

ZWIĄZEK PRZEDSIĘBIORCÓW I PRACODAWCÓW

---



ROLA SAMORZĄDU  
FARMACEUTÓW  
NA RYNKU APTECZNYM

---

WARSZAWA, GRUDZIĘŃ 2020

---

# REGULACJA SAMORZĄDÓW ZAWODOWYCH W POLSCE

---

Podstawowym przepisem regulującym działalność samorządów zawodowych w Polsce jest naturalnie art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, zgodnie z którym w drodze ustawy można tworzyć samorzady zawodowe, reprezentujące osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należytym wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony.

Z przepisu wynikają następujące wnioski:

1. nie istnieje obowiązek tworzenia samorządów zawodowych dla jakiegokolwiek grupy zawodowej – prawodawca może, ale nie musi, utworzyć samorząd zawodowy w drodze ustawy;
2. samorzady zawodowe dotyczą zawodów zaufania publicznego;
3. zadaniem samorządów zawodowych jest reprezentowanie osób wykonujących ww. zawody i sprawowanie pieczy nad należytym wykonywaniem tychże zawodów;
4. sprawowanie przez samorząd pieczy nad należytym wykonywaniem zawodów zaufania publicznego musi mieścić się w granicach interesu publicznego i odbywać się dla jego ochrony.



# Jeśli chodzi o pierwszy z wniosków,

to doskonałym przykładem dyskusji z niej wynikającej był spór o zniesienie (w ramach deregulacji i ułatwienia dostępu do zawodów) samorządu zawodowego urbanistów. Część urbanistów wywodziła z treści art. 17 Konstytucji prawo do posiadania samorządu zawodowego. Spór został skonkludowany orzeczeniem Trybunału Konstytucyjnego (wyrok z 24 marca 2015 roku, sygn. K 19/14), w którym stwierdzono, że „ustawodawca ma kompetencję, ale nie obowiązek kreowania samorządów zawodowych” i aprobuszując powołano pogląd doktryny, zgodnie z którym omawiany przepis ani nie zobowiązuje ustawodawcy do powołania korporacji zawodowej, ani nie chroni istnienia wcześniej powołanej korporacji zawodowej.



## CZYM JEST ZAWÓD ZAUFANIA PUBLICZNEGO?

Pojęcie „zawodu zaufania publicznego” jest specyficzne dla Polski. Nie ma swojego odpowiednika w innych państwach europejskich [1], co więcej jego regulacja jest szcążkowa. W rezultacie jego zakres nie jest całkowicie jednoznaczny. Istotne znaczenie ma wobec tego orzecznictwo – Trybunał Konstytucyjny wielokrotnie wypowiadał się na temat znaczenia tego pojęcia, a szereg swoich rozważań podsumował w wyroku z 2 lipca 2007 roku (sygn. K 41/05).


Zgodnie z orzeczeniem, zawód zaufania publicznego to zawód polegający na obsłudze osobistych potrzeb ludzkich, wiążący się z przyjmowaniem informacji dotyczących życia osobistego i zorganizowany w sposób uzasadniający przekonanie społeczne o właściwym dla interesów jednostki wykorzystywaniu tych informacji przez świadczących usługi. Dodatkowo wykonywanie zawodu publicznego określone jest normami etyki zawodowej.



# Przywołany przepis Konstytucji

określa również podstawowe zadania samorządu zawodowego. Po pierwsze – powinien on reprezentować osoby wykonujące określony zawód zaufania publicznego, które powszechnie, na mocy odpowiednich ustaw, do tego samorządu należą. Po drugie zaś, samorząd zawodowy ma pilnować należytego wykonywania zawodów zaufania publicznego. Podkreślenia wymaga, że samorząd zawodowy nie może realizować tej kompetencji w sposób dowolny – sprawowanie pieczy nad właściwym wykonywaniem zawodu musi chronić interes publiczny i mieścić się w jego zakresie. Z analogicznej przesłanki, choć opatrzonej dodatkowym kwantyfikatorem, prawodawca skorzystał konstruując art. 22 Konstytucji RP, zgodnie z którym ograniczenie wolności działalności gospodarczej jest dopuszczalne tylko w drodze ustawy i tylko ze względu na ważny interes publiczny.





