

KATARZYNA KRAŻYŃSKA

Apteczny rynek farmaceutyczny i konsumpcja leków w Polsce

Rynek składa się z potencjalnych nabywców, którzy zainteresowani są nabyciem dóbr za określoną cenę od oferentów, czyli dostawców towarów i usług. Od podaży i popytu zależy produkcja, stopień zaspokojenia potrzeb oraz elastyczność cenowa. Rynek farmaceutyczny stanowią wszyscy nabywcy po stronie popytu, wszyscy oferenci po stronie podaży i, co niezwykle istotne, moderatorzy rynku farmaceutycznego, którzy mają wpływ na uwarunkowania, w jakich przebiega transakcja kupna-sprzedaży produktu leczniczego.

Rynek farmaceutyczny jest rynkiem regulowanym i w znacznej części zamkniętym, wpływ moderatorów jest bardzo silny, a w niektórych przypadkach dominujący. Aby to dobrze zrozumieć, trzeba orientować się w systemie opieki zdrowotnej, polityce lekowej państwa i regulacjach narzuconych przez prawo farmaceutyczne. Zapoznanie się z wszelkimi uwarunkowaniami i regulacjami pozwala wyrobić sobie pogląd co do tego, ile na rynku farmaceutycznym jest wolnego rynku, a ile poddane jest sztywnym ustaleniom i uregulowaniom. Tym bardziej że regulacje te nie odnoszą się wyłącznie do regulacji cen i odpłatności za leki, ale sięgają głębiej – w kierunku ograniczeń reklamy i promocji oraz ingerencji na przykład w kształtowanie się relacji między uczestnikami rynku i jego moderatorami. Specyficzny jest również produkt – lek oferowany na tym rynku. Rynek farmaceutyczny nie może również istnieć bez lekarza i farmaceuty, uczestniczących w procesie leczenia.

Specyfika rynku farmaceutycznego wyraża się poprzez takie swoiste cechy, jak: produkt leczniczy, rola farmaceuty, pacjent, rola lekarza, ograniczenia reklamy, które połączone razem są unikalne i specyficzne wyłącznie dla tego rynku.

Ważną cechą rynku farmaceutycznego jest specyfika produktu leczniczego. Specyfika wynika z trzech przyczyn. Przyczyna pierwsza to fakt, że produkty sprzedawane są w specjalnym miejscu (aptece), które funkcjonuje w dużej mierze na innych zasadach niż typowy sklep. Przyczyna druga to, że dostęp do części produktów jest reglamentowany poprzez wprowadzenie konieczności posiadania przez pacjenta recepty lekarskiej upoważniającej do nabycia leku – preskrypcja. Przyczyna trzecia to fakt, że znaczna część asortymentu apteki jest dostępna wyłącznie w aptece i żaden inny sklep nie może w tym zakresie stanowić konkurencji.

Ponieważ przepisy różnie regulują możliwości prowadzenia obrotu, stosowania akcji promocyjnych dla różnych produktów stanowiących asortyment apteki, dobrze jest je podzielić na trzy kategorie. Kategoria pierwsza, podlegająca największym regulacjom i ograniczeniom, to produkty lecznicze wydawane wyłącznie z przepisu lekarza (Rx), obejmująca zarówno produkty refundowane w części lub całości przez państwo, jak i produkty pełnopłatne. Kategoria druga to produkty lecznicze wydawane bez przepisu lekarza, w tak zwanej sprzedaży odręcznej, w skrócie OTC, która podlega różnym regulacjom i ograniczeniom, ale zakres tych ograniczeń jest znacznie węższy niż w kategorii Rx. Ostatnia kategoria to pozostałe produkty, które mogą być przedmiotem obrotu aptecznego, takie jak: suplementy diety, środki kosmetyczne i inne. Obrót nimi nie podlega ograniczeniom wynikającym z prawa farmaceutycznego.

Specyfika pacjenta (konsumenta). Pacjentem określamy osobę zwracającą się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystającą ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny (*Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, 2009). Warto przy tym pamiętać, żeby nie utożsamiać pacjenta z osobą chorą, gdyż pacjentem może być również osoba w pełni zdrowa. Pacjent ma prawo między innymi do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.

Rola lekarza i farmaceuty. Najistotniejszą cechą wyróżniającą lekarza i farmaceutę spośród wielu innych zawodów jest fakt, że oba te zawody należą do zawodów regulowanych. Aby je wykonywać, trzeba wykazać się stosownym wykształceniem w celu uzyskania prawa wykonywania zawodu. Prawo to nie jest dane raz na zawsze, możliwe jest odebranie go, a do utrzymania ciągłości konieczna jest praca w zawodzie i podnoszenie kwalifikacji.

