prawnej prawa polskiego, ale traktat ten przewiduje bardzo szeroką formułę, bo […] w sytuacji cofania zezwoleń i to temu podmiotowi kontrolowanemu, nieprzejmującemu kontrolę, tylko temu poddanemu owemu wpływowi kontrolera podmiotu kontrolującego, cofanie zezwolenia postawi w sytuacji takiego właściciela – nazwijmy – przymusowego wyzbycia się zakazu prowadzenia tej działalności w danym punkcie, przy danym wyposażeniu i wyzbycie się tego substratu majątkowego"[13]. Trybunał wskazał, że ograniczenia w przejmowaniu kontroli nad apteką ogólnodostępną nie były bezpośrednio normatywnie związane z ubezpieczeniami gwarantowanymi przez Skarb Państwa, wspieraniem eksportu czy stworzeniem ram prawnych dla wsparcia projektów, które

11 Warburg Pincus (Cayman) XII GP LLC, Gemini Polska sp. z o.o. and Polish Pharmacies sp. z o.o. v. Republic of Poland (ICSID Case No. ARB(AF)/24/2). https://www.italaw.com/cases/12708. Dostęp: 03.09.2025.

12 Https://icsid.worldbank.org/cases/case-database/case-detail?CaseNo=ARB(AF)/24/2. Dostęp: 03.09.2025.

13 Transkrypcja rozprawy Przed Trybunałem Konstytucyjnym z dnia 18 września 2024 r. w sprawie o sygn. K 15/23: https://ipo.trybunal.gov.pl/ipo/Sprawa?&pokaz=dokumenty&sygnatura=K%2015/23. Dostęp: 03.09.2025.

służą transformacji energetycznej Polski, a tego dotyczyły w istocie przepisy ustawy z 2023 r. Trybunał podkreślił, że poprawki te nie pogłębiły zakresu przedmiotowego ustawy nowelizującej, zaś ich przyjęcie nie było niezbędne do całościowego zrealizowania koncepcji projektu ustawy.

W dniu 25 listopada 2024 r. 16 przedsiębiorców posiadających ponad 170 aptek [*Szkody* …, 2024] złożyło w Sądzie Okręgowym w Warszawie pozew zbiorowy o ustalenie odpowiedzialności Skarbu Państwa za straty poniesione przez podmioty apteczne, spowodowane przez znowelizowane w latach 2017 i 2023 prawo farmaceutyczne, wprowadzające w życie zasadę „Apteka dla Aptekarza". Zdaniem strony powodowej, nowelizacja spowodowała „pełzające wywłaszczenie" właścicieli aptek i drastyczny spadek ich wartości.

Wszystkie te konflikty świadczą, że przepisy określane jako „Apteka dla Aptekarza" wywołują liczne spory prawne i godzą w interesy różnych podmiotów z rynku aptecznego w Polsce. Społeczno-ekonomiczne skutki przyjęcia tej zasady w regulacji rynku aptecznego nie zostały dotąd dostatecznie gruntownie zbadane. Niniejsze opracowanie służy temu celowi. W kolejnym rozdziale pokazano, jak zmienił się rynek apteczny w Polsce po nowelizacji prawa farmaceutycznego w latach 2017 i 2023.

3.
RYNEK APTECZNY W POLSCE W LATACH 1991-2025

3.1. Obecna struktura rynku

Według Krajowego Rejestru Zezwoleń na Prowadzenie Aptek Ogólnodostępnych, Punktów Aptecznych oraz Rejestr Udzielonych Zgód na Prowadzenie Aptek Szpitalnych i Zakładowych, zwanego Rejestrem Aptek, 10 września 2025 r. działało w Polsce 11 171 aptek ogólnodostępnych[14] i 1103 punkty apteczne (status „aktywna"), tj. łącznie 12 274 placówki sprzedaży detalicznej produktów leczniczych. 76 aptek ogólnodostępnych (9 punktów aptecznych) było czasowo nieczynnych, a działalność 175 (23) była zawieszona[15]. W tej liczbie nie mieszczą się 32 apteki ogólnodostępne i 6 punktów aptecznych, które w Rejestrze Aptek mają status „nieaktywna", mimo że zezwolenie nie zostało cofnięte lub wygaszone[16].

Na 100 tys. ludności przypada obecnie (30 czerwca 2025 r.) w Polsce 30 aptek, czyli mniej niż przeciętnie w UE (33,2), trzykrotnie mniej niż w Grecji, w której wartość tego wskaźnika jest najwyższa w Europie (100,8), o połowę mniej niż w Hiszpanii (46,9), której liczba mieszkańców jest niewiele większa niż Polski, i ponad trzykrotnie więcej niż w Danii, w której wartość wskaźnika jest najniższa w Europie [SPA, 2024, s. 17].

---

14 Sześciu z nich cofnięto lub wygaszono zezwolenie na prowadzenie działalności. Mimo to w Rejestrze ich status jest określony jako „aktywna".

15 Dwóm z nich cofnięto lub wygaszono zezwolenie na prowadzenie działalności.

16 Zezwolenie na prowadzenie apteki podlega cofnięciu, jeżeli apteka narusza przepisy prawa farmaceutycznego. Szczegółowe przesłanki cofnięcia zezwolenia są określone w art. 103 upf. Z kolei zezwolenie na prowadzenie apteki wygasa w przypadku:
- śmierci osoby, na rzecz której zostało wydane zezwolenie, jeżeli zezwolenie zostało wydane na rzecz podmiotu będącego osobą fizyczną;
- rezygnacji z prowadzonej działalności;
- likwidacji osoby prawnej, prowadzącej aptekę;
- przekształcenia podmiotu prowadzącego aptekę w podmiot inny niż spółka jawna lub spółka partnerska, której przedmiotem działalności jest wyłącznie prowadzenie aptek i w której wspólnikami (partnerami) są wyłącznie farmaceuci posiadający prawo wykonywania zawodu (art. 104 ust. 1 upf).

Między Rejestrem Aptek a danymi prezentowanymi przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) i podmioty zajmujące się badaniami rynku aptecznego w Polsce (PEX Sp. z o.o. i IQVIA Solutions Poland Sp. z o.o.) występują rozbieżności. Przykładowo, wg Rejestru Aptek 31 grudnia 2024 r. 11 267 aptek ogólnodostępnych i 1089 punkty apteczne miały status „aktywna". GUS[17] [2025, s. 365] szacuje liczbę aptek ogólnodostępnych na koniec 2024 r. na 11 229, a punktów aptecznych na 1067, PEX [2024, s. 4] na 11 299 i 1089 odpowiednio, zaś wg IQVIA [2025] łączna liczba aptek ogólnodostępnych i punktów aptecznych wyniosła 12 440. Rozpiętość szacunków liczby aptek i punktów aptecznych jest więc niebagatelna – sięga od 12 296 (GUS) do 12 440 (IQVIA). Żadnego z tych źródeł danych nie można uznać za wiarygodne. Rejestr Aptek zawiera najbardziej szczegółowe i aktualne dane od roku 1989, ale również wiele błędów i braków danych. Dane GUS również nie są pozbawione błędów. PEX i IQVIA dostarczają tylko dane wysoce zagregowane, gromadzone w badaniach rynku. Publikowane przez nich szeregi czasowe (dane roczne) są stosunkowo krótkie i niekompletne (pełne i bardziej szczegółowe udostępniają odpłatnie).

Z drugiej jednak strony jedynie PAX i IQVIA opracowują dane o sieciach aptecznych, w tym wirtualnych, oraz dane finansowe o rynku aptecznym. Za podstawowe źródło danych o aptekach w Polsce (miejscu, formie i okresie działalności) przyjęto Rejestr Aptek. Jeśli więc nie zaznaczono inaczej, wyniki obliczeń zamieszczone w dalszej części opracowania opierają się na danych z tego rejestru. Korzystano jednak ze wszystkich wymienionych źródeł, a tam, gdzie to uznano za zasadne, zostały wskazane różnice i rozbieżności występujące między danymi z różnych zbiorów.

3.2. Rozwój rynku przed rokiem 2017

Do roku 2017 rozwój ilościowy rynku aptecznego w Polsce był bardzo dynamiczny. W latach 1991-2017 każdego roku przybywało średnio niemal 500 aptek[18] (rys. 1). Wzrost przybrał na sile w latach 2001-2012. Wówczas każdego roku liczba aptek ogólnodostępnych prowadzących działalność[19] zwiększała się przeciętnie o blisko 650, a liczba działających punktów aptecznych – o 115 (rys. 1 i 2). Między rokiem 2002, w którym weszło w życie nowe prawo farmaceutyczne, a rokiem 2017 wydano w sumie 12 237 zezwoleń na prowadzenie apteki ogólnodostępnej, co stanowi 65% wszystkich wydanych zezwoleń, zarejestrowanych w Rejestrze Aptek, i 1883 zezwoleń na prowadzenie punktu aptecznego (72,3%). Liczba aptek, działających na terytorium Polski, zwiększyła się o ponad 7,5 tys. (ponad dwukrotnie, z 6150 na koniec 2002 r. do 13 703 na koniec 2017 r.) – to ponad 67% aptek prowadzących działalność w dniu 30 kwietnia 2025 r. – a liczba punktów aptecznych o blisko 1,2 tys. (ze 188 do 1368), o 81 więcej niż działało w dniu 30 kwietnia 2025 r. Liczba aptek na 100 tys. ludności wzrosła w latach 2002-2017 z 16,1 do 35,7, a liczba punktów aptecznych na 100 tys. ludności wiejskiej z 1,3 do 8,9 (rys. 3).

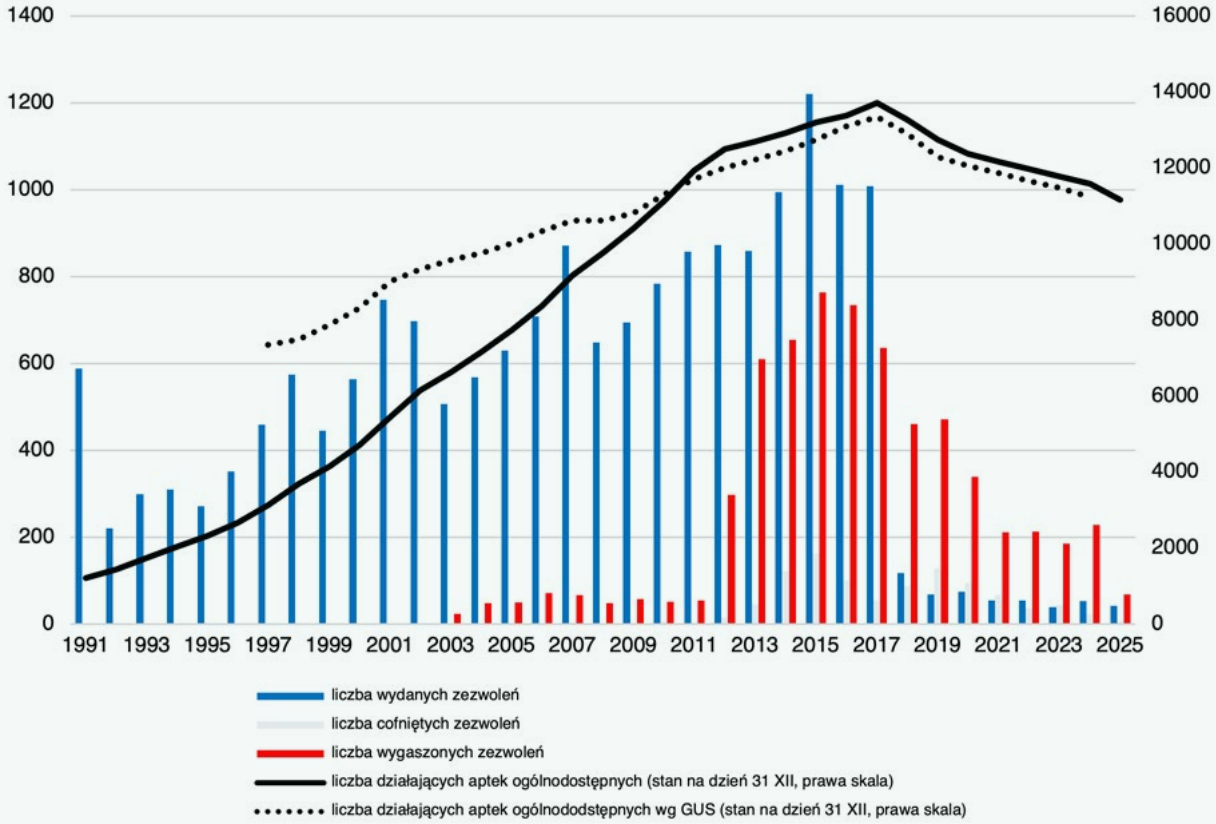
---

17 Dane GUS do 2023 r. dotyczą tylko tych jednostek, które złożyły sprawozdanie ZD-5 do urzędu statystycznego. W przypadku badań z tego zakresu nie była stosowana procedura imputacji brakujących danych. Od 2024 r. obliczenia są prowadzone na podstawie danych administracyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia.

18 Mowa o różnicy między liczbą wydanych zezwoleń na prowadzenie apteki ogólnodostępnej a liczbą zezwoleń cofniętych lub wygaszonych.

19 Przez aptekę prowadzącą działalność (działającą) rozumie się nie tylko taką, która w Rejestrze Aptek ma status „aktywna", ale również aptekę, która jest tymczasowo nieczynna (status „czasowo nieczynna") lub której działalność została zawieszona (status „nieaktywna – zawieszenie działalności").

Rysunek 1. Liczba wydanych, cofniętych i wygaszonych zezwoleń na prowadzenie apteki ogólnodostępnej oraz liczba aptek ogólnodostępnych, prowadzących działalność w Polsce w okresie 1 stycznia 1991 r. – 10 września 2025 r.

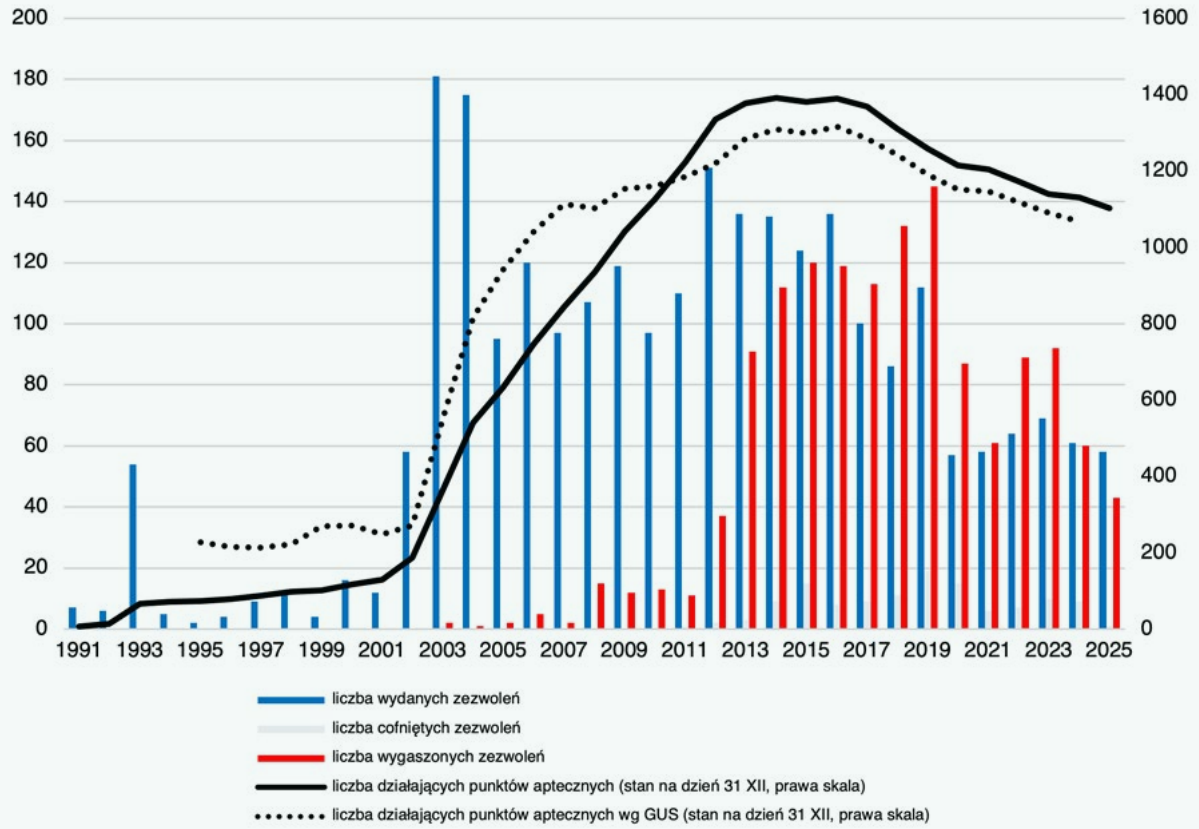


Objaśnienia: liczbę aptek ogólnodostępnych prowadzących działalność obliczono, sumując liczbę zezwoleń wydanych przed rokiem 1991 i dodając do niej różnicę między liczbą zezwoleń wydanych a liczbą zezwoleń cofniętych lub wygaszonych w każdym kolejnym roku. Liczba aptek ogólnodostępnych prowadzących działalność jest podana wg stanu na dzień 31 grudnia, z wyjątkiem roku 2025, w którym stan jest na dzień 30 kwietnia. Liczba aptek ogólnodostępnych prowadzących działalność, wyznaczona w ten sposób, jest większa od liczby aktywnych aptek ogólnodostępnych (tj. o statusie „aktywna" w Rejestrze) o liczbę aptek ogólnodostępnych o statusie „czasowo nieczynna" lub „nieaktywna – zawieszenie działalności".