**Pojęcie interesu publicznego jest –  
ponownie – nieokreślone i podlega  
wykładni w procesie stosowania prawa.**

Bez wątplenia dotyczy on interesu powszechnego, tj. szerokiego kręgu podmiotów, a nie tylko jednego konkretnego czy też jakiejś ściśle określonej grupy. Wydaje się, że większość ekspertów odnosi pojęcie „interesu publicznego” do kwestii pewnych wspólnych podstawowych wartości – jest to podejście częstsze, niż oparte np. na odnoszeniu interesu publicznego do określonych celów. To oczywista konsekwencja – wartości uznawane za ważne i konieczne są znacznie częściej przedmiotem wspólnego porozumienia niż cele. Określenie zatem „interesu społecznego” i tego, czy określone

zachowanie weń godzi, będzie każdorazowo wymagało „zważenia” różnych wartości, często ugruntowanych w Konstytucji RP, z uwzględnieniem oczywiście zasad takich, jak zasada proporcjonalności. Innymi słowy realizacja omawianego zadania samorządu zawodowego musi mieścić się w granicach interesu publicznego (wspólnego dla wszystkich, a w każdym razie dla jak najszerzej grupy podmiotów, a nie jedynie dla określonej ich grupy) związanego z reguły z realizacją któregoś z praw, bądź którejś z wolności prawnie chronionych, spełniając przy tym warunki zasady proporcjonalności.

W Polsce funkcjonuje szereg samorządów zawodowych, obejmujących przede wszystkim (choć nie tylko) zawody prawnicze i medyczne. Poszczególne samorzady, mimo tych samych zadań wyznaczonych omawianym przepisem Konstytucji, dysponują w praktyce bardzo zróżnicowanym katalogiem kompetencji.

## PORÓWNANIE KOMPETENCJI SAMORZĄDÓW ZAWODOWYCH UMOŻLIWIAJĄCYCH WPŁYW NA KSZTAŁT RYNKU [2]

KOMPETENCJE	SAMORZĄD APTEKARSKI	SAMORZĄD LEKARSKI	SAMORZĄDY PRAWNICZE (ADWOKACKI I RADCOWSKI)
Udział w procesie udzielania pozwoleń na prowadzenie działalności gospodarczej	✓	✗	✗
Udział w procesie wycofania pozwoleń na prowadzenie działalności gospodarczej	✓	✗	✗
Wpływ na zatrudnienie członków samorządu na określone stanowiska	✓	✗	✗

Na pierwszy rzut oka widać, że spośród analizowanych typów samorządów, w sposób widoczny wyróżnia się samorząd aptekarski, dysponujący kompetencjami nieznajdującymi odzwierciedlenia w kompetencjach pozostałych samorządów zawodowych.

[2] R.Gwiazdowski, Regulacje rynku farmaceutycznego w świetle zasad ekonomicznej analizy prawa, Związek Przedsiębiorców i Pracodawców, 2020.

---

# SPÓR O KSZTAŁT RYNKU APTECZNEGO

---

Już od lat trwa w Polsce debata dotycząca kształtu rynku aptecznego, w ramach której ścierają się dwie koncepcje.

**Pierwsza z nich** to koncepcja rynku otwartego i konkurencyjnego, w którym mogą współistnieć rozmaite formy prowadzenia działalności – od aptek sieciowych, poprzez modele franczyzowe, aż do indywidualnych aptek prowadzonych bezpośrednio przez farmaceutów – a pacjenci mają możliwość samodzielnego wyboru placówki najbardziej odpowiadającej ich oczekiwaniom. Model ten odpowiada, w sensie regulacyjnym,

zasadom funkcjonowania rynku aptecznego przed 2017 rokiem – zakłada brak ograniczeń dotyczących możliwości powstawania nowych placówek i zachowanie ich profesjonalnego charakteru (usługi merytoryczne świadczone przez farmaceutów i techników farmacji), przy jednoczesnej swobodzie dotyczącej struktury właścicielskiej. Dodatkowo w docelowej formie powinien on uwzględniać rolę samorządu aptecznego dysponującego zakresem kompetencji analogicznym do tych, którymi dysponują inne samorzady zawodowe w Polsce.







## Druga koncepcja

zakłada rynek zamknięty, ściśle regulowany, z wieloma ograniczeniami dotyczącymi prowadzenia działalności gospodarczej. Docelową strukturą rynku w ramach tego modelu jest rynek oparty w istocie wyłącznie o apteki prowadzone w ramach indywidualnych działalności prowadzonych jedynie przez farmaceutów. Zwolennicy tej koncepcji dążą do regulowania liczby funkcjonujących aptek i opowiadają się za bardzo silną rolą samorządu aptecznego, który w praktyce miałby przejmować funkcje należne raczej regulatorowi bądź nadzorczy rynku niż jego uczestnikowi.