Bezdyskusyjnie najważniejszą grupą zawodową, mającą wpływ na wartość i kształt sprzedaży leków poprzez preskrypcję i rekomendację, jest środowisko lekarskie.

Drugą grupą zawodową, mającą niebywały wpływ na bezpieczeństwo terapii pacjentów i koszty leczenia, jest środowisko farmaceutyczno-aptekarskie. W ustawie o izbach aptekarskich (*Ustawa o izbach aptekarskich*, 2008) zadania farmaceuty mają na celu ochronę zdrowia publicznego i obejmują między innymi: wydawanie produktów leczniczych, sprawowanie nadzoru nad ich obrotem, sporządzanie produktów leczniczych, udzielanie informacji i porad w zakresie działania produktów leczniczych.

Charakterystyka rynku farmaceutycznego w aspekcie popytowym

Popyt na rynku farmaceutycznym wynika z potrzeb pacjentów, ich wydatków, oczekiwań i preferencji, przy czym w znacznej części przy jego kreowaniu biorą udział lekarze poprzez preskrypcję leków. Popyt jest silnie moderowany i kształto-

wany poprzez politykę lekową państwa, uwidaczniającą się w rozwiązaniach systemu ochrony zdrowia i polityki refundacyjnej.

Na tle krajów europejskich polski rynek farmaceutyczny o wartości 4,4 mld euro liczony w cenach producenta netto zajmuje szóstą pozycję po Niemczech, Francji, Włoszech, Hiszpanii i Wielkiej Brytanii. Gdy jednak uwzględni się średnie wydatki statystycznego obywatela, Polska – według danych IMS Health – zajmuje jedno z ostatnich miejsc w Europie. Średnie wydatki na leki *per capita* wynoszą w Polsce ok. 114 euro, tymczasem – dla porównania – w takich krajach jak Słowacja czy Węgry wynoszą odpowiednio: 183 euro i 168 euro, a we Francji czy Niemczech przekraczają poziom 300 euro.

Tablica 1

Wartości i struktura detalicznego rynku aptecznego w latach 2011-2013

Wyszczególnienie	2011		2012			2013 (prognoza 08/2013)		
	wartość sprzedaży (w mln zł)	udział (w %)	wartość sprzedaży (w mln zł)	udział (w %)	zmiana 2012/2011	wartość sprzedaży (w mln zł)	udział (w %)	zmiana 2013/2012
Rynek apteczny	29 301	100,0	26 101	100,0	-10,9	27 167	100,0	4,1
Leki Rx refundowane	12 934	44,1	10 064	38,6	-22,2	10 329	38,0	2,6
Leki Rx nierefundowane	4 766	16,3	4 779	18,3	0,3	4 922	18,1	3,0
Leki OTC	5 719	19,5	5 692	21,8	-0,5	5 856	21,6	2,9
Suplementy diety	2 625	9,0	2 560	9,8	-2,5	2 700	9,9	5,5
Kosmetyki	1 394	4,8	1 412	5,4	1,3	1 607	5,9	13,8
Pozostałe produkty (artykuły higieniczne, sprzęt medyczny...)	1 863	6,4	1 595	6,1	-14,4	1 754	6,5	9,9

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: IMS Health (2013).

Największy udział w sprzedaży aptecznej w Polsce stanowią leki na receptę, ok. 60%, leki OTC, wydawane bez przepisu lekarza to ok. 20% sprzedaży, a pozostałe 20% przypada na suplementy diety, kosmetyki, artykuły higieniczne, drobny sprzęt medyczny. Efektem zmian w prawie farmaceutycznym i listach refundacyjnych wprowadzonych od 2012 r. był ponad 20% spadek sprzedaży leków refundowanych. Był on spowodowany trzema czynnikami: zwiększeniem o ok. 4% poziomu współpłacenia pacjentów w przypadku 4440 leków, zmniejszeniem liczby leków podlegających refundacji o ok. 1380, obniżeniem średniej ceny detalicznej leków refundowanych

o 5,7% (Pilkiewicz, 2012). W efekcie po raz pierwszy od 1991 r. polski detaliczny rynek farmaceutyczny zamiast rosnać, uległ zmniejszeniu i to o prawie 11%. Rok 2013 charakteryzuje powolny powrót na ścieżkę wzrostu, prognozy bazujące na danych z sierpnia 2013 r. zakładają wzrost o ok. 4% w stosunku do 2012 r.