Źródło: opracowanie własne na podstawie Rejestru Aptek i danych BDL GUS.

Wzrost ten wynikał, z jednej strony, z rzeczywistych potrzeb ludności, ujawnionych po przejściu z gospodarki centralnie sterowanej do gospodarki wolnorynkowej i uwolnieniu tym samym popytu na leki i wyroby medyczne, oraz indukowanych, zwłaszcza w późniejszym okresie, przez niekorzystne procesy demograficzne (starzenie się społeczeństwa), zmiany stylu życia (większą troskę o stan zdrowia i wygląd) [Religioni, Pakulska, 2020, s. 19] i inne czynniki (m.in. epidemiologiczne). Z drugiej strony, na wzrost liczby aptek wpływ miał rosnący popyt kreowany przez producentów leków za pomocą takich instrumentów jak akcje promocyjne (reklama, udostępnianie lekarzom bezpłatnych próbek i in.) [Ulatowska-Szostak, 2008, s. 444; Mroczek i in., 2012, s. 408; Zarzeczna-Baran i in., 2013, s. 77, 79 i 86], zachęty finansowe dla lekarzy, w tym opłacanie im udziału w kongresach i sympozjach [Woch, P, 2009, s. 20 i 21] czy poszerzenie gamy produktowej [Religioni, Pakulska, 2020, s. 19]. Zdaniem Żaka i Janickiej-Michalak [2022, s. 29 i 30], do wzrostu liczby aptek przyczyniły się również względna łatwość i niski koszt założenia apteki oraz ułatwienia w możliwości uzyskania przez farmaceutów kwalifikacji do kierowania apteką, a w latach bezpośrednio poprzedzających wejście w życie przepisów ustawy z 2017 r. – również obawa przed ograniczeniem możliwości zakładania nowych aptek po zmianie prawa.

Rysunek 2. Liczba wydanych, cofniętych i wygaszonych zezwoleń na prowadzenie punktu aptecznego oraz liczba punktów aptecznych, prowadzących działalność w Polsce w okresie 1 stycznia 1991 r. – 10 września 2025 r.



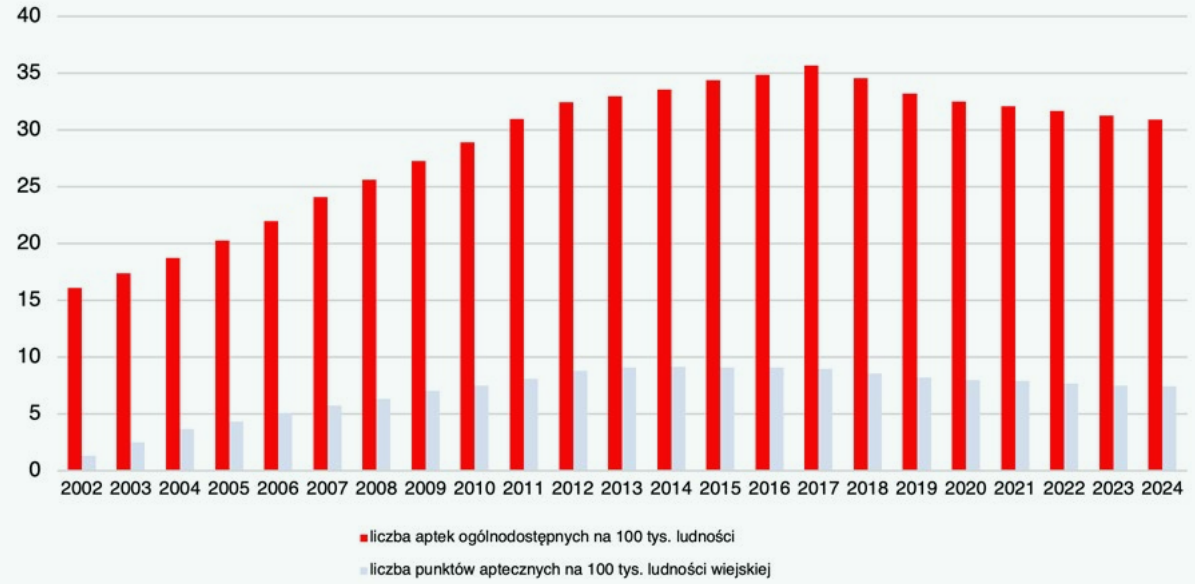
Objaśnienia: liczbę punktów aptecznych prowadzących działalność obliczono, odejmując od liczby zezwoleń wydanych liczbę zezwoleń cofniętych lub wygaszonych. Liczba punktów aptecznych prowadzących działalność jest podana wg stanu na dzień 31 grudnia, z wyjątkiem roku 2025, w którym stan jest na dzień 30 kwietnia. Liczba punktów aptecznych prowadzących działalność, wyznaczona w ten sposób, jest większa od liczby aktywnych punktów aptecznych (tj. o statusie „aktywny" w Rejestrze) o liczbę punktów aptecznych o statusie „czasowo nieczynny" lub „nieaktywny – zawieszenie działalności".

Źródło: opracowanie własne na podstawie Rejestru Aptek i danych BDL GUS.

Do 2017 r. rynek apteczny w Polsce rozwijał się więc w trendzie logistycznym. Funkcji logistycznej używa się w ekonomii do modelowania[20] zjawisk, które przebiegają wg następującego schematu – po fazie początkowego rozwoju, charakteryzującego się stopniowo rosnącą dynamiką, następuje faza dojrzałości o malejącej stopie wzrostu, a po niej faza nasycenia, w której opisywane zjawisko osiąga swoje apogeum (poziom nasycenia, pojemność środowiska). Nieskończony wzrost nie jest możliwy [Rządkowski, Sobczak, 2020, s. 89]. Tendencją rozwojową o takim przebiegu odznacza się sprzedaż wielu dóbr konsumpcyjnych. Najprawdopodobniej z chwilą wejścia w życie „Apteki dla Aptekarza" rynek był bliski poziomowi nasycenia, na co wskazuje gasnące tempo przyrostu liczby aptek, i zmierzałby do asymptoty, gdyby nie nastąpiła zmiana warunków udzielania zezwoleń w 2017 r. i przyspieszenie spadku liczby ludności Polski w 2019 r.

20 Model trendu logistycznego nie objaśnia mechanizmu kształtowania się analizowanego zjawiska, a jedynie obrazuje jego zmienność w czasie.

Rysunek 3. Liczba aptek ogólnodostępnych na 100 tys. mieszkańców i liczba punktów aptecznych na 100 tys. osób zamieszkujących obszary wiejskie w Polsce w latach 2002-2024 (wg stanu na 31 XII)



Źródło: opracowanie własne na podstawie Rejestru Aptek i danych GUS (tablica: Ludność. Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2024 r. *(stan w dniu 31.12), https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-stan-i-struktura-ludnosci-oraz-ruch-naturalny-w-przekroju-terytorialnym-w-2024-r-stan-w-dniu-31-12,6,38.html. Dostęp: 15.05.2025).*

3.3. Przyczyny spadku liczby aptek po roku 2017

Po wprowadzeniu w 2017 r. „Apteki dla Aptekarza" liczba działających aptek i punktów aptecznych zaczęła spadać – liczba aptek ogólnodostępnych zmniejszyła się w okresie 1 I 2018 r. – 10 IX 2025 r. o 2223, a liczba punktów aptecznych o 265. Liczba aptek na 100 tys. ludności zmalała w latach 2017-2025 z 35,7 do 30, a liczba punktów aptecznych na 100 tys. ludności wiejskiej z 8,9 do 6,9. Spadek ten wynikał, po pierwsze, z masowego wygaszania zezwoleń na prowadzenie apteki, zjawiska, którego nasilenie nastąpiło jeszcze przed nowelizacją Prawa farmaceutycznego. Przed rokiem 2012 całkowita liczba wygaszonych zezwoleń na prowadzenie apteki ogólnodostępnej wyniosła 470, a punktów aptecznych 63. W ciągu sześciu kolejnych lat (2012-2017) wygaszono łącznie 3697 zezwoleń na prowadzenie apteki ogólnodostępnej i 592 zezwolenia na prowadzenie punktu aptecznego. Po 2017 r., do końca kwietnia 2025 r., zostało wygaszonych 2177 zezwoleń na prowadzenie apteki ogólnodostępnej i 683 zezwolenia na prowadzenie punktu aptecznego. W sumie w latach 2003-2025 stwierdzono wygaśnięcie 6344 zezwoleń na prowadzenie apteki ogólnodostępnej i 1338 zezwoleń na prowadzenie punktu aptecznego. To, odpowiednio, 86,3% i 91,4% wszystkich zezwoleń wygaszonych lub cofniętych. Przypomnijmy, iż zezwolenie wygasa wskutek ustania bytu podmiotu prowadzącego aptekę, przekształcenia go w podmiot niespełniający warunku udzielenia zezwolenia, określonego w art. 99 ust. 4 pkt 2 upf, lub rezygnacji z działalności. Rezygnacja z prowadzenia apteki była najczęstszym powodem wygaszenia zezwolenia. Wprawdzie w ogólnie dostępnych zbiorach danych brak jest informacji o przyczynach wygaszania zezwoleń, jednak w publicystyce i piśmiennictwie przedmiotu nie brak wypowiedzi wskazujących, że głównymi powodami likwidacji

aptek była ich trudna sytuacja ekonomiczna, wynikająca z niskiej rentowności, oraz trudności z pozyskaniem wykwalifikowanego personelu (zob. np. ZAPPA [2021, s. 9]; Żak, Janicka-Michalak [2022, s. 30 i 31]; *W ciągu* …, [2023]; *Fala* … [2024]; Wojtal [2025]).

Spośród 5811 aptek ogólnodostępnych i 1262 punktów aptecznych, którym wygaszono zezwolenie na prowadzenie działalności w latach 2012-2024, tj. w okresie nasilenia się wygaszania zezwoleń, 3579 aptek (61,6%) i 1034 punktów aptecznych (81,9%) było prowadzonych przez osoby fizyczne na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub w formie spółki osobowej[21]. To formy prawne wybierane zazwyczaj przez mikroprzedsiębiorstwa[22]. Niespełna 30% (1701) aptek ogólnodostępnych i 11% (137) punktów aptecznych, którym wygaszono zezwolenie, było prowadzonych przez spółki kapitałowe, przy czym zapewne – brak jest dokładnych danych – część z nich była jednoosobowymi spółkami z ograniczoną odpowiedzialnością. Większość aptek, którym wygaszono zezwolenie w latach 2012-2024, należała zatem raczej do podmiotów prowadzących działalność w niewielkiej skali. Średnia długość okresu działalności apteki, której w latach 2012-2024 wygaszono zezwolenie, wyniosła 4198 dni, tj. 11,5 roku, a punktu aptecznego 3158 dni, czyli niespełna 8 lat i 8 miesięcy, przy czym 579 (10%) z tych aptek i 168 (13,3%) punktów aptecznych prowadziło działalność nie dłużej niż 2 lata. Średnia długość okresu działalności apteki, ważona ich liczbą, wyniosła nieco ponad 12 lat, z czego niemal 1/5 to placówki działające zaledwie 2-3 lata (rys. 4). Wśród 3711 właścicieli aptek i 993 właścicieli punktów aptecznych, którym wygaszono zezwolenie na prowadzenie działalności w latach 2012-2024, uwidocznionych w Rejestrze Aptek poprzez NIP[23], było zaledwie 54 (1,5%) takich, którzy zlikwidowali więcej niż 4 apteki ogólnodostępne, z czego jedynie 9 prowadziło działalność jako osoba fizyczna lub w formie spółki osobowej, a pozostałe 45 działało w formie spółki kapitałowej. Żaden z zamkniętych punktów aptecznych nie należał do sieci aptecznej o liczbie aptek większej niż 4. Inaczej mówiąc, przytłaczająca większość podmiotów prowadzących apteki lub punkty apteczne, którym wygaszono zezwolenie w latach 2012-2024, stanowiły mikroprzedsiębiorstwa. Podmioty takie, ogólnie rzecz biorąc, są mniej efektywne ekonomicznie przede wszystkim z uwagi na to, że nie osiągają korzyści skali, napotykają ograniczenia kapitałowe, nie mają siły przetargowej względem dostawców i wykazują się mniejszą zdolnością wdrażania innowacji.

Po drugie, spadek liczby działających aptek po 2017 r. był skutkiem wzrostu liczby aptek, których zezwolenie zostało cofnięte z powodu naruszeń przepisów prawa farmaceutycznego, w szczególności za udział aptek w tzw. „odwróconym łańcuchu dystrybucji produktów leczniczych" [Żak, 2020], z powodu nieprawidłowości w zakresie wydawania produktów leczniczych zawierających środki odurzające i substancje psychotropowe oraz realizacji zapotrzebowań podmiotów leczniczych na produkty lecznicze [NIK, 2018; Baranowski, 2021], a także z powodu naruszeń przepisu uniemożliwiającego uzyskanie 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 upf).

Na tle stosowania tego przepisu wywiązał się jeszcze przed 2017 r. spór między samorządem aptekarskim a podmiotami, które kontrolowały więcej niż 1% aptek w województwie. Ci drudzy

21 W przypadku 491 aptek i 90 punktów aptecznych brak w Rejestrze Aptek informacji o formie prawnej podmiotu prowadzącego aptekę, któremu wygaszono zezwolenie w latach 2012-2024.

22 W kontekście działalności aptecznej za mikroprzedsiębiorstwa uznaje się podmioty prowadzące nie więcej niż 4 apteki. W literaturze przedmiotu apteki należące do takich podmiotów określa się jako niezależne lub tworzące mikrosieci.

23 Dla 892 (15,4%) spośród 5811 aptek ogólnodostępnych i 114 (9%) spośród 1262 punktów aptecznych, którym wygaszono zezwolenie na prowadzenie działalności w latach 2012-2024, w Rejestrze Aptek brak jest informacji o NIP właściciela.