# RÓŻNICE POMIĘDZY OPISANYMI KONCEPCJAMI

## CECHY

Relacje między działalnością merytoryczną a biznesową

## RYNEK OTWARTY

Podział, w ramach którego usługi profesjonalne świadczone są w placówce przez profesjonalistę, zaś sam podmiot gospodarczy prowadzony może być przez spółkę bądź osobę niebędącą farmaceutą

## RYNEK ZAMKNIĘTY

Ścisłe powiązanie – farmaceuta świadczy usługi profesjonalne i jest jedyną osobą uprawnioną do prowadzenia podmiotu gospodarczego

---

Poziom konkurencji pomiędzy poszczególnymi placówkami

Wysoki

Niski

---

Możliwość współpracy między placówkami w celu zapewnienia lepszej jakości usług pacjentom

Występuje (w różnorodnych formach – od łączenia się w sieci, poprzez modele franczyzowe o różnych stopniach ścisłości)

Brak, każda placówka ma funkcjonować w pełni samodzielnie

---

Rola samorządu zawodowego

Analogiczna do tych przewidzianych dla innych samorządów zawodowych funkcjonujących w Polsce

Wykracza poza granice kompetencji innych samorządów w Polsce, doprowadza w praktyce do przejęcia przez samorząd funkcji regulatora rynku

---

Przyjęta wyżej cezura czasowa (okres przed 2017 rokiem i po nim) nie jest przypadkowa. To właśnie w 2017 roku uchwalono nowelizację ustawy Prawo farmaceutyczne znaną powszechnie jako „Apteka dla Aptekarza” (AdA).

## PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA TEJ REGULACJI TO:

1

ograniczenie katalogu podmiotów, które mogą uzyskać zezwolenie na prowadzenie apteki ogólnodostępnej wyłącznie do farmaceutów i spółek osobowych prowadzonych przez farmaceutów

2

ograniczenie liczby aptek, której właścicielem może być jeden farmaceuta (bądź ww. spółka) do 4

3

ograniczenie możliwości powstawania nowych aptek – zezwolenie na prowadzenie apteki może zostać wydane wówczas, gdy w danej gminie liczba mieszkańców przypadających na jedną aptekę wynosi co najmniej 3000, a odległość w linii prostej do najbliższej funkcjonującej apteki wynosi co najmniej 500 metrów

Według argumentacji zwolenników „AdY”, jej wprowadzenie miało doprowadzić do zwiększenia dostępności usług farmaceutycznych w miejscach, w których prowadzenie aptek mogłoby być mniej opłacalne, takich jak niewielkie miasteczka czy tereny wiejskie.

**W praktyce, „Apteka dla Aptekarza” doprowadziła do likwidacji 1,2 tys. placówek i cofnięcia (pod względem liczby aptek) rynku do poziomu z 2012 roku. Co więcej, apteki sukcesywnie znikają właśnie z tych terenów, na których miały powstawać – jedynie do końca 2019 roku na wsiach i w małych miejscowościach ubyło 215 aptek. W 86 przypadkach była to jedyna funkcjonująca apteka w okolicy.**

W rezultacie, wskutek „AdY” dostępność leków dla pacjentów z niewielkich miejscowości pogorszyła się. Przykład tej regulacji doskonale ilustruje konsekwencje przyjęcia koncepcji zamkniętego rynku aptecznego.

---

# DANE DOTYCZĄCE

## RYNKU APTECZNEGO [ 3 ]

---

Opisany powyżej spór dotyczący kształtu rynku aptecznego w Polsce jest bezpośrednio powiązany z rozpowszechnianymi w przestrzeni publicznej nieprawdziwymi twierdzeniami dotyczącymi polskiego rynku aptecznego, który rzekomo miałby być narażony na całkowitą monopolizację przez międzynarodowe sieci niepłacące w Polsce podatków. Tezy takie można bardzo łatwo zweryfikować posługując się faktycznymi danymi dotyczącymi polskiego rynku aptecznego.