Według badań (IMS Health, 2011) Polska na tle innych krajów europejskich ma największy, bo aż 65% udział wartościowy leków generycznych pośród leków nabywanych na receptę (Rx). Ponadto ma jedną z najniższych średnich cen leków w Europie, kształtującą się 55% poniżej średniej. Jest to wynik dużego udziału leków generycznych oraz niskiego poziomu dostępności leków innowacyjnych. Średnia cena leków wyrażona w cenach producenta netto w Europie wynosi ok. 8 euro, a w Polsce kształtuje się ona na poziomie 3,6 euro.

Główne czynniki kształtujące popyt na leki to przede wszystkim czynniki demograficzne. Popyt na leki w Polsce – w ujęciu wartościowym – systematycznie rośnie. W ciągu lat 1990-2000 spożycie zwiększyło się prawie trzykrotnie. Wzrost ekonomiczny PKB i starzejące się społeczeństwo stymulują zwiększenie wydatków na ochronę zdrowia. Wzrost populacji powyżej 60 roku życia jest jednym z głównych czynników napędzających światowy rynek leków, a Polska w tym zakresie nie stanowi wyjątku. Na podstawie danych statystycznych GUS można przyjąć, że ludzi powyżej 60 roku życia w Polsce było w 2000 r. 6,6 mln, w 2010 r. ok. 7,5 mln i na tej podstawie można oszacować, że do 2015 r. będzie ich ok. 8,8 mln. Oznacza to, że w 2015 r. prawie co czwarty Polak będzie miał ponad 60 lat. Wiek pacjentów przekłada się na liczbę wydawanych rocznie recept, zaś PKB warunkuje stopień ich realizacji. Według danych NFZ liczba wystawianych recept w zależności od wieku wynosi: pomiędzy 45 a 55 rokiem życia – 12,2%, pomiędzy 55 a 64 – 19,5%, pomiędzy 65 a 74 – 25,3%, a powyżej 75 roku życia 29,4%. Z tego wynika, że pacjenci powyżej 65 roku życia generują ponad 54,7% wszystkich recept.

Istotny wpływ na kształtowanie popytu ma dostęp pacjenta do usług służby zdrowia. Pacjent, który ma utrudniony dostęp do usług medycznych lub nie ma dostępu do wyspospecjalistycznych usług medycznych, znacznie rzadziej będzie sięgał po leki.

Kolejnym istotnym czynnikiem jest rola lekarza. Podejmuje on bowiem decyzje czy, jakie i w jakiej ilości leki powinny być zastosowane. Ma więc wpływ na kształtowanie popytu zarówno w zakresie ilościowym, jak i wartościowym. Należy pamiętać, że postępowanie lekarza moderowane jest przez NFZ, które monitoruje preskrypcję i może odmówić podpisania umowy z lekarzem, który w ocenie NFZ przepisuje zbyt wiele leków, lub nałożyć na niego karę. Oczywiście poza przypadkiem leczenia szpitalnego o nabyciu decyduje ostatecznie pacjent, który może nie zdecydować się na wykupienie leku w aptece, ale to lekarz podejmuje decyzję o konieczności przepisania leku, jak również decyzję o tym, jaki lek zostanie przepisany.

Według danych NFZ z 2007 r. i Pharma Expert z 2007 r. poziom refundacji państwa za leki w Irlandii wynosił 90%, w Holandii 80%, w Niemczech 70%, śred-

nia w krajach Unii Europejskiej wyniosła 60%, a w Polsce 34%. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) poziom refundacji poniżej 60% ceny leku świadczy o utrudnionym dostępie do leków (Ministerstwo Zdrowia, 2009). Stosunkowo niski poziom refundacji w Polsce oznacza, że Polacy płacą za leki stosunkowo dużo w porównaniu z innymi krajami Unii Europejskiej.

Tablica 2

Wydatki na leki: współpłacenie pacjenta i średnie roczne wydatki na leki

Wyszczególnienie	2001	2011	2012	2013 (prognoza)
Współpłacenie pacjenta (w %)	60	68	74	74
Średnie roczne wydatki na leki GUS (w zł)	212,28	358,92	.	.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Bogusławski (2002).