Rysunek 4. Liczba aptek, którym wygaszono zezwolenie na prowadzenie działalności w latach 2012-2024, wg roku jego wydania (w wierszach) i roku jego wygaszenia (w kolumnach)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	suma
1989	1	4	6	10	7	4	3	4		3	1			43
1990	5	14	16	23	18	20	19	14	13	3	11	8	9	173
1991	6	14	17	19	18	14	21	22	12	7	12	9	10	181
1992	1	15	8	9	10	8	2	8	3	2	5	4	6	81
1993	5	10	12	14	15	13	7	9	6	8	1	2	3	105
1994	5	10	12	12	11	8	10	13	6	5	7	5	4	108
1995	1	7	9	11	11	10	5	9	4	3	1	5	4	80
1996	13	16	13	21	15	8	9	10	4	7	5	6	5	132
1997	7	13	8	14	17	19	18	18	7	4	6	7	8	146
1998	11	18	21	25	37	16	18	13	13	7	8	8	6	201
1999	9	19	15	17	23	15	14	12	7	5	4	8	8	156
2000	11	20	29	28	18	19	17	18	10	11	6	3	9	199
2001	20	24	39	37	29	25	20	12	10	9	19	7	9	260
2002	10	25	24	31	27	27	13	17	9	12	10	7	15	227
2003	8	32	22	20	18	18	10	11	10	3	3	10	5	170
2004	15	24	24	21	20	13	6	13	10	6	7	5	9	173
2005	19	22	29	29	20	19	16	20	6	8	8	4	7	207
2006	9	27	30	39	30	32	16	8	8	5	7	10	8	229
2007	17	25	36	31	39	31	19	16	10	8	5	9	10	256
2008	21	30	41	40	39	21	17	9	17	5	5	3	6	254
2009	32	42	31	31	24	29	14	19	10	6	4	4	9	255
2010	38	51	49	41	33	27	19	24	11	3	5	8	10	319
2011	25	83	55	44	45	35	14	9	15	10	13	3	8	359
2012	10	59	52	66	31	27	22	30	14	8	8	7	5	339
2013		6	47	49	53	41	14	18	30	9	10	8	13	298
2014			10	65	61	37	24	21	36	8	4	6	12	284
2015				16	54	59	31	26	20	18	9	9	12	254
2016				1	11	38	34	34	20	18	16	11	8	191
2017						3	28	33	17	10	9	8	6	114
2018								2		2	1		2	7
2019									1					1
2020											2			2
2021											1	1	3	5
2022												1		1
suma	299	610	655	764	735	636	460	472	339	213	213	186	229	5811

Źródło: opracowanie własne na podstawie Rejestru Aptek.

utrzymywali, że zakaz dotyczy tylko aptek nowo powstających, nie zaś już działających, nad którymi przejmowali kontrolę. Niektóre podmioty apteczne przekroczyły próg 1%. W 2014 r. nadzór farmaceutyczny zaczął interpretować ten przepis jako zakaz przejmowania kolejnych aptek, jeżeli próg 1% został przekroczony, i cofać, na podstawie art. 37ap upf, zezwolenia podmiotom, które przekroczyły ów limit [Momot, 2016, s. 23; Słowik, Sosnowska, 2020]. Wiele spraw miało finał w sądach administracyjnych – NSA w liczącej kilkanaście wyroków dominującej linii orzeczniczej potwierdził, że próg 1% przed 2017 r. dotyczył wyłącznie wydawania nowych zezwoleń[24] (potwierdzono to w przynajmniej 15 orzeczeniach tego sądu: z dnia 27 lutego 2018 r.,

24 Po wejściu w życie AdA 1.0 w 2017 r. próg 1% znajdował zastosowanie również przy nabywaniu apteki jako zorganizowanej części przedsiębiorstwa.

sygn. II GSK 2510/17, z dnia 4 lutego 2020 r., sygn. II GSK 3025/17, II GSK 3026/17, II GSK 3027/17, II GSK 3135/17, II GSK 3291/17, z dnia 5 lutego 2020 r., sygn. II GSK 2478/17, z dnia 25 maja 2021 r., sygn. II GSK 986/20, z dnia 14 grudnia 2021 r., sygn. II GSK 3537/17, z dnia 8 lutego 2022 r., sygn. II GSK 1684/18, II GSK 1650/18, II GSK 1133/18, z dnia 20 kwietnia 2022 r., sygn. II GSK 2738/21, z dnia 26 kwietnia 2022 r. sygn. II GSK 1300/18, II GSK 2001/18). W latach 2014-2016 wydano łącznie 385 decyzji o cofnięciu zezwolenia, tj. niemal pięciokrotnie więcej niż w latach 2001-2013. Kolejna fala cofnięć zezwoleń miała miejsce w latach 2018-2020. Cofniętych zostało wówczas łącznie 314 zezwoleń. W sumie w latach 2012-2024 cofnięto zezwolenia 986 aptekom ogólnodostępnym i 123 punktom aptecznym. Spośród 758[25] podmiotów będących właścicielami tych aptek tylko 11 (1,5%) zlikwidowało więcej niż 4 apteki. I w tym przypadku ogromną większość podmiotów aptecznych, którym cofnięto zezwolenia na prowadzenie apteki, stanowiły mikroprzedsiębiorstwa.

Od roku 2017 liczba likwidowanych aptek stopniowo maleje. Przyczyn spadkowej tendencji należy upatrywać przede wszystkim w eliminacji najmniej efektywnych ekonomicznie przedsiębiorstw aptecznych, co jest typowym i naturalnym zjawiskiem towarzyszącym osiąganiu dojrzałości przez rynek [Cygler, 2008, s. 63], oraz w działaniach inspekcji farmaceutycznej. W ostatnich latach liczba wygaszanych zezwoleń utrzymuje się na poziomie ok. 200, tj. wyższym niż przed rokiem 2012, lecz niższym niż w latach 2012-2020. Wygasa natomiast tempo cofania zezwoleń na prowadzenie działalności aptecznej.

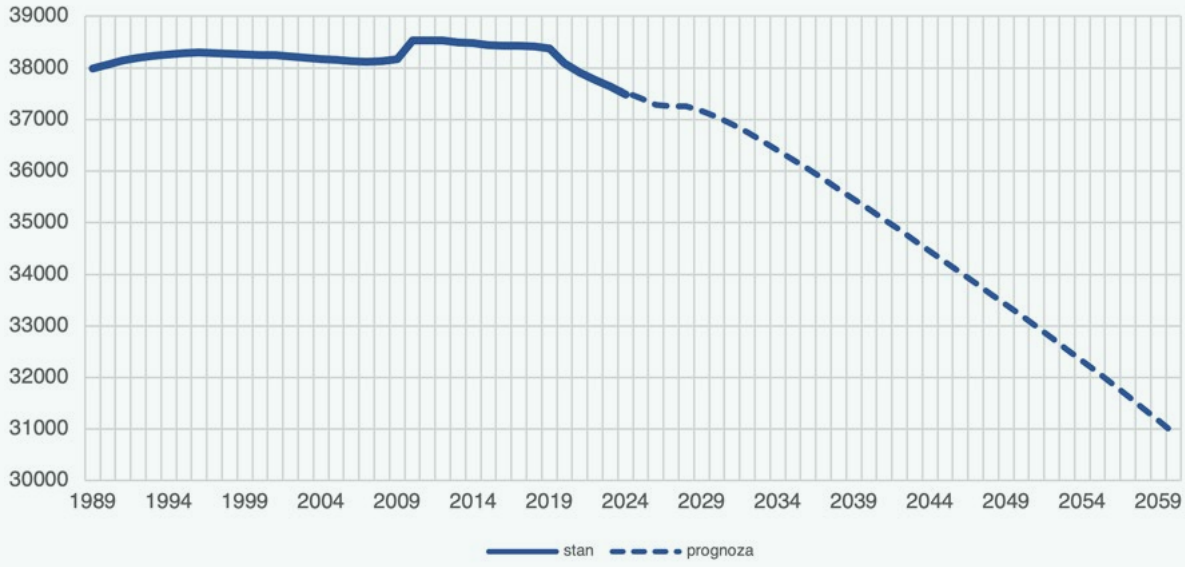
Trzecim powodem są niekorzystne procesy demograficzne, a ściślej pogłębienie się w 2019 r. tendencji spadkowej liczby ludności Polski, zapoczątkowanej w 2011 r. (rys. 5). Na koniec 2024 r. liczba ludności Polski była niższa niż w 2018 r. o 922 tys. GUS prognozuje, że trend ten będzie kontynuowany w kolejnych 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 26,6% w 2024 r. do 38,3% w 2060 r. Zmniejszanie się liczby ludności powoduje spadek popytu na produkty oferowane w aptekach i podważa ekonomiczną zasadność działalności aptek na obszarach najszybciej wyludniających się.

Po czwarte, spadek liczby aptek działających na rynku należy wiązać z zaostrzeniem w 2017 r. przepisów regulujących udzielanie zezwoleń. Przed wprowadzeniem w życie zasady „Apteka dla Aptekarza" przyrost liczby działających aptek był dodatni pomimo wspomnianego natężenia skali zjawiska zamykania się aptek. W miejsce likwidowanych powstawały nowe apteki, co było wynikiem poszukiwania przez przedsiębiorców aptecznych możliwości zwiększenia obrotu i maksymalizacji zysku przez m.in. optymalne rozlokowanie sprzedaży, uwarunkowanego podażą odpowiednio wykwalifikowanego personelu. Od roku 2017 liczba aptek likwidowanych każdego roku przewyższa liczbę aptek nowo powstałych. Żak [2022, s. 30] proces ten nazywa „korektą rynkową", wynikającą, jego zdaniem, z przekroczenia poziomu nasycenia rynku. Według Pilarczyk [2014, s. 52], optymalna liczba aptek w Polsce powinna bowiem być taka, aby na 1 aptekę przypadało 5000 osób, co miałoby zapewnić jej rentowność zadowalającą właściciela. Poziom ten został jednak przekroczony już w 2005 r. (rys. 5), a mimo to, jak wspomniano, do roku 2017 obserwowaliśmy wzrost liczby aptek prowadzących działalność przeciętnie o 484 rocznie.

Po roku 2017 roczny przyrost liczby działających aptek i punktów aptecznych był ujemny; wyniósł średnio -272 w przypadku aptek ogólnodostępnych i -29 w przypadku punktów aptecz-

25 Brak informacji w Rejestrze Aptek o właścicielach 133 aptek ogólnodostępnych i 15 punktów aptecznych, którym cofnięto zezwolenie na prowadzenie działalności w latach 2012-2024.

Rysunek 5. Liczba ludności Polski w latach 1989-2060 (w tys.) – stan i prognoza



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-ludnosci,16,1.html [dostęp: 01.10.2024], tablica:* Ludność. Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2024 r. *(stan w dniu 31.12), https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-stan-i-struktura-ludnosci-oraz-ruch-naturalny-w-przekroju-terytorialnym-w-2024-r-stan-w-dniu-31-12,6,38.html [dostęp: 11.05.2025]) i prognozy GUS (tablica:* Prognoza ludności na lata 2023-2060*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2023-2060,11,1.html [dostęp: 09.10.2024]).*

nych. Tempo spadku jest malejące. W latach 2015-2017 wydawano rocznie powyżej 1000 zezwoleń, odpowiednio: 1220, 1012 i 1009. W roku 2018 liczba wydanych zezwoleń zmniejszyła się 10-krotnie, do 117, a w kolejnych latach do: 69, 74, 54, 55, 39 i 53 w 2024 r. Po wejściu w życie AdA 1.0 (25 czerwca 2017 r.) do dnia 30 kwietnia 2025 r. utworzono w Polsce w sumie 912 aptek ogólnodostępnych, z czego 428 (46,9%) tylko w 2017 r. 102 apteki ogólnodostępne spośród owych 912 zostały zlikwidowane (do dnia 30 kwietnia 2025 r.). Od chwili rozpoczęcia obowiązywania AdA 2.0 (28 września 2023 r.) powstało tylko 86 aptek ogólnodostępnych; jedna została zamknięta po niespełna 2 miesiącach od rozpoczęcia działalności. 594 apteki ogólnodostępne, które powstały po wejściu w życie AdA 1.0 (ponad 65% wszystkich uruchomionych), jest (lub było) prowadzonych przez farmaceutów, indywidualnie, tj. na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej (367), bądź w spółce: cywilnej (16), jawnej (188), komandytowej (19) lub partnerskiej (4). Pozostałe 318 aptek ogólnodostępnych zostało utworzonych przez spółki kapitałowe, przy czym 7 z nich uruchomiło więcej niż cztery apteki ogólnodostępne. „Apteka dla Aptekarza" skutecznie więc zablokowała zastępowanie likwidowanych aptek.

4.
MECHANIZM DZIAŁANIA „APTEKI DLA APTEKARZA”

4.1. Kryterium ludnościowe

Obowiązujące obecnie kryteria udzielania zezwoleń na prowadzenie apteki ogólnodostępnej są, jak wspomniano, liczne. Po pierwsze, zezwolenia na prowadzenie apteki nie wydaje się wówczas, gdy liczba mieszkańców gminy, *N*, w przeliczeniu na jedną aptekę,

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

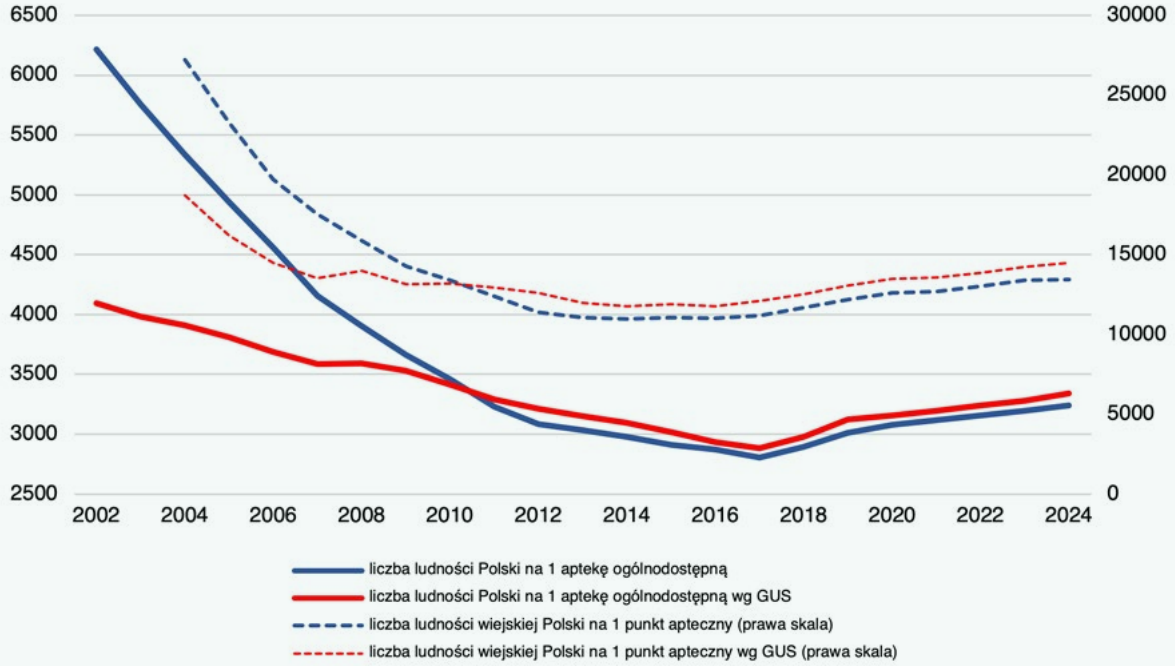
gdzie *A* oznacza liczbę aptek w gminie, jest mniejsza od 3000 (art. 99 ust. 3b upf). W takiej gminie może jednak powstać punkt apteczny.

Liczba osób przypadająca na jedną aptekę wyniosła w Polsce w 2024 r. 3239 (3339 wg GUS, stan na dzień 31 XII), a w gminach, w których działała co najmniej jedna apteka ogólnodostępna, przeciętnie 4237 (GUS). W miastach liczba ludności na 1 aptekę (2360) jest prawie czterokrotnie mniejsza niż we wsiach (8489, GUS). Liczba mieszkańców Polski na 1 aptekę systematycznie malała do roku 2017, w którym osiągnęła minimum w wysokości 2805 (2882 wg GUS). Po roku 2017 miał miejsce stopniowy jej wzrost (rys. 6). Podobnie zmieniała się liczba mieszkańców wsi na 1 punkt apteczny, z tą różnicą, że minimum (w wysokości 10 964) zostało osiągnięte w 2014 r. (wg GUS 11 754 w 2016 r.). Ustawowy limit 3000 osób na 1 aptekę wskaźnik $\frac{N}{A}$ przekroczył dwukrotnie – w 2014 r. (w 2016 r. wg GUS), spadając poniżej limitu, i w 2019 r., rosnąc powyżej niego.

Limit, jak zaznaczono, odnosi się do gminy. Rozkłady liczby ludności i liczby aptek w gminach nie są równomierne. Na koniec 2024 r. w 511 gminach nie było ani jednej apteki ogólnodostępnej[26] (w 526 wg GUS). To ponad $^1/_5$ wszystkich gmin w Polsce. Wg GUS, w 684 gminach działała

26 Wg IQVIA, w dniu 31 marca 2025 r. gmin, w których nie działała żadna apteka ogólnodostępna, było 503, a takich, w których nie działała ani apteka ogólnodostępna, ani punkt apteczny, 156 (dane przedstawione przez IQVIA podczas konferencji odbywającej się w kwietniu 2025 r.).

Rysunek 6. Liczba ludności (wiejskiej) Polski przypadająca na 1 aptekę ogólnodostępną (punkt apteczny) w latach 2002-2024



Źródło: opracowanie własne na podstawie Rejestru Aptek i BDL GUS.