**Według najnowszych informacji, w Polsce działa 359 sieci aptecznych posiadających 5 i więcej aptek. Liczba ta pozwala obalić tezę o groźbie jakiegokolwiek monopolizacji – sytuacja, w której na rynku obecnych jest kilkaset (!) sieci jest bardzo daleka od ryzyka opanowania rynku przez jeden podmiot. Co więcej, zdecydowana większość funkcjonujących w Polsce sieci aptecznych to podmioty posiadające od 5 do 9 aptek. 93 podmioty posiadają od 10 do 19 aptek, zaś zaledwie 9 podmiotów to duże sieci, posiadające powyżej 100 aptek.**

### Z POWYŻSZEJ ANALIZY WYNIKAJĄ DWA KLUCZOWE WNIOSKI:



sektor sieci aptecznych w Polsce jest wysoce konkurencyjny i funkcjonuje na nim wiele podmiotów, nie ma więc ryzyka monopolizacji;

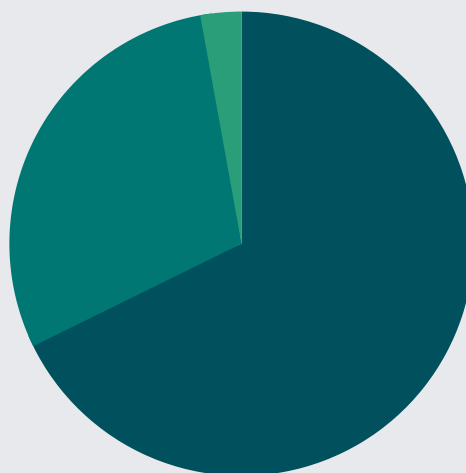


znakomita większość sieci to małe i średnie przedsiębiorstwa posiadające nie więcej niż 19 placówek, sektor jest liczebnie zdominowany przez mikro sieci.

## STRUKTURA SIECI APTECZNYCH WG WIELKOŚCI

Średnie sieci (19 - 100 aptek)  
29.4%

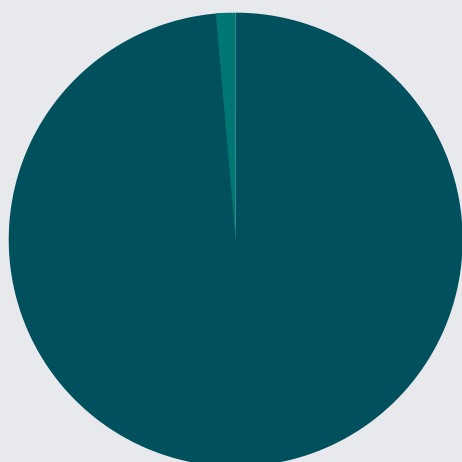
Duże sieci (>100 aptek)  
2.8%



Małe sieci (5 - 19 aptek)  
67.7%

Ciekawa okazuje się być również analiza dotycząca pochodzenia kapitału formującego sieci apteczne w Polsce. Spośród wszystkich sieci funkcjonujących w naszym kraju, jedynie pięć posiada kapitał zagraniczny.

Sieci z udziałem kapitału zagranicznego  
1.4%



Sieci z wyłącznie polskim kapitałem  
98.6%

## STRUKTURA SIECI APTECZNYCH WG KAPITAŁU POCHODZENIA

Wszystkie sieci apteczne posiadają łącznie 43% aptek działających w Polsce. Nie dość zatem, że w zasadzie w żadnym szeregu wielkości w ramach struktury sieci aptecznych w Polsce nie istnieje ryzyko monopolizacji rynku (ani w skali ogólnej – przy niemal 360 działających sieciach, ani nawet wzięwszy pod uwagę tylko największe sieci, których jest 9), to jeszcze dodatkowo wszystkie sieci razem wzięte dysponują mniej niż połową aptek w Polsce.

57% aptek w naszym kraju to apteki niebędące własnością sieci aptecznych. W tej grupie mieszczą się apteki prowadzone indywidualnie przez farmaceutów, dla których są one jedyną placówką, niezwiązane żadnymi formami współpracy z innymi podmiotami (16%), apteki działające we franczyzie (10%), apteki należące do „sieci wirtualnych” (11%), mikrosieci od 2 do 4 aptek (13%) oraz apteki indywidualne działające w rozmaitych grupach zakupowych (7%).



