MANAGEMENT AND ADMINISTRATION JOURNAL

4 (65) • 2025

Agnieszka Piekara
Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

ORCID: 0000-0002-7623-1679
e-mail: agnieszka.piekara@ue.wroc.pl

JEL Classification: H44, I18

OLIGOPOLIZACJA RYNKU APTECZNEGO W POLSCE - ANALIZA SKUTKÓW I REKOMENDACJE REGULACYJNE W KONTEKŚCIE USTAWY „APTEKA DLA APTEKARZA 2.0"

Oligopolization of the Polish Pharmacy Market: Impacts and Regulatory Recommendations under the 'Pharmacy for Pharmacists 2.0' Act

https://doi.org/10.34739/maj.2025.04.01

Streszczenie: W ciągu ostatnich 15 lat polski rynek apteczny przeszedł intensywny proces zmian własnościowych skutkujący spadkiem liczby aptek indywidualnych na rzecz podmiotów sieciowych. Celem artykułu jest identyfikacja i omówienie zagrożeń wynikających z narastającej koncentracji własności na polskim rynku aptecznym oraz uzasadnienie potrzeby utrzymania i wzmocnienia regulacji służących ochronie jego struktury. W szczególności analizie poddano potencjalne skutki ponownego uchwalenia AdA 2.0. Zaprezentowano przegląd literatury i danych, analizę konsekwencji monopolizacji dla różnych grup interesariuszy (małych przedsiębiorstw, pacjentów oraz systemu ochrony zdrowia) oraz rekomendacje dotyczące kierunków działań legislacyjnych. Oligopolizacja i monopolizacja rynku aptecznego w Polsce nie jest jedynie kwestią gospodarczą – to problem o wielowymiarowych konsekwencjach społecznych, zdrowotnych i państwowych.
Słowa kluczowe: oligopolizacja rynku aptecznego, konctetracja własności, AdA 2.0, bezpieczeństwo systemy zdrowia

Abstract: Over the past 15 years, the Polish pharmacy market has undergone an intensive process of ownership transformation, resulting in a decline in the number of independent pharmacies in favor of chain entities. The aim of this article is to identify and discuss the risks arising from the growing ownership concentration in the Polish pharmacy market and to justify the need for maintaining and strengthening regulations that protect its structure. Particular attention is given to the potential effects of reintroducing AdA 2.0. The article presents a review of literature and data, an analysis of the consequences of monopolization for various stakeholder groups (small businesses, patients, and the healthcare system), as well as recommendations for future legislative directions. The oligopolization and monopolization of the pharmacy market in Poland is not solely an economic issue – it constitutes a problem with multidimensional social, health, and state-level
Keywords: oligopolization of the pharmacy market,ownership concentration, AdA 2.0, safety of healthcare system

CC BY NC

Wstęp

Polski rynek apteczny od trzech dekad podlega istotnym przemianom związanym z procesami deregulacji oraz koncentracji własności. Po transformacji ustrojowej w 1989 roku sektor farmaceutyczny w Polsce został objęty zasadami gospodarki rynkowej, co w porównaniu z regulacjami obowiązującymi w wielu państwach Unii Europejskiej stanowi sytuację wyjątkową. W większości krajów UE rynek apteczny jest chroniony przed nadmierną koncentracją kapitału oraz przed dominacją podmiotów o charakterze korporacyjnym, przy jednoczesnym uznaniu, że apteki pełnią istotną funkcję publiczną w systemie ochrony zdrowia (Pogorzelczyk i wsp., 2018; Szydło, 2019).