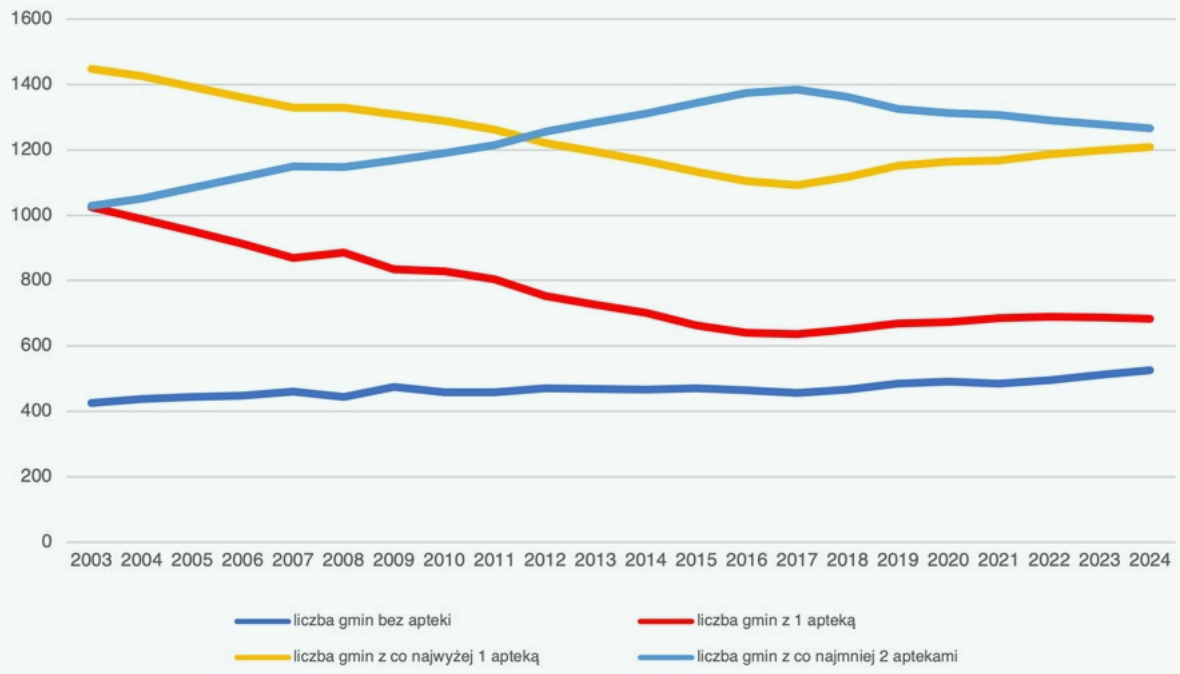
tylko jedna apteka. Gminy, w których działalność prowadziło od 2 do 5 aptek, były 852; takich, w których istniało 6-10 aptek, było 206; w 132 działało od 11 do 20 aptek, a w 77 więcej niż 20 aptek. W samej zaś Warszawie działalność prowadziły 584 apteki, a więc więcej niż w każdym z ośmiu województw: lubuskim, opolskim, podlaskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim, zachodniopomorskim, kujawsko-pomorskim i podkarpackim. Gmin, w których w latach 2003-2023 nie działała ani jedna apteka, jest 165. Na koniec 2024 r. najmniej gmin bez apteki było w województwach: małopolskim (6,0%) i śląskim (6,6%), a najwięcej w województwach: lubuskim (36,6%) i podlaskim (36,4%).

Do 2017 r. liczba gmin, w których nie działała żadna apteka lub tylko jedna, nieprzerwanie malała, a liczba gmin, w których funkcjonowały co najmniej dwie apteki, systematycznie rosła (rys. 7). Po roku 2017 r. tendencje te odwróciły się. Do końca 2024 r. liczba gmin, w których nie funkcjonowała ani jedna apteka, wzrosła z 456 do 526, tj. o 70 (15,4%), a liczba gmin, w których tylko jedna, z 637 do 684, tj. o 47 (7,4%, tab. 1). Najwięcej gmin bez apteki, względnie rzecz biorąc, przybyło w województwach: lubelskim (o 6,6%) i lubuskim (o 4,9%). Tylko w dwóch województwach: podlaskim i zachodniopomorskim, liczba gmin bez apteki zmniejszyła się między rokiem 2017 a rokiem 2024, odpowiednio o: 2 i 1 aptekę.

Rozstęp między najniższą wartością wskaźnika $\frac{N}{A}$ (732 osób – gmina miejska Łęknica w powiecie żarskim w województwie lubuskim) a wartością najwyższą (25 600 osób – gmina wiejska Dębica w województwie podkarpackim) jest ogromny[27] (dane BDL GUS wg stanu na dzień 31 grudnia 2024 r.). Dla 667 gmin wartość tego wskaźnika jest niższa od 3000, co, zgodnie

27 Dotyczy jednostek, w których działa przynajmniej jedna apteka ogólnodostępna.

Rysunek 7. Liczba gmin w Polsce wg liczby działających w nich aptek w latach 2003-2024



Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL GUS.

z art. 99 ust. 3b upf, oznacza, że na ich terenie nie może powstać kolejna apteka ogólnodostępna, chyba że odległość od miejsca planowanej lokalizacji apteki do najbliżej funkcjonującej apteki, liczona pomiędzy wejściami do ich izb ekspedycyjnych, wynosi co najmniej 1000 metrów w linii prostej. Wśród tych gmin znajdują się m.in. duże miasta, takie jak: Częstochowa (2424 mieszkańców na 1 aptekę) i Bydgoszcz (2818).

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 czterokrotnie[28]. W 2024 r. w Łebie działały 2 apteki, a wskaźnik $\frac{N}{A}$ wyniósł 1509 (BDL GUS). Spośród gmin wiejskich największy ubytek ludności ma dotknąć gminę Uchanie – o ponad 70%[29]. W gminie Uchanie w 2024 r. funkcjonowała 1 apteka, na którą przypadało 3949 osób (BDL GUS). Wg prognoz i obowiązującego prawa, ani w Łebie, ani w Uchaniu nie powstaną nowe apteki ogólnodostępne, nawet gdyby uprawnieni farmaceuci chcieli je utworzyć, chyba że odległość od miejsca planowanej lokalizacji apteki do najbliżej funkcjonującej apteki, liczona pomiędzy wejściami do ich izb ekspedycyjnych, wynosi co najmniej 1000 metrów w linii prostej. Co więcej, jeżeli prowadzący apteki w tych gminach (w 2023 r.) z jakichś powodów zaprzestaną działalności, w szczególności wskutek śmierci, nie pozostawiając spadkobierców, od których podmiot uprawniony mógłby nabyć tę aptekę, wówczas w gminach tych nie będzie funkcjonowała żadna apteka (z wyłączeniem przypadku, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym).

28 GUS, tablica: *Gminy ludność*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2023-2060,11,1.html [dostęp: 25.05.2025].

29 Tamże.

Tabela 1. Gminy Polski, w których działała nie więcej niż jedna apteka ogólnodostępna w latach 2003, 2017 i 2024, wg województw

	2003				2017				2024				przyrost liczby gmin bez apteki między		przyrost liczby gmin z 1 apteką między	
	liczba aptek	liczba gmin bez apteki	odsetek gmin bez apteki	liczba gmin z 1 apteką	liczba aptek	liczba gmin bez apteki	odsetek gmin bez apteki	liczba gmin z 1 apteką	liczba aptek	liczba gmin bez apteki	odsetek gmin bez apteki	liczba gmin z 1 apteką	2003 a 2017	2017 a 2024	2003 a 2017	2017 a 2024
Polska	**9583**	**425**	**17,2%**	**1024**	**13 338**	**456**	**18,4%**	**637**	**11 229**	**526**	**21,2%**	**684**	**31**	**70**	**-387**	**47**
dolnośląskie	778	23	13,6%	65	1 077	30	17,8%	39	850	36	21,3%	42	7	6	-26	3
kujawsko-pomorskie	524	35	24,3%	54	648	40	27,8%	32	564	45	31,3%	33	5	5	-22	1
lubelskie	725	14	6,6%	114	831	22	10,3%	81	699	36	16,9%	79	8	14	-33	-2
lubuskie	240	24	28,9%	29	329	25	30,5%	18	272	29	35,4%	15	1	4	-11	-3
łódzkie	867	32	18,1%	75	945	42	23,7%	55	774	46	26,0%	60	10	4	-20	5
małopolskie	903	9	4,9%	76	1 157	8	4,4%	38	989	10	5,5%	44	-1	2	-38	6
mazowieckie	999	82	26,1%	144	1 795	70	22,3%	104	1548	83	26,4%	106	-12	13	-40	2
opolskie	227	7	9,9%	27	335	10	14,1%	17	273	12	16,9%	20	3	2	-10	3
podkarpackie	499	19	11,9%	75	714	23	14,4%	44	579	35	21,9%	40	4	12	-31	-4
podlaskie	272	54	45,8%	38	413	46	39,0%	31	363	44	37,3%	35	-8	-2	-7	4
pomorskie	621	16	13,0%	49	745	21	17,1%	36	635	26	21,1%	35	5	5	-13	-1
śląskie	1112	11	6,6%	46	1 526	11	6,6%	26	1268	11	6,6%	34	0	0	-20	8
świętokrzyskie	329	12	11,8%	52	432	16	15,7%	27	350	20	19,6%	31	4	4	-25	4
warmińsko-mazurskie	304	35	30,2%	41	439	35	30,2%	29	370	36	31,0%	36	0	1	-12	7
wielkopolskie	790	25	11,1%	97	1 364	26	11,5%	41	1177	27	11,9%	49	1	1	-56	8
zachodniopomorskie	393	27	23,7%	42	588	31	27,2%	19	518	30	26,5%	25	4	-1	-23	6

Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL GUS.

4.2. Ograniczenia geograficzne

Po drugie, zezwolenia na prowadzenie apteki można udzielić tylko wtedy, gdy odległość od miejsca planowanej jej lokalizacji do najbliższej funkcjonującej apteki, liczona pomiędzy wejściami do ich izb ekspedycyjnych, wynosi co najmniej 500 metrów w linii prostej. Zasada ta nie stanowi przeszkody w tworzeniu nowych aptek na obszarach wiejskich, które nie są gęsto zabudowane i zurbanizowane – wg GUS we wsiach na 100 km^2 przypadało w 2024 r. średnio 0,62 apteki, a w miastach – 39,6[30]. Oznacza to, że średnia odległość między dwoma najbliższymi sobie aptekami wynosi 12,7 km na obszarach wiejskich i niespełna 1,6 km w miastach.

Tak jak w przypadku wskaźnika $\frac{N}{A}$, rozstęp gęstości rozlokowania aptek w gminach miejskich jest znaczny. W Gdyni na 1 km^2 przypadało na koniec 2024 r. 0,21 apteki (0,26 w 2017 r.), a w Warszawie – 1,13 apteki (1,27 w 2017 r.)[31]. W Gdyni więc średnia odległość między aptekami sięga ok. 2,2 km, a w Warszawie – 940 m. Są to – należy zaznaczyć – odległości średnie, a więc odległości między poszczególnymi aptekami mogą być krótsze. W miejscach o bardzo dużej gęstości zaludnienia (np. osiedlach mieszkaniowych o wysokiej zabudowie) nie mogą więc powstać nowe apteki pomimo istnienia względnie dużego zapotrzebowania na leki.

4.3. Ograniczenia ilościowe

Po trzecie, zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej nie wydaje się, jeżeli podmiot o nie ubiegający się prowadzi samodzielnie lub w powiązaniu z innymi podmiotami:

- co najmniej 4 apteki (art. 99 ust. 3a pkt 1-3 upf);
- więcej niż 1% aptek na terenie województwa (art. 99 ust. 3 pkt 2 i 3 upf).

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, 30 kwietnia 2025 r. na terenie województwa pomorskiego działało 636 aptek ogólnodostępnych. Gdyby z przyczyn różnych od tu omawianych zamknęło się 37 z nich, to limit dla tego województwa wyniósłby 5, czyli zmniejszyłby się o 1. Wciąż byłby większy od limitu wynikającego z zasady „4 aptek ogólnodostępnych". Gdyby jednak liczba aptek funkcjonujących w województwie zmniejszyła się z jakichś powodów poniżej 400, np. do 386, to limit obniżyłby się do 3, co uniemożliwiłoby – zgodnie z art. 99 ust. 3 pkt 2-3 upf – podmiotowi posiadającemu już 3 apteki w tym województwie utworzenie kolejnej[32]. 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.

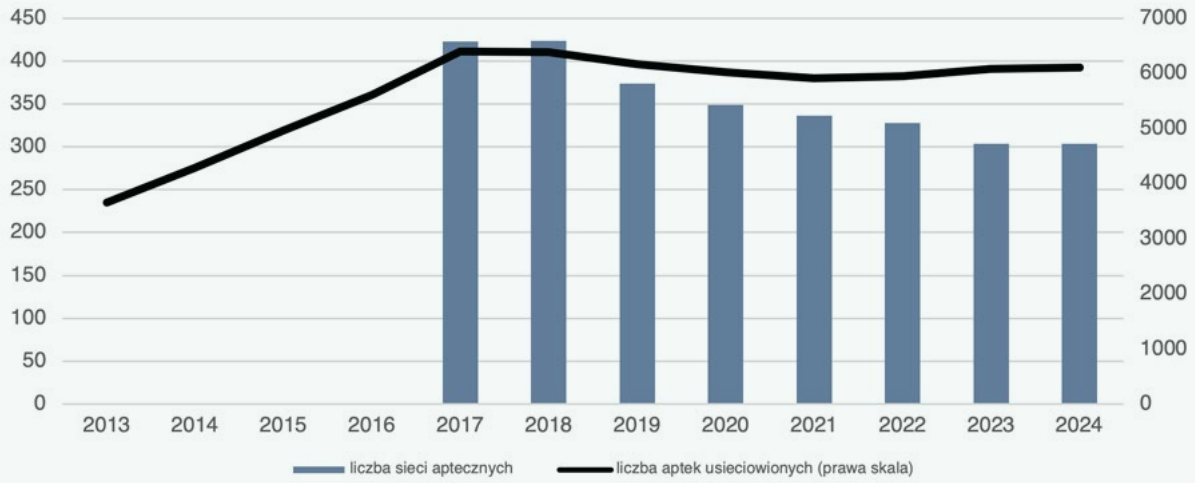
Przed rokiem 2017 obserwowaliśmy dynamiczny rozwój sieci aptecznych – między rokiem 2013 a 2017 udział sieci aptecznych w liczbie aptek ogółem wzrósł z niemal 26% do prawie

30 Obliczenia własne na podstawie danych BDL GUS.

31 Obliczenia własne na podstawie danych BDL GUS.

32 Kolejną aptekę mógłby uruchomić w innym województwie, o ile w wyniku tego działania nie posiadałby więcej niż 4 apteki ogólnodostępne w całym kraju.

Rysunek 8. Liczba sieci aptecznych i aptek usieciowionych w Polsce w latach 2013-2024



Uwaga: brak danych o liczbie sieci w latach 2013-2016. Dane nie uwzględniają sieci wirtualnych należących do podmiotów prowadzących hurtownie farmaceutyczne.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych IQVIA oraz [Religioni, Pakulska, 2020, s. 22].

43% (rys. 8). Na koniec 2017 r. w 423 sieciach były skupione 6394 apteki[33], tj. 43,1% wszystkich działających aptek. Na koniec 2024 r. do 304 sieci przynależały 7102 apteki, z czego 1638 aptek (23%) działało w systemie franczyzowym. Między 2017 r. a 2024 r. liczba aptek w sieciach wzrosła o 708, a ich udział w liczbie aptek ogółem do 56,2%.

Większość sieci (184 z 304) posiadała w 2023 r. od 5 do 9 aptek, z udziałem w ogólnej ich liczbie równym 7,3% (9%, tab. 2). W 2017 r. udział małych sieci w liczbie aptek ogółem wyniósł 12% [IQVIA, 2018, s. 10]. Zmniejszył się więc w ciągu 6 lat od wejścia w życie AdA 1.0 o 4,7 pp. Sieci o liczbie aptek przekraczającej 100 było w 2023 r. zaledwie 9, z udziałem 27,2%. W 2017 r. udział największych sieci w liczbie aptek ogółem wyniósł 12,7%. Między rokiem 2017 a 2023 udział największych sieci w całkowitej liczbie aptek wzrósł więc o 14,5 pp. Doszło zatem do konsolidacji sieci aptecznych, które rozbudowały portfel aptek pomimo zaostrzenia reguł antykoncentracyjnych.