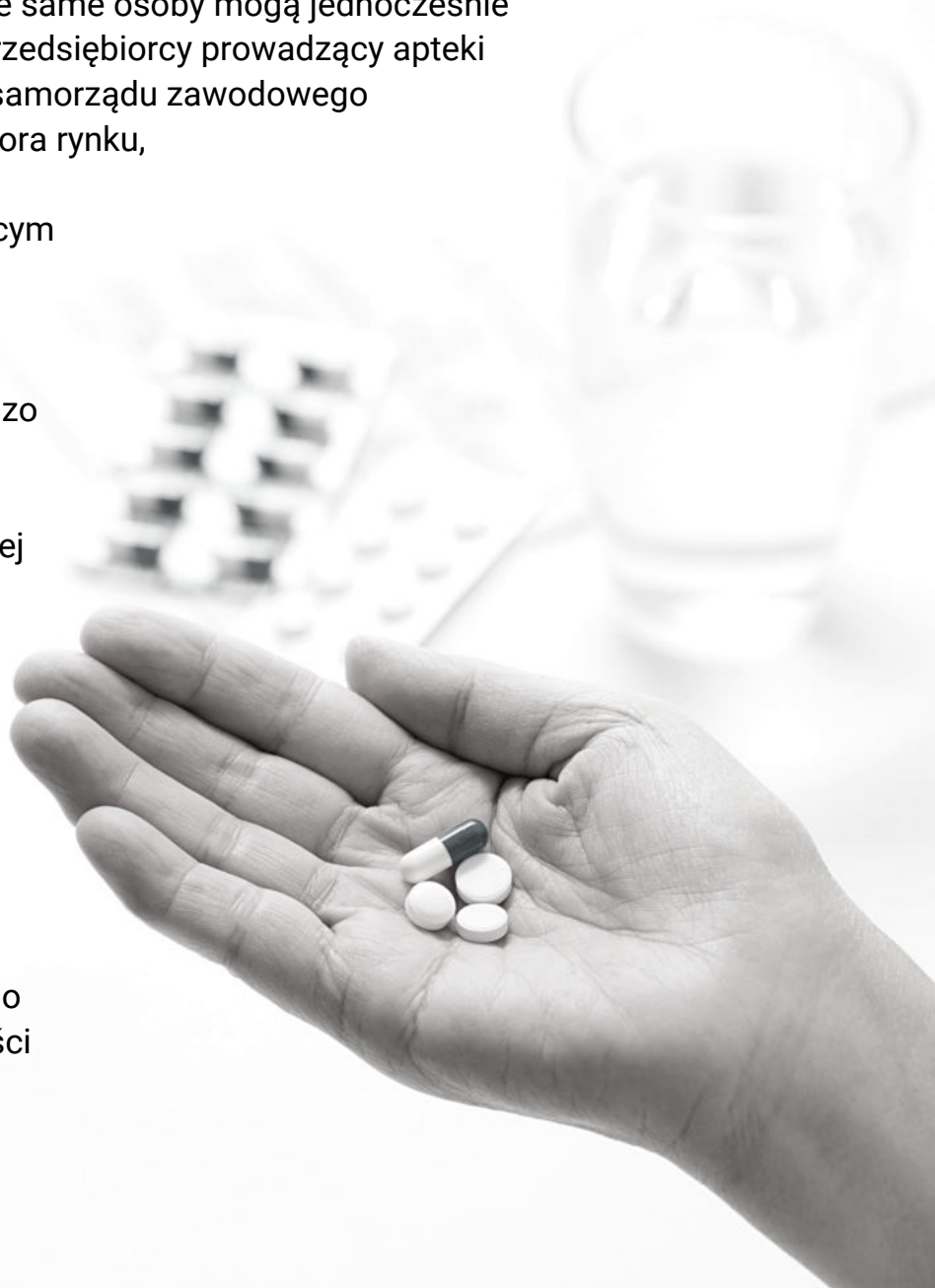
---

# ROSNĄCA ROLA SAMORZĄDU APTEKARSKIEGO I JEJ KONSEKWENCJE

---

Jak już wspomniano, samorząd apteczny konsekwentnie dąży do poszerzania zakresu swoich uprawnień. Zjawisku temu towarzyszą konflikty interesów wywołane obowiązującymi przepisami prawnymi. W rezultacie obserwujemy sytuację, w której w praktyce te same osoby mogą jednocześnie funkcjonować na rynku jako przedsiębiorcy prowadzący apteki i znajdować się we władzach samorządu zawodowego przejmującego funkcję regulatora rynku, a następnie rozpocząć karierę w organie inspekcji kontrolującym prawidłowość funkcjonowania podmiotów aptecznych.