Polska – na tle innych krajów europejskich – ma najwyższy i systematycznie rosnący, sięgający w 2012 i 2013 r. 74%, poziom współpłacenia pacjenta w ogólnych wydatkach na leki. Koszty ponoszone przez pacjenta z budżetu domowego za leki refundowane wyniosły w 2010 i 2011 r. 32% ceny (IMS Health, 2011) (Grupa robocza na rzecz innowacji w opiece zdrowotnej, 2010). Regulacje wprowadzone w prawie farmaceutycznym w 2012 r. oraz poziom cen leków refundowanych negocjowanych przez MZ z producentami obniżył średnią cenę leków refundowanych o 5,7%, przez co wiele leków ma ceny wyraźnie niższe w stosunku do innych krajów EU (Pilkiewicz, 2012). Mimo obniżki cen poziom współpłacenia przez pacjenta wzrósł do 74%, czyli poziom refundacji ze strony państwa obniżył się do zaledwie 26%.

Z badań Pracowni Badań Społecznych w Sopocie wynika, że ponad 56% pacjentów nie ma pieniędzy na wszystkie leki przepisane przez lekarza i z tego powodu polscy pacjenci nie realizują w całości blisko 20% przepisanych recept. Są to w większości osoby z gospodarstw domowych o najmniejszym dochodzie, bezrobotni, osoby zamieszkujące małe miejscowości. W przypadku, gdy możliwy jest wybór, ponad 80% badanych poprosiło o wystawienie recepty na tańszy lek (UOKiK, 2006).

Popyt na leki kształtowany jest również poprzez działania promocyjne i reklamowe, które podlegają jednak różnym daleko idącym ograniczeniom (Czerw, 2008). Ograniczenia swobody działań wszystkich uczestników rynku farmaceutycznego, a głównie producentów farmaceutycznych w zakresie reklamy i promocji produktów leczniczych wynikają ze specyfiki przedmiotu reklamy, jakimi są produkty lecznicze (Krekorka et.al., 2008).

Wynikają one przede wszystkim z przepisów rozdziału 4 prawa farmaceutycznego (*Ustawa Prawo farmaceutyczne*, 2012). Prawo farmaceutyczne wprowadza szereg ograniczeń reklamy produktów leczniczych, z których najistotniejsze to: oddziele-

nie reklamy kierowanej do publicznej wiadomości od reklamy skierowanej do osób uprawnionych do wystawiania recept, całkowity zakaz reklamy publicznej leków wydawanych na receptę oraz leków refundowanych, przekazywania korzyści osobom uprawnionym do wystawiania recept oraz osobom prowadzącym obrót.

Dodatkowo nowelizacja prawa farmaceutycznego obowiązująca od stycznia 2012 r. wprowadziła (art. 94a) całkowity zakaz reklamy aptek. Wobec tego zabronione jest działanie polegające na informowaniu o aptece, jej usługach, zachęcanie do korzystania z danej apteki i jej usług oraz każde inne działanie, prowadzące do zwiększenia sprzedaży w tej aptece (Gryglicka, Tomasiak, 2012, s. 193-212).

Zmiany wprowadzone od 2012 r. inaczej zdefiniowały cenę urzędową leku refundowanego. Przed zmianą cena urzędowa była ceną maksymalną, apteki mogły konkurować ze sobą, obniżając cenę leku refundowanego, co w przypadku znacznego współpłacenia pacjenta skutkowało istotnymi nawet kilkudziesięciozłotowymi różnicami w cenie tego samego leku w różnych aptekach. Od 2012 r. cena urzędowa jest ceną stałą, przez co konkretny lek refundowany ma identyczną cenę w każdej aptece. Efektem jest brak możliwości konkurowania ceną w zakresie znacznej części asortymentu, a dla pacjenta oznacza w większości przypadków wyższą kwotę dopłaty niż przed reformą.

Wysokie ceny w stosunku do dochodów, niski poziom i zakres refundacji na poziomie określonym przez WHO jako świadczący o utrudnionym dostępie do leków (Ministerstwo Zdrowia, 2009) i często brak wiedzy o możliwości nabycia tańszego preparatu powodują wyraźne zmniejszenie się popytu. Wzrost popytu może nastąpić w sytuacji, gdy zmniejszy się stosunek ceny leku do dochodu, a to może nastąpić wówczas, gdy wzrosną ogólne dochody pacjentów, wzrośnie poziom i zakres refundacji, pojawi się więcej nowych leków generycznych, tańszych od obecnie stosowanych leków innowacyjnych, wzrośnie udział leków z importu równoległego, tańszych niż pochodzące z kanału dystrybucyjnego producenta, oraz w wyniku wzrostu konkurencji obniżą się ceny w aptekach.