W rękach przedsiębiorców prowadzących tylko jedną aptekę znajdowało się w 2023 r. łącznie 1587 aptek (12,6% ogólnej liczby aptek), a w 2024 r. – 1485 (12%). Tak zwane mikrosieci, skupiające od 2 do 4 aptek, to kolejne 1493 apteki (11,8%, w 2024 r. – 1405, 11%). Liczba aptek współpracujących z sobą, lecz niepowiązanych kapitałowo (w tzw. afiliacjach), wyniosła 2458 (19,4%, w 2024 r. – 2419, 20%) [PEX, 2024a, s. 11]. Łączna liczba aptek niesieciowych wyniosła w 2023 r. 5538 (48% ogółu, w 2024 r. – 5309, 47%) i była niższa niż w 2017 r. o 2947 (o 34,7%, w 2024 r. – o 3176, tj. o 37,4%). Pomimo spadku w latach 2017-2024 liczby aptek niesieciowych i wzrostu liczby aptek sieciowych rynek apteczny w Polsce pozostaje bardzo rozdrobniony.

33 W tej liczbie również apteki działające w systemie franczyzowym.

Tabela 2. Struktura polskiego rynku aptecznego w latach 2017 i 2023 r.

	2017		2023			
Wielkość sieci	Udział w ogólnej liczbie aptek	Udział w rynku (wartość sprzedaży)	Liczba sieci	Liczba aptek	Udział w ogólnej liczbie aptek	Udział w rynku (wartość sprzedaży)
5+	43,1%	58,9%	304	7102	56,2%	71%
100+	12,7%	18,7%	9	3432	27,2%	36%
50-99	5,5%	9,1%	12	813	6,4%	10%
20-49	b.d.	b.d.	27	752	5,9%	8%
10-19	b.d.	b.d.	72	928	7,3%	8%
5-9	12,0%	13,1%	184	1177	9,3%	9%

Uwagi: b.d. – brak danych.
Dane nie uwzględniają sieci wirtualnych należących do podmiotów prowadzących hurtownie farmaceutyczne.

Źródło: dane i opracowanie własne na podstawie danych IQVIA [2018, s. 10] i PEX [2024a, s. 7 i 8].

Należy zwrócić uwagę na dość dynamiczny rozwój tzw. sieci wirtualnych (afiliacji). W roku 2020 istniało 11 sieci wirtualnych, skupiających 2102 apteki. W 2024 r. liczba aptek w sieciach wirtualnych wzrosła o ponad 55% do 3267[34] (tab. 3). Tworzenie i rozwój sieci wirtualnych jest dążeniem do integracji pionowej z hurtowaniami farmaceutycznymi i sposobem na wzmocnienie siły konkurencyjnej wobec niemożności integracji poziomej (zablokowania koncentracji rynku przez AdA 1.0 i 2.0) lub braku przewagi kosztowej.

Tabela 3. Liczba sieci wirtualnych i aptek skupionych w tych sieciach w Polsce w latach 2020-2024

	2020	2021	2022	2023	2024
liczba sieci wirtualnych	11	12	12	12	13
liczba aptek w sieciach wirtualnych	2102	2874	3139	3216	3267

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych IQVIA.

34 PEX podaje inną liczbę (2419). Różnica wynika zapewne z odmiennego sposobu liczenia.

5.
EFEKTYWNOŚĆ EKONOMICZNA PODMIOTÓW APTECZNYCH

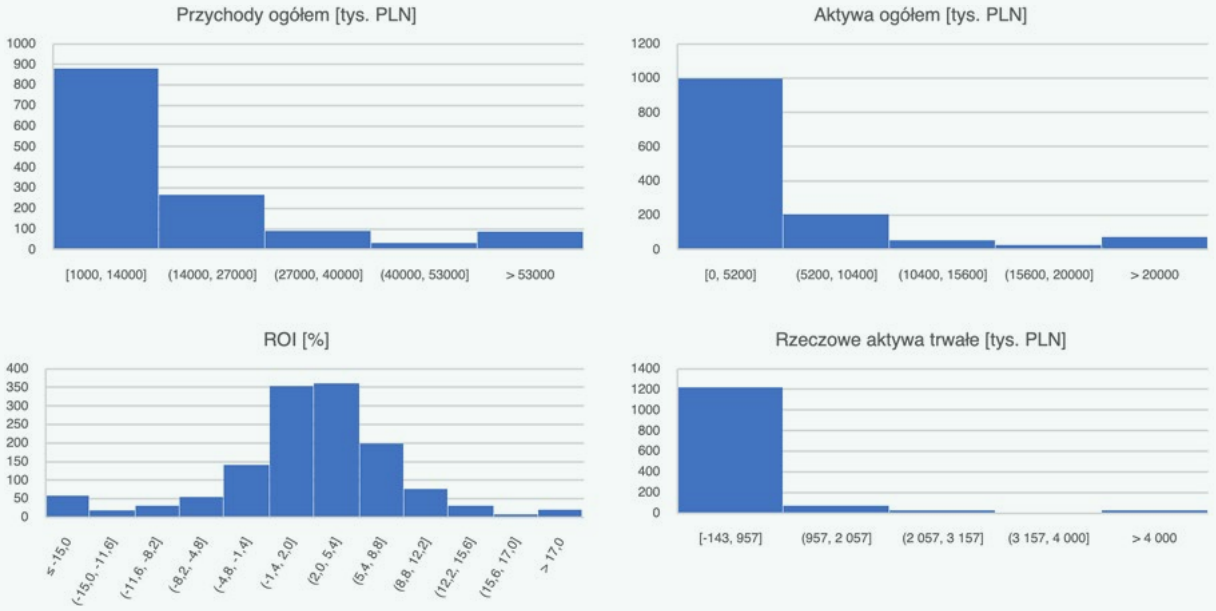
Sytuacja ekonomiczno-finansowa przedsiębiorstw aptecznych (2023 r.) jest bardzo silnie zróżnicowana (rys. 9), co odzwierciedla duże rozdrobnienie rynku. Większość przedsiębiorstw aptecznych (73,4%) to podmioty małe, o niskim zaangażowaniu kapitałowym (<5,2 mln zł). Niespełna 65% przedsiębiorstw osiąga 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[35] wyniosła w 2023 r. 1,62%, średni przychód roczny – 19,5 mln zł, a średnia wartość aktywów ogółem – 6,5 mln zł (tab. 4).

Tabela 4. Zróżnicowanie sytuacji ekonomiczno-finansowej przedsiębiorstw aptecznych działających w Polsce w 2023 r.

	Przychody ogółem (tys. zł)	Aktywa ogółem (tys. zł)	Rzeczowe aktywa trwałe (tys. zł)	ROI (%)
ogółem	26 532 336	8 788 447	721 129	-
max	647 040	266 822	113 667,7	152,33
min	1000	0	-143,1	-76,92
średnia	19 480,4	6452,6	529,5	1,62
mediana	9071,5	2393,5	55,9	2,15
odchylenie standardowe	42 377,4	16 542,4	3398,1	10,74

35 Wielkość próby to 1362 podmioty sprawozdające do KRS. Wg danych Ministerstwa Finansów, w sekcji PKD 47.73.Z (sprzedaż detaliczna wyrobów farmaceutycznych prowadzona w wyspecjalizowanych sklepach) działało w Polsce w 2023 r. 3451 podmiotów (439 podatników podatku dochodowego od osób prawnych i 3012 podatników podatku dochodowego od osób fizycznych, pismo nr BMI1.0123.1544.2025 w odpowiedzi na zapytanie Autorów złożone w trybie dostępu do informacji publicznej). W próbie znalazło się więc ok. 39,5% wszystkich podmiotów aptecznych, co jest wielkością większą niż konieczna dla zapewnienia reprezentatywności populacji i wiarygodności wyników analizy statystycznej.

Rysunek 9. Sytuacja ekonomiczno-finansowa przedsiębiorstw aptecznych działających w Polsce w 2023 r. (histogramy)



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

	Przychody ogółem (tys. zł)	Aktywa ogółem (tys. zł)	Rzeczowe aktywa trwałe (tys. zł)	ROI (%)
pierwsze 20	**5 909 807**	**2 008 796**	**194 000**	**-**
max	647 040	266 822	113 667,7	12,09
min	159 473	38 896	864,3	-4,6
średnia	295 490,4	100 439,8	9700	1,12
mediana	242 595,5	74 770	3144,1	0,3
odchylenie standardowe	141 547,1	63 096,2	24 702,1	3,81
pierwsze 100	**12 259 701**	**4 119 306**	**349 859**	**-**
max	647 040	266 822	113 667,7	16,46
min	48 876	3854	22,5	-17
średnia	122 597	41 193,1	3498,6	1,92
mediana	82 432	22 947	1148	1,65
odchylenie standardowe	108 836,4	44 761	11 700,5	4,52
ostatnie 100	**156 187**	**97 778**	**3548**	**-**
max	2060	14 552	894,9	88
min	1000	36	0	-76,9
średnia	1561,9	977,8	35,5	-0,8
mediana	1569	492,5	0	0,8
odchylenie standardowe	337,7	2101,3	142,2	19,9

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

Rozrzut wartości poszczególnych wskaźników sytuacji finansowej (tab. 5-12) 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 78,5 razy większe 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. Duzi są efektywniejsi – ich rentowność inwestycji jest średnio o 3 pp. wyższa (tab. 5). 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 podmiotów 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% (tab. 13).

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	14 619,6	13 584,6	14 397,6	15 144,5	17 303,5	18 398,2	19 480,4	5,09
pierwsze 20	201 454,8	200 148,6	214 864,4	242 606,6	304 721,7	296 281,6	295 490,4	7,03
pierwsze 100	78 996,6	84 764,0	91 323,3	96 993,6	114 386,0	118 221,0	124 865,6	8,03
ostatnie 100	823,9	953,4	1055,0	1123,0	1150,5	1381,0	1561,9	11,40

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

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	-11 029,6	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: opracowanie własne na podstawie danych pobranych ze sprawozdań finansowych składanych w KRS; N=1362.

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

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

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

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

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

Tabela 12. Rentowność operacyjna aktywów (%) w latach 2017-2023

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

Tabela 13. Udział przedsiębiorstw aptecznych w przychodach, majątku i rzeczowych środkach trwałych populacji (%) (2023 r.)

	Przychody ogółem	Aktywa ogółem	Rzeczowe aktywa trwałe
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: opracowanie własne na podstawie danych pobranych ze sprawozdań finansowych składanych w KRS; N=1362.

Przeciętny podmiot apteczny opłacający podatek dochodowy od osób prawnych (CIT, w większości podmioty duże) zapłacił w 2023 r. podatek przeciętnie 2,6 razy większy niż przeciętny podmiot apteczny płacący podatek dochodowy od osób fizycznych[36] (PIT). 439 podmiotów aptecznych CIT zapłaciło w 2023 r. łącznie 3,4 mld zł podatku od towarów i usług (VAT należny, 3,6 mld zł w 2024 r.), podczas gdy 3012 podmiotów aptecznych PIT niespełna 1,2 mld zł (1,3 mld zł w 2024 r.). Oznacza to, że przeciętny podatnik CIT (przedsiębiorstwo apteczne) miał obrót ok. 39 razy większy od przeciętnego podatnika PIT. Podatnicy CIT odprowadzili w 2023 r. łącznie 54,7 mln zł zaliczek na podatek dochodowy od osób zatrudnionych (68,9 mln zł w 2024 r.), a podatnicy PIT – 54,1 mln zł (62,2 mln zł). Przeciętny przedsiębiorca apteczny CIT zatrudnia więc średnio 8,5 razy więcej pracowników niż przeciętny podmiot apteczny PIT (przy założeniu że wynagradzają jednakowo). Z tego porównania wynika, że kapitałowe spółki apteczne, w tym zapewne większość podmiotów prowadzących sieci apteczne 5+, mają, ogólnie rzecz biorąc, większą siłę rynkową i potencjał przetrwania na rynku.

36 Pismo Ministra Finansów z dnia 28 kwietnia 2025 r. nr BMI1.0123.1544.2025 w odpowiedzi na zapytanie autorów złożone w trybie dostępu do informacji publicznej.

6.
OCENA SKUTKÓW REGULACJI ADA

Bezpośrednim i głównym skutkiem ograniczeń w prowadzeniu działalności aptecznej, wprowadzonych w latach 2017 i 2023 (AdA 1.0 i AdA 2.0), był spadek liczby nowo tworzonych i przejmowanych aptek, a w konsekwencji spadek liczby aptek działających na polskim rynku. Krępując swobodny rozwój rynku, regulator nie dopuścił do naturalnego w gospodarce rynkowej stopniowego osiągnięcia poziomu nasycenia rynków właściwych[37]. Tempo spadku jest wyraźnie wyższe w grupie małych podmiotów aptecznych (prowadzących nie więcej niż 4 apteki ogólnodostępne) i na obszarach wiejskich. Najprawdopodobniej przyczyną ich wycofania się z rynku była utrata zdolności sprostania warunkom rynkowym i efektywnego gospodarowania. „Apteka dla Aptekarza" zablokowała jednak możliwość ich zastąpienia przez ekonomicznie efektywniejsze apteki sieciowe.

Spadek liczby aptek zmniejszył dostępność produktów leczniczych i wyrobów medycznych. Zmniejszenie ich dostępności wynika również stąd, że AdA ograniczyła rozwój sieci aptecznych, które, jak wynika z badań sektorowych, oferują szerszy asortyment towarów i sprzedają je po niższych cenach niż apteki pozostałe [WEI, 2020, s. 11-13].

Po drugie, wbrew deklarowanym celom AdA obniżyła zdolność, zwłaszcza małych podmiotów aptecznych, do konkurowania na rynku. Na prawidłowo funkcjonującym rynku podmiot efektywnie gospodarujący 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 podmiotami mniej efektywnymi. Warunkiem prawidłowego działania rynku jest jednak brak barier na nim. Dekoncentracja wymuszona przez AdA, stawiając bariery, uniemożliwiła lub przynajmniej bardzo utrudniła rozwój aptek 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 utrudniła po-

37 Przez rynek właściwy rozumie się 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 uokk).

prawę konkurencyjności podmiotów efektywniejszych (dużych) względem mniej efektywnych (małych) – z tabeli 3 wynika wyraźnie, że udział sieci aptecznych w rynku, mierzony wartością sprzedaży, jest większy niż ich udział w liczbie aptek, a z analizy przeprowadzonej w rozdziale poprzednim wynika, że duże podmioty apteczne są efektywniejsze i świadczą usługi na wyższym poziomie [Bratkowska i in., 2020] – 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 ok. 75% likwidowanych aptek należało do mikroprzedsiębiorstw. Powody zaprzestania przez nich działalności są więc inne. Regulacja rynku w 2017 r. nie zahamowała ich upadku.

Po trzecie, regulacja nie podniosła również stopnia konkurencji na rynku aptecznym. Oszacowana wartość wskaźnika Herfindahla-Hirschmana (wskaźnika koncentracji rynku) w 2017 r. była równa ok. 0,177, a w 2023 r. ok. 0,187. Zmiana jest więc znikoma, nierzutująca na ocenę stopnia koncentracji. Z badania przeprowadzonego przez UOKiK wynika, że, po pierwsze, przedsiębiorcy apteczni konkurują z sobą na niewielkich obszarach, w promieniu ok. 1 km od lokalizacji apteki, 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, zwłaszcza na obszarach mało zaludnionych, 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 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.

Skutkiem zmniejszonego dostępu do aptek i produktów leczniczych oraz osłabienia pozycji negocjacyjnej aptek względem hurtowni farmaceutycznych i producentów jest wzrost cen leków nierefundowanych i wydawanych bez recepty[38]. Spadek dostępności produktów leczniczych i wielkości ich sprzedaży oraz wzrost ich cen detalicznych spowodowały zmniejszenie się nadwyżki ekonomicznej konsumentów i nie można wykluczyć, że doprowadziły do przynajmniej częściowego wykluczenia z rynku niektórych z nich (osób o niskich dochodach). Obniżył się więc stopień bezpieczeństwa farmaceutycznego Polaków[39].

Po piąte wreszcie, AdA 2.0 ograniczyła rozporządzanie prawami majątkowymi i możliwość ustanawiania ograniczonych praw rzeczowych na majątku przedsiębiorstw aptecznych. W rezultacie skutecznie zablokowała zarówno możliwość rozwoju, jak i sprzedaży praw do sieci aptecznych, obniżając w ten sposób wartość przedsiębiorstw działających na tym rynku. Ograniczenie bowiem możliwości zbycia przedsiębiorstwa aptecznego prowadzi do:

- utraty korzyści w postaci większych zysków;
- utraty wartości firmy, tzw. *goodwill,* stanowiącej różnicę między rynkową wartością przedsiębiorstwa a wartością jego aktywów;
- zmniejszenia się wartości majątku;
- wzrostu kosztów finansowania działalności przedsiębiorstw aptecznych.