Samorząd aptekarski jest bardzo aktywny na wielu polach – od procesu ustawodawczego (mocne wspieranie „AdY”, której przecież nie popierało całe środowisko farmaceutów, pojawia się zatem pytanie czy było to działanie prowadzone w ramach konstytucyjnego zadania reprezentacji zawodu zaufania publicznego?), przez forsowanie określonych rodzajów wykładni prawa, aż do podejmowania prób działalności ściśle regulacyjnej.



# Przykładem działania z tej drugiej kategorii

może być sukcesywne domaganie się przez samorząd aptekarski, by interpretować przepisy antykoncentracyjne wbrew ich literalnemu brzmieniu. Chodzi o art. 99 ust. 3 Prawa farmaceutycznego, zgodnie z którym zezwolenia na prowadzenie apteki nie wydaje się, jeśli podmiot ubiegający się o zezwolenie prowadzi na terenie województwa więcej niż 1% aptek ogólnodostępnych”. Wydaje się, że przynajmniej w jednym aspekcie przepis jest całkowicie jasny: zezwolenia nie wydaje się, jeśli ubiegający się o nie podmiot prowadzi więcej niż 1% aptek ogólnodostępnych na terenie województwa. Z przepisu wprost wynika zatem, że ustanawia on zakaz wydawania zezwoleń na prowadzenie apteki podmiotom, które prowadzą już więcej niż 1% aptek na terenie danego województwa. Samorząd aptekarski forsuje jednak inną interpretację tego przepisu, sprzeczną z jego dosłownym brzmieniem, zgodnie z którą miałby on nakazywać cofanie zezwoleń w każdym przypadku, w którym podmiot prowadzi więcej niż 1% aptek w województwie.





Tym samym Naczelna Izba Aptekarska (NIA) dąży do tego, by z przepisu zakazującego wydawania nowych zezwoleń podmiotowi, który posiada więcej niż 1% aptek w województwie, zrobić przepis zakazujący posiadania 1% aptek w województwie.

Co znamienne, historia regulacji Prawa farmaceutycznego sugeruje, że właściwe jest dosłowne rozumienie przytoczonego przepisu. Gdyby przyjąć perspektywę NIA, bezprzedmiotowe byłyby inicjatywy ustawodawcze z 2007 i 2008 roku mające na celu wprowadzenie do Prawa farmaceutycznego nowego przepisu, wprost zabraniającego prowadzenia na terenie województwa więcej niż 1% aptek ogólnodostępnych. W uzasadnieniach do obu projektów stwierdzono, że wskazany wyżej przepis odnosi się **wyłącznie** do etapu wydawania nowych zezwoleń.

Słuszność tej literalnej interpretacji przepisu potwierdził Naczelny Sąd Administracyjny, przesądzając w wyroku z 27 lutego 2018 roku (sygn. II GSK 2510/17), że art. 99 ust. 3 Prawa farmaceutycznego ma zastosowanie wyłącznie na etapie wydawania zezwolenia i nie może być podstawą dla cofania zezwoleń.



# Mimo powyższych okoliczności,

samorząd aptekarski konsekwentnie promuje interpretację, zgodnie z którą szereg aptek (w tym niegdysiejszych państwowych CEFARM-ów) zakupionych przez inwestorów czy przejętych w wyniku fuzji, należy zamknąć. Pojawiające się niekiedy sformułowania sugerują wręcz, że są to podmioty działające nielegalnie i z naruszeniem przepisów antykoncentracyjnych.

Jeśli chodzi o działalność regulacyjną samorządu aptekarskiego za przykład może posłużyć uchwała Krajowego Zjazdu Aptekarzy z 26 stycznia 2020 roku w sprawie rękojmi należytego prowadzenia apteki ogólnodostępnej w przypadku, gdy podmiotem prowadzącym jest farmaceuta lub spółka farmaceutów.

Omawiana uchwała miała w istocie jeden cel i stanowiła próbę ograniczenia możliwości prowadzenia aptek w ramach sieci franczyzowych. Jak to możliwe? Odpowiedź nie jest jednoznaczna.