Kształtowanie się popytu jest wynikiem pewnej chwilowej równowagi między częściowo sprzecznymi interesami uczestników i moderatorów rynku. Producenci starają się zwiększać popyt poprzez z jednej strony wprowadzanie tańszych leków generycznych, z drugiej – poprzez udostępnienie nowych innowacyjnych terapii dotyczących schorzeń, których leczenie jak dotąd nie było możliwe lub bardzo ograniczone. Państwo poprzez swoją politykę lekową stara się utrzymywać wydatki na leki na możliwie niskim poziomie, wykorzystując zmiany poziomu refundacji, limitując refundację lub dostępność nowych leków, procedur i terapii. Dystrybutorzy, importerzy obniżają ceny, wprowadzając tańsze leki z importu równoległego. Apteki sieciowe traktują niskie ceny jako podstawowy oręż w walce o zdobywanie udziałów rynkowych. Z kolei aptekarze – właściciele aptek prywatnych – są zdecydowanie

mniej zainteresowani konkutowaniem za pomocą cen, a bardziej administracyjnym określaniem cen i tworzeniem wysokich barier wejścia dla nowo powstających aptek.

Charakterystyka rynku farmaceutycznego w Polsce w aspekcie podażowym

Główni uczestnicy rynku farmaceutycznego to: producenci leków, dystrybutorzy, importerzy, czyli hurtownie, następnie apteki i na końcu konsumenci, którymi są pacjenci. Zarówno producent, dystrybutor, importer, jak i apteka podlegają rozlicznym regulacjom prawnym, które w pewnym zakresie limitują powstawanie nowych graczy na rynku.

W Polsce istnieje ponad 300 przedsiębiorstw wytwarzających produkty farmaceutyczne, w tym ok. 150 przedsiębiorstw zagranicznych, które bądź kupiły polskie zakłady, bądź mają w Polsce swoje przedstawicielstwa (Ministerstwo Skarbu Państwa, 2002). Na polskim rynku obecni są praktycznie wszyscy liczący się producenci leków na świecie. Według IMS Health wartościowy udział leków importowanych na polskim rynku wynosi ok. 74% i systematycznie rośnie. Krajowy przemysł koncentruje się głównie na produkcji leków generycznych.

Dystrybucja farmaceutyczna stanowi istotne ogniwo pomiędzy producentami leków a aptekami i umożliwia aptekom realizację ustawowego obowiązku zaopatrywania pacjentów w leki. Hurtownie farmaceutyczne nie działają wyłącznie w warunkach rynku regulowanego jedynie prawem popytu i podaży, ale dystrybuują produkty lecznicze, których obrót podlega różnym regulacjom prawnym. Ich główną rolą jest utrzymywanie zapasów, zapewnienie zaopatrzenia na czas i zagwarantowanie dostępności leków. To właśnie te firmy ponoszą koszty funkcjonowania takiego modelu logistycznego, w którym istnieje ryzyko wahań popytu na konkretny lek, gdzie ponoszą koszty związane z ryzykiem przeterminowanej partii leków i utylizacją.

Liczba dystrybutorów w Polsce była największa w połowie lat dziewięćdziesiątych XX wieku, później liczba hurtowni drastycznie spadła. Główny wpływ na to miały przejęcia przez największych graczy rynkowych oraz konsolidacja spółek aptekarskich. Podstawową przyczyną była bardzo silna presja na redukcję kosztów i poszukiwanie oszczędności. Regulowana marża na leki refundowane, mające największy udział w obrocie, systematycznie maleje: 2011 r. – 9,8%, 2012 r. – 7%, 2013 r. – 6%, 2014 r. – 5% (KPRF, 2012). W wyniku koncentracji kapitałowej w 2013 r. 81% rynku dystrybucji farmaceutycznej w Polsce było zdominowane przez trzech graczy giełdowych – Neuca po połączeniu z Prosper i przejęciu ACP Pharma, Pelion, dawniej Polska Grupa Farmaceutyczna, oraz Farmacol. Niskie marże, wysoka konkurencyjność i problemy z osiągnięciem zysku spowodowały, że od wielu lat nie pojawił się żaden nowy, liczący się dystrybutor (IMS Poland, 2010).