38 Skumulowany wzrost cen produktów leczniczych w latach 2018-2024 wyniósł 50,7% (obliczenia własne na podstawie danych PEX) i był wyższy od skumulowanego wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych (obliczenia własne na podstawie danych GUS) o 8,9 pp. Oznacza to, że blisko 20% wzrostu cen produktów leczniczych nie może być wyjaśniane działaniem ogólnych czynników inflacyjnych.

39 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.

Regulacja AdA oparła się na fałszywej przesłance, mówiącej iż istnieje zamienność (*trade-off*) między swobodą działalności gospodarczej a bezpieczeństwem farmaceutycznym ludności. Z powyższej analizy wynika, że pomimo znacznego ograniczenia tej swobody poprzez kontyngentowanie działalności aptecznej, wcale nie nastąpiła poprawa bezpieczeństwa lekowego, które należy przyjąć za nadrzędny cel jakiejkolwiek regulacji rynku aptecznego. Obecne rozwiązania nie są więc optymalne, istnieje bowiem, jak pokazali Bruno i in. (2022), możliwość poprawy sytuacji konsumentów leków bez szkody dla podmiotów aptecznych *en masse*.

7.
PROGNOZA LICZBY APTEK

Analiza przeprowadzona głównie w rozdziałach 3 i 4 posłużyła do przygotowania podstaw dla modelowania dalszego rozwoju rynku aptecznego w Polsce.

Główne determinanty tego rozwoju to:

- procesy demograficzne (spadek liczby ludności Polski, zmiana struktury wiekowej – starzenie się społeczeństwa, migracja wewnętrzna – ze wsi do miast, migracja zewnętrzna);
- uwarunkowania prawne;
- innowacje technologiczne (np. sprzedaż wysyłkowa);
- strategie biznesowe podmiotów aptecznych (rozwój sieci – koncentracja, tworzenie grup zakupowych – kooperacja i in.).

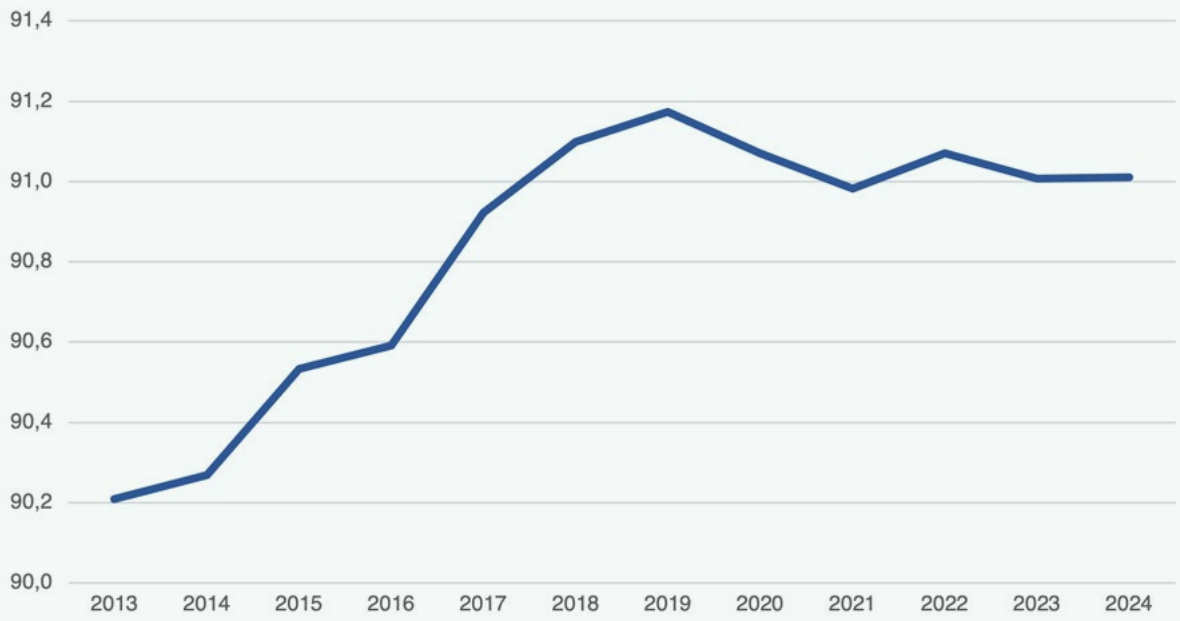
W modelu prognostycznym użytym do opracowania projekcji rozwoju rynku aptecznego w Polsce do roku 2040 (pierwszym rokiem prognozy jest 2025) zmienną objaśnianą jest liczba aptek w gminie, a zmiennymi objaśniającymi są:

a. liczba mieszkańców gmin w Polsce w latach 2018-2024 oraz liczba mieszkańców gmin prognozowana przez GUS do 2040 r.;
b. liczba aptek działających w gminach wg stanu na dzień 31 grudnia 2024 r.

Na zmienną objaśnianą nałożono następujące restrykcje:

- liczba mieszkańców gminy przypadająca na jedną aptekę ogólnodostępną nie może przekroczyć 3000;
- liczba aptek w województwie, które mogą być kontrolowane przez jeden podmiot apteczny, nie może przekroczyć x% łącznej liczby aptek w województwie, $x = \{1;10;20;30\}$;
- liczba aptek (w skali kraju), które mogą być kontrolowane przez jeden podmiot apteczny, nie może przekroczyć 4 (w scenariuszu 5.);
- jeśli w gminie wiejskiej działa apteka ogólnodostępna, nie może zostać w niej otwarty punkt apteczny.

Rysunek 10. Udział liczby aptek ogólnodostępnych w liczbie aptek i punktów aptecznych razem w Polsce w latach 2013-2024 (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie Rejestru Aptek.

Prognozując, przyjęto następujące założenia:

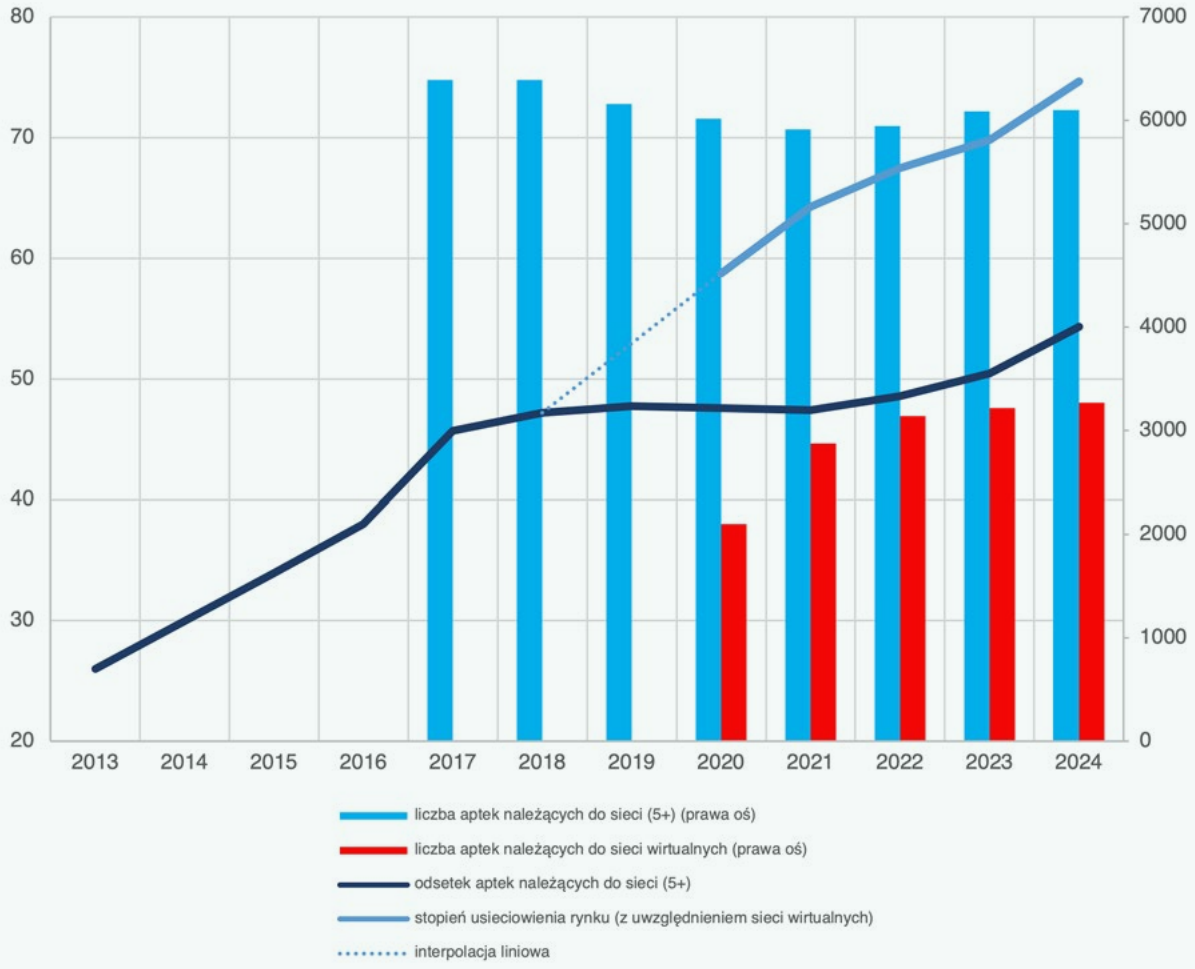
1. dotychczasowe tendencje rynkowe będą kontynuowane:
   - udział liczby aptek ogólnodostępnych w liczbie wszystkich aptek i punktów aptecznych łącznie będzie stały w czasie i wynosił 91%, to jest tyle, ile wynosił w latach 2013-2024[40] (rys. 10);
   - stopień usieciowienia aptek (udział liczby aptek tworzących sieć w liczbie aptek ogółem, w %) rósł w latach 2017-2024 w trendzie nieliniowym (logarytmicznie)[41] (rys. 11) z 45,68% do 54,32% w 2024 r. i trend ten będzie kontynuowany w kolejnych latach;
2. podmioty apteczne będą dążyły do osiągnięcia poziomu nasycenia rynku w granicach prawa (przestrzegając wszelkich ograniczeń w zakresie udzielania zezwoleń na prowadzenie apteki);
3. konsolidacja sieci aptecznych (5+) będzie postępowała, szczególnie w segmencie sieci wirtualnych (liczbę sieci aptecznych w Polsce pokazano na rys. 12);
4. poziom nasycenia i maksymalny stopień usieciowienia (90%) będą osiągane stopniowo i równomiernie (tworzenie i przejmowanie aptek wymagają czasu);
5. brak migracji (zewnętrznej i wewnętrznej) ludności;
6. szacunek opiera się na rozkładzie liczby ludności w gminach wg miejsca zameldowania.

---

40 Założenie upraszczające, konieczne z uwagi na brak informacji o relacji progu rentowności działania apteki ogólnodostępnej do progu rentowności działania punktu aptecznego.

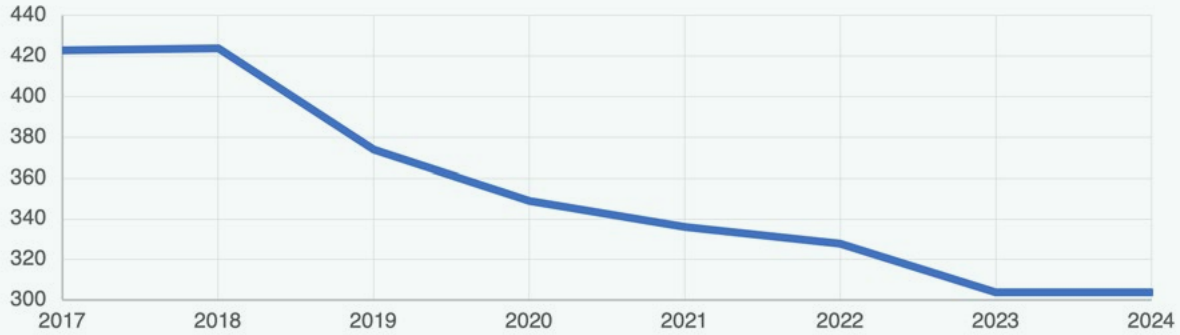
41 Z powodu braku danych o liczbie aptek należących do sieci wirtualnych w latach 2018 i 2019 stopień usieciowienia w tych latach interpolowano liniowo.

Rysunek 11. Liczba aptek w sieciach (5+ i wirtualnych) i stopień usieciowienia rynku (w %) w Polsce w latach 2013-2024



Źródło: opracowanie własne na podstawie Rejestru Aptek i danych IQVIA.

Rysunek 12. Liczba sieci aptecznych (5+) w Polsce w latach 2017-2024



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych IQVIA.

Procedura prognozowania jest dwuetapowa. Wpierw zostaje oszacowana maksymalna liczba aptek, jakie mogą działać w każdej gminie, oparta na prognozie liczby mieszkańców wg GUS, spełniająca ww. przyjęte ograniczenia i założenia.

Obliczono, że gdyby rozwój rynku aptecznego postępował zgodnie z przyjętymi założeniami, a limit liczby aptek, jakie może kontrolować jeden podmiot apteczny w skali województwa, wyniósłby 40% (scenariusz czwarty), wówczas całkowity przyrost liczby aptek ogólnodostępnych w Polsce do 2040 r. wyniósłby 2024 (tab. 14, szczegółowe dane w tabelach 15-19), przy czym w samym województwie mazowieckim 342. Gdyby limit ten wyniósł 20%, to całkowity przyrost liczby aptek do 2040 r. wyniósłby 661, w tym 118 w województwie mazowieckim. Jeśli zaś obecny porządek prawny zostanie utrzymany (scenariusz 5.), to liczba aptek zmniejszy się do 2040 r. o niemal 750. Liczby te należy interpretować jako potencjał przyrostowy, tj. przyrost do poziomu nasycenia, zaspokajającego w pełni popyt rynkowy, w środowisku, w którym przebieg założonych procesów nie zostałby zakłócony żadnymi innymi czynnikami niż ww. wymienione, a podmioty apteczne postępowałyby racjonalnie.

Tabela 14. Przyrost liczby aptek ogólnodostępnych w Polsce do roku 2040 wg województw w scenariuszach 1-5

	x = 10%	*x* = 20%	*x* = 30%	*x* = 40%	*x* = 1%
Polska	**279**	**661**	**1508**	**2024**	**-749**
dolnośląskie	22	49	117	152	-28
kujawsko-pomorskie	18	35	92	120	-27
lubelskie	11	35	70	98	-213
lubuskie	4	16	41	55	-20
łódzkie	8	23	73	92	-157
małopolskie	28	68	146	198	27
mazowieckie	57	118	257	342	120
opolskie	2	10	30	40	-35
podkarpackie	19	48	113	151	-23
podlaskie	3	16	36	50	-81
pomorskie	30	66	132	180	78
śląskie	26	64	128	180	-54
świętokrzyskie	7	17	47	62	-66
warmińsko-mazurskie	14	23	63	83	-25
wielkopolskie	23	52	110	152	-166
zachodniopomorskie	7	21	53	69	-79

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 15. Liczba aptek w Polsce w latach 2025-2040 w scenariuszu 1. (*x* = 10%) wg województw

	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	przyrost
Polska	**11 240**	**11 241**	**11 241**	**11 244**	**11 245**	**11 276**	**11 297**	**11 300**	**11 316**	**11 317**	**11 372**	**11 375**	**11 378**	**11 497**	**11 518**	**11 519**	**279**
dolnośląskie	851	851	851	852	852	855	856	857	859	859	864	864	865	870	873	873	22
kujawsko-pomorskie	564	564	564	564	564	565	565	565	566	566	571	571	571	581	582	582	18
lubelskie	699	699	699	699	699	699	702	702	703	703	706	706	706	710	710	710	11
lubuskie	272	272	272	272	272	272	272	272	272	272	274	274	274	276	276	276	4
łódzkie	774	774	774	774	774	774	774	774	774	774	778	778	778	782	782	782	8
małopolskie	990	990	990	990	990	994	998	998	1000	1000	1005	1005	1005	1016	1018	1018	28
mazowieckie	1553	1554	1554	1555	1556	1565	1568	1569	1571	1572	1579	1581	1582	1603	1609	1610	57
opolskie	273	273	273	273	273	273	273	273	273	273	273	273	273	275	275	275	2
podkarpackie	579	579	579	579	579	580	581	581	585	585	589	589	589	597	598	598	19
podlaskie	363	363	363	363	363	363	363	363	363	363	365	365	365	366	366	366	3
pomorskie	638	638	638	639	639	645	649	650	650	650	653	654	655	665	668	668	30
śląskie	1269	1269	1269	1269	1269	1272	1276	1276	1277	1277	1280	1280	1280	1294	1295	1295	26
świętokrzyskie	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350	352	352	352	357	357	357	7
warmińsko-mazurskie	370	370	370	370	370	370	370	370	371	371	373	373	373	384	384	384	14
wielkopolskie	1177	1177	1177	1177	1177	1180	1180	1180	1182	1182	1187	1187	1187	1197	1200	1200	23
zachodniopomorskie	518	518	518	518	518	519	520	520	520	520	523	523	523	524	525	525	7