## RĘKOJMIA NALEŻYTEGO PROWADZENIA APTEKI

Zgodnie z przepisem art. 101 pkt 4 ustawy Prawo farmaceutyczne, przesłanką odmowy udzielenia zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej jest brak rękojmi należytego prowadzenia apteki przez wnioskodawcę. Pojęcie rękojmi pojawia się również w kontekście kierowników apteki. W żadnym fragmencie, ani ustawa Prawo farmaceutyczne, ani ustawa o izbach aptekarskich, nie wskazują, by samorząd apteczny był władny dowolnie przyznawać i odbierać rękojmię.

W praktyce, organy samorządu aptekarskiego odgrywają w ramach postępowania w sprawach o udzielenie albo cofnięcie zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej bardzo istotną rolę (teoretycznie) opiniodawczą. Jedyną bezpośrednią podstawą dla takiego postępowania jest porozumienie zawarte między Głównym Inspektorem Farmaceutycznym a Naczelną Radą Aptekarską.

Mając na uwadze powyższe, jednoznaczny wydaje się być wydzwitek omawianej uchwały, w której Krajowy Zjazd Aptekarzy de facto stwierdził, że zawarcie przez farmaceutę umowy franczyzowej bądź zaistnienie „jakichkolwiek innych zdarzeń”, za które farmaceuta ponosi odpowiedzialność, a w wyniku których nie posiada „pełnej samodzielności lub niezależności w prowadzeniu apteki” sprawia, że farmaceuta taki nie daje rękojmi należytego prowadzenia apteki ogólnodostępnej. Jest to o tyle zastanawiające, że niezależność franczyzobiorcy od franczyzodawcy jest immanentną cechą stosunku franczyzowego, na istnienie której zwracają uwagę zarówno sądy administracyjne, jak i UOKiK, jednocześnie kontrolując zabezpieczenie tejże niezależności.

Tym samym samorząd aptekarski spróbował przejąć rolę regulatora rynku, sprawiając że zawarcie umowy franczyzowej skutkować może odebraniem bądź odmową potwierdzenia rękojmi należytego prowadzenia apteki, mimo że nie byłoby dla takiego działania żadnej podstawy prawnej w obowiązujących przepisach.

**Szczególnym przykładem forsowania przez samorząd aptekarski swojej interpretacji regulacji obowiązujących na rynku aptecznym może być porozumienie zawarte w październiku 2020 roku przez Naczelną Radę Aptekarską z ministrem zdrowia, nazwane „Strategią na rzecz rozwoju aptek”. Zawarte w dokumencie punkty wprost odnoszą się m.in. do opisywanej już interpretacji przepisów antykoncentracyjnych sprzecznej z ich literalnym brzmieniem czy też do usankcjonowania w przepisach udziału organów samorządu aptekarskiego w postępowaniach w sprawie udzielenia, zmiany lub cofnięcia zezwolenia na prowadzenie apteki oraz w postępowaniach dotyczących ustanowienia kierownika apteki ogólnodostępnej.**

Sam fakt zawarcia takiego porozumienia przez regulatora rynku de iure, z częścią przedstawicieli tego rynku, będących aktywną stroną sporu o kształt regulacji tegoż rynku, a także będących uczestnikami tego rynku (tj. przedsiębiorcami, co wynika z decyzji Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów) jest zdumiewający. Tym bardziej, że nie jest jasne, jaki konkretnie był tryb ustalania treści dokumentu – w reakcji na złożony przez ZPP wniosek o udzielenie informacji publicznej uzyskaliśmy lakoniczną odpowiedź, w której Ministerstwo Zdrowia deklaruje uczestnictwo w dialogu ze wszystkimi istotnymi interesariuszami rynku aptecznego.



Zjawisku dążenia przez samorząd aptekarski do poszerzania własnych kompetencji, towarzyszą dodatkowo stosunkowo swobodne przepływy poszczególnych osób pomiędzy władzami samorządu, a np. organami inspekcji. Mechanizm ten jest dodatkowo stymulowany przez obowiązujące przepisy, zgodnie z którymi zarówno Głównym Inspektorem Farmaceutycznym, jak i Wojewódzkimi Inspektorami Farmaceutycznymi, mogą być wyłącznie farmaceuci. W rezultacie prominentni działacze samorządu, prowadzący również własne apteki (łączyąc zatem funkcje uczestnika rynku i przedstawiciela podmiotu starającego się często „przejąć” rolę regulatora), mogą z dnia na dzień stać się przedstawicielami organu nadzoru nad rynkiem. Tego rodzaju swobodne przepływy osób pomiędzy poszczególnymi podmiotami mającymi różne role na rynku, można nazwać zjawiskiem „drzwi obrotowych”.