W myśl ustawy apteka jest placówką ochrony zdrowia publicznego, w której osoby uprawnione świadczą usługi (*Ustawa Prawo farmaceutyczne*, 2012). Według danych IMS Health w 2010 r. działało w Polsce 13 690 aptek ogólnodostępnych. Na jedną aptekę przypada średnio 3000 osób i jest to wskaźnik lokujący Polskę w grupie krajów europejskich o największym nasyceniu aptek na tysiąc mieszkańców w Europie (Michalik et. al., 2008). Badania IMS Health wskazują, że w 2010 r. średniomiesięczny obrót przeciętnej apteki plasował się na poziomie 170 tys. złotych.

Nowe zasady refundacyjne obowiązujące od 2012 r., które spowodowały ponad 10% zmniejszenie rynku aptecznego, zredukowały również obroty przeciętnej apteki do poziomu z lat 2004-2006. Te same regulacje obniżyły średnią marżę apteki do poziomu 16% w 2013 r., niższa marża w UE jest jedynie na Litwie (14%), przy średniej marży w całej UE na poziomie 20% (Bohater, 2013). 77% aptek deklaruje, że ich obroty w 2012 r. się zmniejszyły (Pilkiewicz, 2012). Naczelna Rada Aptekarska szacuje, że nawet 40% podmiotów może mieć problemy z terminowym regulowaniem swoich zobowiązań finansowych (Szczepaniuk, 2010). Szczególnie trudna jest sytuacja aptek specjalistycznych, zlokalizowanych przy szpitalach lub przychodniach, które sprzedają drogie leki (Pilkiewicz, 2012).

W latach 2008-2011 nastąpiła wyraźna konsolidacja aptek w kierunku tworzenia łańcuchów aptecznych (ang. *pharmacy chains*), których celem była przede wszystkim koncentracja zakupów i wzmocnienie pozycji negocjacyjnej aptek, szczególnie w zakresie leków OTC, gdzie jest bardzo duży potencjał w swobodnym operowaniu marżą. Od 2004 r. dominującą siłą na polskim rynku sprzedaży leków stają się sieci aptek, mimo że obecnie wciąż ok. 80% wszystkich placówek stanowią niezależne apteki (Izakowski, 2009). W miarę upływu czasu i zaostrzania się walki konkurencyjnej aptekarze zaczęli szukać schronienia w sieciach franczyzowych, które tworzyli najsilniejsi hurtownicy, jak Polska Grupa Farmaceutyczna – apteki *Dbam o Zdrowie*, czy Neuca – sieć *Świat Zdrowia*. Według IMS w 2010 r. 59% aptek działało w grupach: w sieciach aptecznych, programach lojalnościowych, grupach zakupowych i franczyzie (IMS Poland, 2010).

Regulacje prawne wprowadzone w styczniu 2012 r. w zakresie prawa farmaceutycznego w dużej mierze uniemożliwiły działalność sieci wirtualnych i franczyzowych, zakazane jest działanie pod wspólną nazwą sieci aptek niepowiązanych kapitałowo, apteka czy też sieć nie może prowadzić programów lojalnościowych dla pacjentów. Wprowadzenie sztywnych marż i cen na leki refundowane oraz zakaz jakiegokolwiek reklamy apteki w znacznym stopniu obniżyły rentowność dystrybucji i aptek. W efekcie wieloletnia tendencja masowego przyrostu nowych aptek, która miała miejsce od początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku, od 2007 r. znacznie wyhamowała (IMS Poland, 2010). Rok 2013 był pierwszym od dwóch dekad rokiem, gdy liczba aptek zaczęła spadać. Spadek ten obejmuje przede wszystkim apteki niezależne, gdyż jednocześnie w latach 2011-2013 udział aptek sieciowych w całej populacji zwiększa się o 2% rocznie. Skutkiem zmian własnościowych jest wzmoc-

nienie się pozycji sieci aptecznych liczących 5 lub więcej aptek – należy do nich obecnie (2013 r.) ponad 28% aptek. W październiku 2012 r. działało w Polsce 258 sieci aptecznych, liczących minimum 5 aptek, o 37 więcej niż w 2011 r. Najbardziej, bo o ponad 30, wzrosła liczba mniejszych sieci, skupiających od 5 do 14 aptek. Istotny jest również udział sieci liczących powyżej 5 aptek w całym rynku aptecznym, który obecnie przekracza 40%. Jeśli uznać za sieci podmioty prowadzące 2 do 4 aptek, to apteki indywidualne będą stanowiły tylko 45% funkcjonujących aptek. Aby uniknąć kosztów wynikających z utrzymywania zapasów oraz strat związanych z przecenami, apteki zmniejszają stany magazynowe leków Rx, szczególnie tych refundowanych. Oznacza to, że większość pacjentów zamiast zrealizować recepty tak jak to było dotychczas, podczas jednej wizyty w aptece, musi ją odwiedzić ponownie, w celu odebrania zamówionego leku.