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Tabela 16. Liczba aptek w Polsce w latach 2025-2040 w scenariuszu 1. (*x* = 20%) wg województw

	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	przyrost
Polska	**11 240**	**11 241**	**11 250**	**11 295**	**11 317**	**11 369**	**11 381**	**11 519**	**11 521**	**11 547**	**11 556**	**11 787**	**11 811**	**11 868**	**11 894**	**11 901**	**661**
dolnośląskie	851	851	852	856	859	864	865	873	873	875	875	889	892	898	899	900	49
kujawsko-pomorskie	564	564	564	565	566	571	571	582	582	582	582	593	594	599	599	599	35
lubelskie	699	699	699	702	703	706	706	710	710	713	713	728	728	731	734	734	35
lubuskie	272	272	272	272	272	274	274	276	276	276	276	286	286	288	288	288	16
łódzkie	774	774	774	774	774	778	778	782	782	782	782	793	793	797	797	797	23
małopolskie	990	990	991	998	1000	1004	1006	1018	1018	1023	1024	1045	1048	1052	1057	1058	68
mazowieckie	1553	1554	1558	1567	1572	1579	1583	1610	1612	1615	1620	1649	1655	1664	1669	1671	118
opolskie	273	273	273	273	273	273	273	275	275	275	275	283	283	283	283	283	10
podkarpackie	579	579	579	581	585	589	589	598	598	599	599	621	622	626	627	627	48
podlaskie	363	363	363	363	363	365	365	366	366	366	366	377	377	379	379	379	16
pomorskie	638	638	640	648	650	652	655	668	668	674	676	689	693	697	702	704	66
śląskie	1269	1269	1270	1276	1277	1279	1281	1295	1295	1300	1301	1323	1325	1327	1332	1333	64
świętokrzyskie	350	350	350	350	350	352	352	357	357	357	357	365	365	367	367	367	17
warmińsko-mazurskie	370	370	370	370	371	373	373	384	384	384	384	391	391	393	393	393	23
wielkopolskie	1177	1177	1177	1180	1182	1187	1187	1200	1200	1200	1200	1221	1224	1229	1229	1229	52
zachodniopomorskie	518	518	518	520	520	523	523	525	525	526	526	534	535	538	539	539	21

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Tabela 17. Liczba aptek w Polsce w latach 2025-2040 w scenariuszu 1. (*x* = 30%) wg województw

	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	przyrost
Polska	**11 240**	**11 305**	**11 477**	**11 482**	**11 698**	**11 733**	**11 763**	**11 793**	**12 362**	**12 391**	**12 469**	**12 490**	**12 518**	**12 697**	**12 743**	**12 748**	**1508**
dolnośląskie	851	858	868	869	881	885	886	890	936	938	947	949	951	962	968	968	117
kujawsko-pomorskie	564	566	581	581	591	592	592	593	632	632	638	639	639	654	656	656	92
lubelskie	699	703	710	710	724	724	727	727	751	754	757	758	761	768	769	769	70
lubuskie	272	272	276	276	286	286	286	286	307	307	309	309	309	313	313	313	41
łódzkie	774	774	782	782	793	793	793	793	835	835	839	839	839	847	847	847	73
małopolskie	990	999	1014	1014	1033	1037	1043	1046	1096	1101	1108	1110	1115	1131	1136	1136	146
mazowieckie	1553	1566	1594	1597	1625	1636	1642	1651	1734	1740	1753	1759	1764	1794	1806	1810	257
opolskie	273	273	275	275	283	283	283	283	301	301	301	301	301	303	303	303	30
podkarpackie	579	585	597	597	615	616	617	618	664	665	670	674	675	687	692	692	113
podlaskie	363	363	366	366	377	377	377	377	394	394	396	396	396	399	399	399	36
pomorskie	638	647	660	661	674	681	687	693	729	735	742	743	749	764	769	770	132
śląskie	1269	1276	1292	1292	1313	1316	1322	1324	1362	1367	1371	1372	1377	1394	1397	1397	128
świętokrzyskie	350	350	357	357	365	365	365	365	388	388	390	390	390	397	397	397	47
warmińsko-mazurskie	370	371	384	384	390	390	390	390	416	416	418	419	419	432	433	433	63
wielkopolskie	1177	1182	1197	1197	1216	1219	1219	1222	1257	1257	1265	1267	1267	1282	1287	1287	110
zachodniopomorskie	518	520	524	524	532	533	534	535	560	561	565	565	566	570	571	571	53

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Tabela 18. Liczba aptek w Polsce w latach 2025-2040 w scenariuszu 1. (*x* = 40%) wg województw

	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	przyrost
Polska	**11 240**	**11 306**	**11 486**	**11 535**	**11 770**	**11 856**	**11 889**	**12 034**	**12 604**	**12 637**	**12 723**	**12 958**	**13 007**	**13 187**	**13 253**	**13 264**	**2024**
dolnośląskie	851	858	869	874	888	897	899	908	954	956	965	979	984	995	1002	1003	152
kujawsko-pomorskie	564	566	581	582	593	599	599	610	649	649	655	666	667	682	684	684	120
lubelskie	699	703	710	713	728	731	734	738	762	765	768	783	786	793	797	797	98
lubuskie	272	272	276	276	286	288	288	290	311	311	313	323	323	327	327	327	55
łódzkie	774	774	782	782	793	797	797	801	843	843	847	858	858	866	866	866	92
małopolskie	990	999	1015	1022	1043	1051	1057	1070	1120	1126	1134	1155	1162	1178	1187	1188	198
mazowieckie	1553	1567	1598	1609	1641	1658	1665	1694	1778	1785	1802	1834	1845	1876	1890	1895	342
opolskie	273	273	275	275	283	283	283	285	303	303	303	311	311	313	313	313	40
podkarpackie	579	585	597	599	621	626	627	636	682	683	688	710	712	724	730	730	151
podlaskie	363	363	366	366	377	379	379	380	397	397	399	410	410	413	413	413	50
pomorskie	638	647	662	671	685	694	701	716	752	759	768	782	791	806	815	818	180
śląskie	1269	1276	1293	1299	1321	1326	1332	1347	1385	1391	1396	1418	1424	1441	1448	1449	180
świętokrzyskie	350	350	357	357	365	367	367	372	395	395	397	405	405	412	412	412	62
warmińsko-mazurskie	370	371	384	384	391	393	393	404	430	430	432	439	439	452	453	453	83
wielkopolskie	1177	1182	1197	1200	1221	1229	1229	1242	1277	1277	1285	1306	1309	1324	1329	1329	152
zachodniopomorskie	518	520	524	526	534	538	539	541	566	567	571	579	581	585	587	587	69

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Tabela 19. Liczba aptek w Polsce w latach 2025-2040 w scenariuszu 5. (brak zmian, *x* = 1%) wg województw

	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	przyrost
Polska	**11 229**	**11 168**	**11 119**	**11 093**	**11 067**	**11 000**	**10 958**	**10 896**	**10 813**	**10 751**	**10 709**	**10 642**	**10 616**	**10 590**	**10 541**	**10 480**	**-749**
dolnośląskie	850	846	846	842	844	838	841	836	836	831	834	828	830	826	826	822	-28
kujawsko-pomorskie	564	560	559	560	561	556	556	552	549	545	545	540	541	542	541	537	-27
lubelskie	699	691	681	675	650	642	634	624	561	551	543	535	510	504	494	486	-213
lubuskie	272	272	269	266	272	272	270	269	255	254	252	252	258	255	252	252	-20
łódzkie	774	764	756	741	731	720	711	703	688	680	671	660	650	635	627	617	-157
małopolskie	989	986	988	991	997	997	996	993	1012	1009	1008	1008	1014	1017	1019	1016	27
mazowieckie	1548	1552	1556	1567	1583	1586	1591	1595	1621	1625	1630	1633	1649	1660	1664	1668	120
opolskie	273	272	268	266	260	259	256	254	257	255	252	251	245	243	239	238	-35
podkarpackie	579	572	571	572	573	568	566	558	577	569	567	562	563	564	563	556	-23
podlaskie	363	360	356	348	348	346	341	338	307	304	299	297	297	289	285	282	-81
pomorskie	635	637	641	646	658	657	660	666	682	688	691	690	702	707	711	713	78
śląskie	1268	1262	1252	1254	1257	1250	1241	1235	1247	1241	1232	1225	1228	1230	1220	1214	-54
świętokrzyskie	350	347	341	341	334	330	325	322	312	309	304	300	293	293	287	284	-66
warmińsko-mazurskie	370	370	367	370	362	361	359	359	356	356	354	353	345	348	345	345	-25
wielkopolskie	1177	1163	1157	1149	1139	1125	1120	1105	1083	1068	1063	1049	1039	1031	1025	1011	-166
zachodniopomorskie	518	514	511	505	498	493	491	487	470	466	464	459	452	446	443	439	-79

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

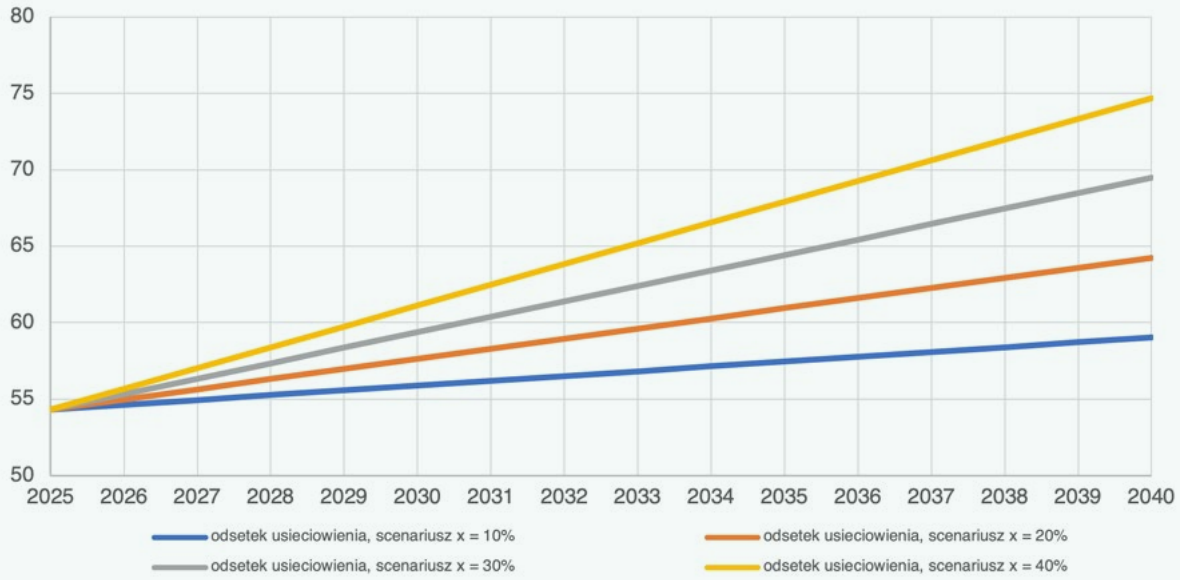
W każdym scenariuszu największy dodatni przyrost liczby aptek nastąpiłby w województwie mazowieckim, a najmniejszy w województwie opolskim. W scenariuszu 4. całkowity przyrost liczby aptek sięga 18% obecnej ich liczby. Z kolei w razie utrzymania zasady „Apteka dla Aptekarza" spadek liczby aptek wyniesie 6,7%. Ta asymetria jest wynikiem nakładania się na siebie dwóch tendencji: malejącej liczby ludności Polski i dążenia do nasycenia rynku w warunkach reglamentacji działalności aptecznej. W scenariuszach 1-4. tendencje te są przeciwstawne – częściowo lub całkowicie zniesione ograniczenia w uzyskiwaniu zezwoleń na prowadzenie aptek umożliwiają rozwój rynku w stopniu uzależnionym od tempa spadku liczby mieszkańców kraju. W przypadku utrzymania w mocy przepisów obowiązujących obecnie tendencje te wzmacniają się – spadek liczby ludności zmniejsza opłacalność prowadzenia aptek na obszarach wyludniających się, a geograficzno-demograficzne warunki udzielania zezwoleń powodują, że tworzenie nowych aptek w miejsce likwidujących się przestaje być możliwe.

W kolejnym etapie oszacowana zostaje maksymalna liczba aptek w województwie, jaka może być kontrolowana przez jeden podmiot apteczny, wynikająca z zasady „*x*%". Poniższy przykład numeryczny przedstawia przebieg symulacji. Przypuśćmy, że w województwie działa 500 aptek w 2024 r., a na podstawie prognozy liczby mieszkańców wg GUS oszacowano, że łączna liczba aptek, które będą mogły działać w tym województwie w roku 2040 wynosi 900. Dla *x* = 30 maksymalna liczba aptek w województwie, kontrolowanych przez jeden podmiot apteczny, wynosi (do 2040 r.)

$$min\ \{900 - 500;\ 30\% \cdot 900\} = 270$$

Uwzględniając projekcję zmian stopnia usieciowienia rynku (rys. 13), oszacowano maksymalną liczbę aptek (tab. 20) w latach 2025-2040, wg poszczególnych scenariuszy.

Rysunek 13. Zmiana stopnia usieciowienia rynku w latach 2025-2040 w analizowanych scenariuszach (w %)



Źródło: opracowanie własne.

Tabela 20. Maksymalna liczba aptek działających w sieciach w latach 2025-2040 w scenariuszach 1-5

rok	*x* = 10%	*x* = 20%	*x* = 30%	*x* = 40%	*x* = 1%
2025	6106	6106	6106	6106	6106
2026	6203	6272	6341	6410	6045
2027	6365	6505	6646	6786	6131
2028	6456	6667	6878	7089	6178
2029	6652	6939	7226	7513	6224
2030	6766	7127	7489	7850	6247
2031	6850	7285	7720	8155	6283
2032	6999	7513	8027	8541	6307
2033	7400	8015	8630	9245	6319
2034	7489	8182	8876	9570	6342
2035	7610	8386	9162	9938	6376
2036	7821	8691	9560	10 429	6394
2037	7922	8874	9826	10 778	6437
2038	8104	9150	10 195	11 241	6479
2039	8218	9349	10 481	11 612	6507
2040	8297	9511	10 724	11 938	6527

Źródło: opracowanie własne.

We wszystkich scenariuszach liczba aptek działających w sieci rosłaby do roku 2040; najbardziej w scenariuszu 4., o ponad 5832, tj. niemal dwukrotnie. Stopień usieciowienia rynku wzrósłby wówczas do 90%. W scenariuszach 1-3. liczba aptek sieciowych do roku 2040 wzrosłaby o odpowiednio: 2191 (35,9%), 3405 (55,8%) i 4618 (75,6%), a stopień usieciowienia rynku w 2040 r. sięgnąłby odpowiednio: 62,6%, 71,7% i 80,9%. Najmniejszy przyrost liczby aptek sieciowych miałby miejsce w scenariuszu 5. – sięgnąłby 421, tj. 6,9%. Wzrost stopnia usieciowienia rynku w tym scenariuszu (z 52,3% do 62,3% w 2040 r.) wynika ze spadku liczby aptek niesieciowych.

8.
PODSUMOWANIE

„Apteka dla Aptekarza" spowodowała spadek liczby aptek działających w Polsce, a w konsekwencji ograniczenie dostępności leków. Wbrew więc deklarowanym celom regulacji zmniejszyła ona bezpieczeństwo lekowe ludności, nie poprawiając sytuacji małych podmiotów aptecznych. Skutkiem AdA jest również spadek wartości rynkowej przedsiębiorstw aptecznych.

„Apteka dla Aptekarza" jest przykładem zbędnej regulacji, która zakłóciła normalne funkcjonowanie rynku, nie przynosząc żadnych (spodziewanych) pozytywnych efektów. Naruszając swobodne działania rynku, AdA doprowadziła do ubytku dobrobytu społecznego. Skutki regulacji rynku aptecznego w Polsce w latach 2017 i 2023 są więc podobne do zaobserwowanych w innych krajach, w których dokonano reglamentacji rynku detalicznej sprzedaży leków (por. Lluch i Kanavos, 2010; Vogler i in., 2012; Vogler, 2014; Vogler i in., 2014; Vogler i in., 2016; WHO, 2024; Jokelainen, 2025).