## **PRZYKŁADY PERSONALNYCH „DRZWI OBROTOWYCH” NA RYNKU APTECZNYM**

- od 2018 roku Głównym Inspektorem Farmaceutycznym jest Paweł Piotrowski, były członek Naczelnej Rady Aptekarskiej,
- wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej Marek Tomków był wcześniej Wojewódzkim Inspektorem Farmaceutycznym w Opolu,
- prezes Związku Aptekarzy Pracodawców Polskich Marcin Wiśniewski jest jednocześnie od stycznia 2020 roku członkiem Naczelnej Rady Aptekarskiej.

# Z punktu widzenia teoretycznego,

taka regulacja rynku aptecznego oraz tak określone relacje personalne wewnątrz niego są sprzeczne zarówno z zasadami społecznej gospodarki rynkowej i państwa prawa, jak i nie spełniają kluczowych warunków teorii regulacji czy teorii wyboru publicznego. Ich podstawowe cechy to nie transparentność, brak przejrzystości i brak efektywności. W konsekwencji stanowią one istotną rynkową interferencję, generującą ograniczenia konkurencji, a ostatecznie – pogorszenie sytuacji zarówno podmiotów funkcjonujących na rynku, jak i ich konsumentów, czyli pacjentów kupujących leki.

Poza perspektywą teoretyczną, poszerzanie zakresu kompetencji samorządu i swobodny przepływ osób pomiędzy aktywnymi uczestnikami rynku aptecznego, organami NIA i organami nadzoru, doprowadzają do sytuacji patologicznych w praktyce.

Istnieje szeroki katalog decyzji Prezesa UOKiK i wyroków Sądu Antymonopolowego, w których działania samorządu aptecznego uznano za bezprawne i ograniczające konkurencję, ze szkodą dla konsumentów.

## PRZYKŁADOWE Z NICH TO M.IN.:

- decyzja Prezesa UOKiK z 17 sierpnia 1993 r. (nr DO-II-500-8-93/1285), w której stwierdzono, że samorząd aptekarski dopuścił się praktyki ograniczającej konkurencję poprzez realizację wytycznych NRA w zakresie opiniowania wniosków o udzielenie koncesji na prowadzenie aptek, uzależniających liczbę aptek od promienia zasięgu ich działania i liczby mieszkańców (notabene – był to przykład próby przeforsowania kryteriów demograficzno-geograficznych, znanych z „AdY” przed jakąkolwiek regulacją ustawową!),
- decyzja Prezesa UOKiK z 14 lipca 2000 roku (nr DDP-4/00), w której stwierdzono, że samorząd aptekarski - w rezultacie przyjęcia uchwał III Krajowego Zjazdu Aptekarzy - zastosował praktyki ograniczające konkurencję (chodziło m.in. o zakaz stosowania „kart stałego klienta” czy zakaz otwierania własnych aptek w najbliższym sąsiedztwie aptek już istniejących).

Opisane w opracowaniu elementy regulacji rynku aptecznego, kompetencje samorządu aptekarskiego oraz transfery personalne pomiędzy poszczególnymi organami istotnymi z punktu widzenia organizacji rynku, kumulują się w personalnych dramatach przedsiębiorców. Koronnym przykładem może być historia przedsiębiorcy z Częstochowy, który po 20 latach budowania

firmy, może ją z dnia na dzień stracić, w rezultacie przyjęcia przez Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny interpretacji przepisów dotyczących przekształceń własnościowych aptek sprzecznej z interpretacją uznawaną przez Ministerstwo Zdrowia. Naturalnie interpretacja przyjęta przez WIF odzwierciedla interpretację forsowaną przez ZAPPA oraz NRA.







**51 900**

zrzeszonych firm



**580 000**

pracowników  
w firmach  
członkowskich



**15**

organizacji  
regionalnych



**20**

organizacji  
branżowych



# SKONTAKTUJ SIĘ Z NAMI

[WWW.ZPP.NET.PL](http://WWW.ZPP.NET.PL)



**13 500**

cytowań w mediach  
rocznie



**80 000**

followers – profile na  
Twitter



**128 000**

fanów  
na Facebook



**740 000**

minimalny zasięg  
miesięczny  
na Facebook



[WWW.ZPP.NET.PL](http://WWW.ZPP.NET.PL)

**ZWIĄZEK PRZEDSIĘBIORCÓW I PRACODAWCÓW**