Zebrany i zaprezentowany materiał pokazuje jak silny jest wpływ moderatora, w tym przypadku zmian w polityce lekowej państwa na rynek farmaceutyczny. Zmiana jednej ustawy, wprowadzenie nowych list refundacyjnych i zamieszczenie wywołane niejasnym i bardzo restrykcyjnym systemem kar, forsowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia, dla lekarzy i farmaceutów za wypisywanie i realizację recept przy braku możliwości sprawnej weryfikacji statusu ubezpieczeniowego pacjenta spowodowały załamanie sprzedaży leków refundowanych w 2012 r. Sprzedaż leków refundowanych zmniejszyła się o 22%, a cały rynek apteczny zmniejszył się o ponad 10%. Dodatkowo, wbrew intencjom indywidualnych właścicieli aptek, domagających się zakazu reklamy aptek i stałych cen urzędowych leków refundowanych, dane dotyczące zmian liczby aptek w latach 2012-2013 wskazują, że w nowej sytuacji lepiej radzą sobie apteki sieciowe. Narodowy Fundusz Zdrowia zaoszczędził w 2012 r. na dopłatach do leków ok. 1,8 mld zł. Stało się to kosztem przedsiębiorstw działających w branży i pacjentów, którzy dopłacili do leków ponad 650 mln zł więcej niż w 2011 r. (IMS Poland, 2013).

Wyniki przeprowadzonej analizy wskazują, że polski rynek farmaceutyczny po stronie podaży poszukuje rozwiązań umożliwiających prowadzenie biznesu w sytuacji, gdy realizowane marże ulegają redukcji. Jest to spowodowane w przeważającej większości przypadków presją moderatorów (Ministerstwo Zdrowia, NFZ), przy czym intensyfikacja (obniżka marż, stałe ceny urzędowe, zakaz reklamy aptek) nastąpiła po wprowadzeniu nowego prawa farmaceutycznego w 2012 r. W efekcie tych zmian apteki poszukują rozwiązań skutkujących zmniejszeniem kosztów: redukcja zapasów, renegocjacja warunków handlowych, partycypacja w promocjach producentów, jak również szukają dodatkowych źródeł dochodów: intensyfikacja sprzedaży kosmetyków, sprzętu medycznego, suplementów diety i dodatkowo poprzez zarządzanie kategoriami i aktywną substytucję. Dla klienta – pacjenta zmiany te oznaczają wyższe dopłaty do leków refundowanych, mniejszą dostępność leków, w tym zwykle brak możliwości realizacji recepty w trakcie jednej wizyty w aptece, mniejszą, lecz

jednocześnie bardziej atrakcyjną cenowo ofertę leków OTC, kosmetyków i suplementów diety.