Z prognozy skutków hipotetycznej deregulacji rynku aptecznego w Polsce wynika, że nawet gdyby znieść wszelkie kryteria udzielania zezwoleń na prowadzenie apteki nie doszłoby do ograniczenia konkurencji rynkowej, a rynek osiągnąłby naturalny poziom nasycenia, uwarunkowany przede wszystkim (spadającą) liczbą ludności Polski (tab. 21 przedstawia syntetyczne zestawienie wyników prognoz). Deregulacja jest pożądana, bowiem umożliwiłaby rozwój sieci aptecznych, które – jak wynika z badań – oferują szerszy asortyment towarów po niższej cenie, są ekonomicznie sprawniejsze i świadczą usługi farmaceutyczne wyższej jakości.

Tabela 21. Syntetyczne zestawienie wyników prognoz wg scenariuszy (zmiana między rokiem 2025 a 2040)

	x = 10%	*x* = 20%	*x* = 30%	*x* = 40%	*x* = 1%
przyrost liczby aptek	279	661	1508	2024	-749
przyrost liczby aptek sieciowych	2191	3405	4618	5832	421
stopień usieciowienia rynku	62,6%	71,7%	80,9%	90%	62,3%
liczba sieci	248	256	265	276	242

Źródło: opracowanie własne.

Z uwagi na spadającą liczbę ludności Polski, wątpliwe szanse jej uzupełnienia imigrantami oraz migrację ludności ze wsi do miast i z mniejszych ośrodków miejskich do większych, liczba ośrodków urbanizacyjnych zbyt małych (mało zaludnionych) do osiągnięcia rentowności przez podmiot apteczny będzie rosła, co spowoduje likwidację aptek (i punktów aptecznych) w takich ośrodkach. Dla zapewnienia bezpieczeństwa lekowego ludności zamieszkałej na tych terenach konieczne stanie się poszukiwanie nowych instrumentów polityki lekowej. Sieci apteczne osiągają korzyści skali, które umożliwiają lokowanie aptek na obszarach o niskim potencjale sprzedażowym, tj. w miejscach, w których podmioty apteczne o wyższym koszcie przeciętnym nie podejmą działalności z powodu jej nieopłacalności. Obecne przepisy w zakresie udzielania zezwoleń na prowadzenie apteki ogólnodostępnej uniemożliwiają taki rozwój sieci aptek w Polsce, a więc obniżają stopień bezpieczeństwa lekowego w kraju.

LITERATURA

1. Anell, A. (2005). Deregulating the pharmacy market: the case of Iceland and Norway. *Health Policy*, 75(1): 9-17. http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.01.020.
2. Aue, R. (2020). *Spatial effects of price regulations and competition. A dynamic approach to the German retail pharmacy market.* University of Bonn and University of Mannheim: Discussion Paper Series – CRC TR 224: 195.
3. Baranowski, Z. (2021). Znikające apteki. *Nasz Dziennik*, 27 lutego. https://naszdziennik.pl/polska-kraj/233455,znikajace-apteki.html. Dostęp: 2025.05.14.
4. Bilka, M., Duarte, A.P., Lábaj, M. (2023). Entry and competition of retail pharmacies: A case study of OTC drugs sales and ownership deregulation. *Česká a Slovenská Farmacie*, 72: 11-20.
5. Bratkowska, K., Religioni, U., Krysiński, J., Merks, P. (2020). Quality of pharmaceutical services in independent pharmacies and pharmacy chains in Poland from the patient perspective. *Patient Preference and Adherence*, 14: 2459-2467. https://doi.org/10.2147/PPA.S284014.
6. Bruno, G., Cavola, M., Diglio, A., Elizalde, J., Piccolo, C. (2022). A locational analysis of deregulation policies in the Spanish retail pharmaceutical sector. *Socio-Economic Planning Sciences*, 82A, 101233. https://doi.org/10.1016/j.seps.2022.101233.
7. Cygler, J. (2008). Kooperencja przedsiębiorstw a cykl życia sektora. *Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów*, 90: 60-71.
8. *Fala likwidacji aptek w Polsce. Co się dzieje? Dwa powody* (2024). 16 maja. https://www.money.pl/gospodarka/apteki-znikaja-wlasciciele-nie-sa-w-stanie-znalezc-pracownikow-7028056646228960a.html. Dostęp: 2025.05.14.
9. Gallone, E.L., Enri, L.R., Pignata, I., Baratta, F., Brusa, P. (2020). The 2017 deregulation of pharmacies in Italy: Introducing non-pharmacist ownership. *Health Policy,* 124: 1281-1286. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.08.013.
10. Główny Urząd Statystyczny (2025). *Apteki i punkty apteczne w 2024 r.* Warszawa, 30 lipca.
11. IQVIA (2025). *Rynek farmaceutyczny w 2024 roku.* Warszawa.
12. Jo, W., Nam, H., Choi, J. (2022). Opening the OTC drug market: The effect of deregulation on retail pharmacy's performance. *International Journal of Research in Marketing*, 39(3): 847-866. https://doi.org/10.1016/j.ijresmar.2021.10.001.
13. Jokelainen, A., Markkanen, J., Leppälä, S., Siikanen, M., Sipiläinen, M., Toivanen, O. (2025). Free entry and social inefficiency in regulated pharmacy market. *CEPR Discussion Papers*, DP20095.
14. Lábaj, M., Silanič, P., Weiss, C., Yontcheva, B. (2018). Market structure and competition in the healthcare industry: Results from a transition economy. *European Journal of Health Economics*, 19(8), 1087-1110.
15. *Lewiatan złożył skargę do Komisji Europejskiej ws. zaostrzenia ustawy "Apteka dla Aptekarza"* (2023). 8 listopada. https://lewiatan.org/lewiatan-zlozyl-skarge-do-komisji-europejskiej-ws-zaostrzenia-ustawy-apteka-dla-aptekarza-mp3/. Dostęp: 07.08.2025.

16. *L'identikit delle Catene: crescita lenta ma constante* (2025). Farmamese, 25 lutego. https://www.farmamese.it/lidentikit-delle-catene-crescita-lenta-ma-costante/. Dostęp: 23.09.2025.
17. Lluch, M., Kanavos, P. (2010). Impact of regulation of community pharmacies on efficiency, access and equity: evidence from the UK and Spain. *Health Policy*, 95(2-3): 245-54. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2009.11.002.
18. Mączyński, P. (2024). *Witamy w aptekarskim piekle, które PiS uregulował taką ustawą, że zaraz za nią zapłacimy miliardy złotych odszkodowań*. 23 grudnia. https://wyborcza.biz/biznes/7,147743,31555252,witamy-w-aptekarskim-piekle-ktore-pis-uregulowal-taka-ustawa.html?disableRedirects=true. Dostęp: 07.08.2025.
19. 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.
20. Momot, R. (2016). *Rynek dystrybucji farmaceutycznej w Polsce.* Raport Fundacji Republikańskiej.
21. Mroczek, B., Witsanko, A., Grochans, E., Rotter, I., Jasińska, M., Jurczak, A., Żułtak-Bączkowska, K. (2012). Wpływ reklam na zakup leków bez recepty przez osoby powyżej 60. roku życia. *Family Medicine & Primary Care Review*, 14(3): 407-409.
22. Najwyższa Izba Kontroli (2018). *Działalność organów państwa na rzecz zapewnienia dostępności produktów leczniczych. Informacja o wynikach kontroli.* Warszawa. 139/2018/P/17/110/LZG.
23. Nilsson, I. (2017). *Competition and market-entry into the Swedish pharmacy market: A study on municipality level between 2011-2016.* Umeå University, praca magisterska.
24. Pagano, E., Pagliero, M., Pivetta, E., Richiardi, L. (2022). Pharmacists in Italy. w: Kleiner, M.M., Koumenta, M. (red.). *Grease or grit?: International case studies of occupational licensing and its effects on efficiency and quality.* Kalamazoo, WI: W.E. Upjohn Institute for Employment Research, s. 51-74.
25. PEX (2025). *Uniwers aptek. Grudzień 2023.* Warszawa, 29 stycznia.
26. Pilarczyk, B. (2014). Uwarunkowania działań marketingowych na rynku farmaceutycznym. w: Michalik M., Pilarczyk B., Mruk H. (red.). *Marketing strategiczny na rynku farmaceutycznym.* wyd. 4. Kraków: Wolters Kluwer Polska, s. 31-55.
27. Písek, J., Pícha, K. (2018). Liberalization and integration of drug distribution in the EU 28 and Norway. *Ceska a Slovenska Farmacie*, 67(1): 14-24.
28. Religioni, U., Pakulska, T. (2020). Wpływ regulacji prawnych na poziom konkurencyjności aptek ogólnodostępnych. *Farmacja Polska*, 76(1): 18-24. doi: 10.32383/farmpol/118357.
29. Rose, G., Mazzulla, F. (2023). Relaxing occupational licensing in Italy: A staggered difference in differences analysis using balance-sheet data of Italian pharmacies. *Working Papers* 202302, Università della Calabria, Dipartimento di Economia, Statistica e Finanza "Giovanni Anania".
30. Rządkowski, G., Sobczak, L. (2020). A generalized logistic function and its applications. *Foundations of Management*, 12: 85-92.
31. Sävlind, C. (2015). Customers' perceptions of the re-regulated pharmacy market. A qualitative study of the views of Stockholm customers five years after the re-regulation process. Umeå University, praca magisterska.
32. Schaumans, C., Verboven, F. (2008). Entry and regulation: Evidence from health care professions. *Rand Journal of Economics*, 39(4): 949-972. DOI: 10.1111/j.1756-2171.2008.00045.x.

33. Słowik, P., Sosnowska, M. (2020). Po wyrokach NSA: czyżby koniec marzeń o rozdrobnionym rynku aptek? *Tygodnik Gazeta Prawna*, 14 lutego.
34. *SMC files bill to deregulate pharmacy business, chamber critical (2021). The Slovenia Times*, 20 lutego. https://sloveniatimes.com/22933/smc-files-bill-to-deregulate-pharmacy-business-chamber-critical. Dostęp: 08.08.2025.
35. Stankiewicz, R. (2014). *Model racjonalizacji dostępu do produktu leczniczego.* Warszawa: C.H.Beck.
36. Swedish Pharmacy Association (2024). *Sveriges Apoteksförening. Sector report 2024.* Sztokholm.
37. *Szkody szacowane na miliardy zł. Mają dość. Idą do sądu* (2024). 26 listopada. https://www.money.pl/gospodarka/szkody-szacowane-na-miliardy-zl-maja-dosc-ida-do-sadu-7096717583952448a.html. Dostęp: 02.09.2025.
38. Ulatowska-Szostak, E. (2008). Wpływ reklamy na zakup leków, parafarmaceutyków i preparatów witaminowych w opiniach klientów aptek – porównanie lat 2002 i 2007. *Problemy Higieny i Epidemiologii,* 89(3): 441-444.
39. Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów (2015). *Streszczenie raportu dotyczącego detalicznej sprzedaży leków.* Warszawa, maj.
40. Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów (2017). Pismo prezesa urzędu do przewodniczącego sejmowej Komisji Nadzwyczajnej do Spraw Deregulacji ws. opinii o projekcie ustawy o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne, znak: DPR-071-3/17/EU, 5 stycznia.
41. Vogler, S. (2014). *Liberalization in the pharmacy sector*. Paryż: OECD Global Forum on Distribution, DAF/COMP/GF(2014)6, 18 marca.
42. Vogler, S., Arts, D., Sandberger, K. (2012). *Impact of pharmacy deregulation and regulation in European countries. Summary report.* Wiedeń: Gesundheit Österreich.
43. Vogler, S., Habimana, K., Arts, D. (2014). Does deregulation in community pharmacy impact accessibility of medicines, quality of pharmacy services and costs? Evidence from nine European countries. *Health Policy*, 117(3): 311-327. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.06.001.
44. Vogler, S., Zimmermann, N., de Joncheere, K. (2016). Policy interventions related to medicines: Survey of measures taken in European countries during 2010-2015. *Health Policy*, 120(12): 1363-1377. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.09.006.
45. *W ciągu kilka lat z rynku zniknęło ponad 2 tys. aptek* (2023). https://www.rp.pl/biznes/art38431081-w-ciagu-kilku-lat-z-rynku-zniknelo-ponad-2-tys-aptek. Dostęp: 2025.05.14.
46. Warsaw Enterprise Institute (2020). *Polski rynek apteczny. Kluczowe fakty i liczby.* Warszawa, listopad.
47. WHO (2019). *The legal and regulatory framework for community pharmacies in the WHO European region.* Kopenhaga.
48. WHO (2024). *Community pharmacy regulatory and practice models in eastern Europe and central Asia.* Kopenhaga.
49. Wisell, K. (2019). The liberalization experiment: Understanding the political rationales leading to change in pharmacy policy. *Acta Universitatis Upsaliensis – Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Pharmacy,* 268.
50. Wisell, K., Winblad, U., Sporrong, S.K. (2015). Reregulation of the Swedish pharmacy sector. A qualitative content analysis of the political rationale. *Health Policy*, 119(5): 648-53. http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.03.009.

51. Woch, P. (2009). Analiza wpływu stosowanych form i wysokości współpłacenia na wartość konsumpcji leków w krajach Unii Europejskiej. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 7(1): 17-30.
52. Wojtal, J. (2025). *Kryzys lekowy w Polsce? Apteki zamykają się na potęgę.* https://biznes.wprost.pl/gospodarka/11944102/spadek-liczby-aptek-w-polsce-przyczyny-statystyki-i-prognozy.html. Dostęp: 2025.05.14.
53. Zarzeczna-Baran, M., Bandurska, E., Pęgiel-Kamrat, J., Lewandowska, A. (2013). Wpływ reklamy na zakup leków dostępnych bez recepty. *Annales Academiae Medicae Gedanensis*, 43(1): 77-87.
54. Zatoński, M. (2023). Sieci apteczne grożą wielomiliardowym arbitrażem. *Puls Biznesu*, 7 sierpnia. https://www.pb.pl/sieci-apteczne-groza-wielomiliardowym-arbitrazem-1192475. Dostęp: 03.09.2025.
55. Związek Aptekarzy Pracodawców Polskich Aptek (2021). *Ustawa Apteka dla Aptekarza – podsumowanie zmian i rekomendacje.* Warszawa.
56. Żak, K. (2020). Dostępność produktów leczniczych w Polsce – ujęcie prawno-ekonomiczne. *Prace Naukowe Wydziału Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego*, 170: 327-341. DOI: 10.34616/23.20.125.
57. Żak, K., Janicka-Michalak, T. (2022). *Funkcjonowanie aptek ogólnodostępnych w Polsce. Uwarunkowania ekonomiczno-prawne.* Biała Podlaska: Akademia Bialska Nauk Stosowanych im. Jana Pawła II.

Raport przygotowany przez
Instytut Finansów Publicznych
na zlecenie

Związku Pracodawców Aptecznych PharmaNET

Związek Pracodawców Aptecznych PharmaNET to najstarsza i najbardziej reprezentatywna organizacja branżowa, zrzeszająca właścicieli aptek. Już od 2011 roku ZPA reprezentuje i ochrania społeczne, socjalne, ekonomiczne i gospodarcze interesy aptekarzy, farmaceutów i techników farmaceutycznych.

Do Związku należą przedsiębiorcy prowadzący apteki ogólnodostępne – zarówno największe sieci działające na rynku ogólnopolskim, sieci średnie i małe, jak i pojedynczy aptekarze. Wśród członków ZPA są zarówno podmioty zarządzające sieciami aptek własnych, jak i prowadzący sieci franczyzowe i wirtualne.

Do Związku Pracodawców Aptecznych PharmaNET należy co piąta placówka w Polsce, które codziennie odwiedza przeszło 2 mln Pacjentów, korzystając z fachowej pomocy i porady kilkunastu tysięcy farmaceutów i techników farmaceutycznych.

Konfederacji Lewiatan

Konfederacja Lewiatan to wpływowa polska organizacja biznesowa. Reprezentuje firmy członkowskie w Polsce i Unii Europejskiej – wpływa na kształt prawa i prowadzi dialog z administracją.

Ma stałe przedstawicielstwo w Brukseli i jako jedyna organizacja z Polski należy do BusinessEurope – największej europejskiej organizacji biznesu. Konfederacja Lewiatan jest członkiem międzynarodowej organizacji Business at OECD.

Jako organizacja pracodawców skupia ponad 4100 firm zatrudniających ponad milion pracowników.

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.

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

Instytut Finansów Publicznych
ul. Madalińskiego 31/33 lok. 118
02-554 Warszawa
e-mail: biuro@ifp.org.pl