Bibliografia

- Adamczyk J., Świerczyński M., Traple E. (red.) (2007), *Produkty lecznicze i wyroby medyczne*, (w:) *Prawo reklamy i promocji*, Wydawnictwo Prawnicze Lexis, Warszawa.
- Bogusławski S. (2002), *Wielokierunkowe zmiany*, „Puls Medycyny” z 22.04.2002, Warszawa.
- Bohater P. (2013), *Marże apteczne na leki refundowane w krajach członkowskich UE*, „Aptekarz Polski” Pismo Naczelnej Izby Aptekarskiej, nr 78, Warszawa.
- Czerw A. (2008), *Satysfakcja i lojalność klienta na rynku farmaceutycznym*, CeDeWu, Warszawa.
- Grupa robocza na rzecz innowacji w opiece zdrowotnej (2010), *Raport. Dostęp polskich pacjentów do innowacji w ochronie zdrowia*, Warszawa.
- Gryglicka I., Tomasik M. (2012), *Apteka w nowym systemie refundacyjnym, poradnik farmaceuty*, „Farmapress”, Warszawa.
- GUS (2002, 2011), *Rocznik Statystyczny*, Warszawa.
- IMS Poland (2010), *XIX Doroczna Konferencja Hurtowni Farmaceutycznych, Materiały konferencyjne*, IMS Health Incorporated or its affiliates, Warszawa.
- IMS Poland (2011), *IMS MIDAS Rynek apteczny*, IMS Health Incorporated or its affiliates, Warszawa.
- IMS Poland (2011), *Polska na tle innych krajów UE*, IMS Health Incorporated or its affiliates, Warszawa.
- IMS Poland (2011), *Raport na temat Ustawy o refundacji leków*, IMS Health Incorporated or its affiliates, Warszawa.
- IMS Poland (2013), *IMS Pharmascope 08/2013*, IMS Health Incorporated or its affiliates, Warszawa.
- IMS Poland (2013), *niepublikowane dane*, IMS Health Incorporated or its affiliates, Warszawa.
- Izakowski Ł. (2009), *Zdrowie, uroda i czystość*, „Puls Biznesu” (Dodatek 2), 14.09.2009, Warszawa.
- KPRF (2013), *Ustawa refundacyjna mocno uderza w hurtowników leków*, KPRF, <http://www.kprf.pl/pl/strona-glowna/41-ustawa-refundacyjna-mocno-uderza-w-hurtownikow-lekow> [dostęp: 29.09.2013].
- Krekorka M., Świerczyński M., Traple E. (2008), *Prawo farmaceutyczne. Zagadnienia regulacyjne i cywilnoprawne*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Michalik M., Pilarczyk B., Mruk H. (2008), *Marketing strategiczny na rynku farmaceutycznym*, Oficyna Wolters Kluwer Business, Kraków.

- Ministerstwo Skarbu Państwa (2002), *Kierunkowe założenia programu restrukturyzacji i prywatyzacji sektora farmaceutycznego w Polsce (przyjęte przez Radę Ministrów w dniu 23.07.2002 r.)*, Warszawa.
- Ministerstwo Zdrowia (2009), *Polityka lekowa Państwa 2004-2008*, Warszawa.
- Pilkiewicz M. (2012), *Ocena wpływu nowej ustawy refundacyjnej na sektor farmaceutyczny w Polsce*, IMS Health Incorporated or its affiliates, Warszawa.
- Szczepaniuk M. (2010), *W 2010 roku rodzinne apteki czeka fala bankructw*, „Gazeta Prawna”, 8 marca,
http://forsal.pl/artykuly/404123,w_2010_roku_rodzinne_apteki_czeka_fala_bankructw.html [dostęp: 29.09.2013].
- UOKiK (2006), *Raport z badania rynku hurtowego obrotu lekami w Polsce*, Warszawa.
- Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich, DzU z 2008 r., nr 136, poz. 856, art. 2a, ust. 1.
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, DzU z 2009 r., nr 52, poz. 417.
- Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, DzU z 2001 r., nr 126, poz. 1381 z późniejszymi zmianami.

Streszczenie

Apteczny rynek farmaceutyczny, jako rynek regulowany, składa się po stronie popytowej z pacjentów-konsumentów, zaś po stronie podażowej z aptek oferentów. Rozwój popytu na tym rynku jest ściśle moderowany przez lekarzy, dokonujących preskrypcji leków, oraz w jeszcze większym stopniu przez nadzorowany i w znacznej części finansowany przez państwo system ochrony zdrowia. Artykuł prezentuje charakterystykę rynku i jego uczestników w ostatnich latach, ze szczególnym uwzględnieniem zmian, które dokonały się w 2012 r., po wprowadzeniu nowych zasad refundacji leków i skutków tego dla konsumentów i oferentów.

Słowa kluczowe: rynek, konsumpcja, farmacja, handel detaliczny i hurtowy, ochrona zdrowia, regulatorzy.

Kody JEL: D12, H51, I11, I18, L81

Pharmacy Pharmaceutical Market and Consumption of Drugs in Poland

Summary

The pharmacy pharmaceutical market, being the regulated market, consists on the demand side of patients-consumers and of pharmacies of marketers on the supply side. Demand development in this market is strictly moderated by physicians who

prescribe medicines and, still in a greater degree, by the system of health care supervised and considerably financed by the state. In her article, the author presents characteristics of the market and its players in the recent years, with a particular consideration of the changes occurred in 2012, upon introduction of new rules of medicines purchase reimbursement and effects thereof for consumers and marketers.

Key words: market, consumption, pharmacy, retail and wholesale trade, health care, regulators.

JEL codes: D12, H51, I11, I18, L81

© All rights reserved