W Polsce w latach 90. i pierwszej dekadzie XXI wieku odnotowano dynamiczną konsolidację rynku aptecznego, w wyniku której duże sieci apteczne stopniowo zwiększały swój udział kosztem małych, niezależnych placówek prowadzonych przez farmaceutów–właścicieli. W odpowiedzi na te procesy podejmowano działania legislacyjne – wprowadzono kolejne przepisy o charakterze antykoncentracyjnym (m.in. w latach 2001, 2002 i 2004), a ich zwieńczeniem była ustawa „Apteka dla Aptekarza" (AdA 1.0) z 2017 roku. Celem tej regulacji było ograniczenie dalszej koncentracji poprzez wprowadzenie wymogu, aby nowe apteki mogły być zakładane wyłącznie przez farmaceutów oraz poprzez ustanowienie limitów właścicielskich. Doświadczenia ostatnich lat wskazują jednak, że dotychczasowe przepisy nie zatrzymały tendencji konsolidacyjnych. Niektóre z największych sieci aptecznych, w dużej mierze powiązane z kapitałem zagra-nicznym, znalazły sposoby na funkcjonowanie w ramach struktur umożliwiających dalszy rozwój, pomimo formalnych ograniczeń wynikających z AdA 1.0. W konsekwencji proces koncentracji postępuje – odsetek aptek niezależnych stopniowo maleje, a pozycja największych podmiotów rynkowych ulega wzmocnieniu.

W 2023 roku ustawodawca podjął próbę wprowadzenia nowelizacji określanej jako „Apteka dla Aptekarza 2.0" (AdA 2.0, 2023), przewidującej m.in. zaostrzenie sankcji za naruszanie limitów antykoncentracyjnych. Nowelizacja została jednak zakwestionowana pod względem proceduralnym, co stwarza ryzyko uznania jej zapisów za niezgodne z konstytucją i ponownie rodzi wątpliwości co do przyszłości systemu regulacji w tym obszarze.

Celem niniejszego artykułu jest identyfikacja i omówienie zagrożeń wynikających z narastającej koncentracji własności na polskim rynku aptecznym oraz uzasadnienie potrzeby utrzymania i wzmocnienia regulacji służących ochronie jego struktury. W szczególności analizie poddano potencjalne skutki ponownego uchwalenia AdA 2.0. W artykule zaprezentowano przegląd literatury i danych, analizę konsekwencji monopolizacji dla różnych grup interesariuszy (małych przedsiębiorstw, pacjentów oraz systemu ochrony zdrowia) oraz rekomendacje dotyczące kierunków działań legislacyjnych.

Metodyka badań

Analiza przedstawiona w niniejszym artykule została oparta na podejściu jakościowo-ilościowym, łączącym elementy przeglądu literatury, analizy danych wtórnych oraz studiów przypadków. Przeprowadzono systematyczny przegląd literatury naukowej oraz źródeł branżowych dotyczących regulacji rynków aptecznych w Polsce i w krajach Unii Europejskiej. Uwzględniono publikacje recenzowane, raporty branżowe, opracowania organizacji samorządowych i zawodowych farmaceutów oraz dokumenty Komisji Europejskiej. W analizie prawnej uwzględniono akty krajowe (w szczególności nowelizacje Prawa farmaceutycznego z lat 2001-2023) oraz orzecznictwo sądów krajowych i unijnych.

Wykorzystano dane (dane wtórne) pochodzące z: Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), raportów firm badawczych (IQVIA, PMR), Krajowego Rejestru Sądowego (KRS) oraz sprawozdań finansowych podmiotów aptecznych. Dane te posłużyły do analizy zmian w liczbie aptek, struktury własnościowej rynku, średnich obrotów oraz poziomu koncentracji wartości sprzedaży.

Przeanalizowano strategie ekspansji największych sieci aptecznych w Polsce, w tym sposoby obchodzenia przepisów antykoncentracyjnych, na podstawie danych finansowych, dokumentów korporacyjnych

i wiarygodnych źródeł branżowych. Oceniono konsekwencje rosnącej koncentracji rynku dla trzech grup interesariuszy: małych i średnich przedsiębiorstw aptecznych, pacjentów, systemu ochrony zdrowia.

Przegląd literatury i doświadczeń międzynarodowych

Większość państw Unii Europejskiej utrzymuje rozbudowane regulacje dotyczące własności i lokalizacji aptek, których celem jest zapobieganie nadmiernej koncentracji w rękach nielicznych podmiotów (tab. 1). Szacuje się, że około 94% aptek w UE działa w oparciu o restrykcyjne przepisy, zgodnie z którymi apteki mogą być prowadzone wyłącznie przez wykwalifikowanych farmaceutów, a dodatkowo obowiązują różnego rodzaju limity antykoncentracyjne, geograficzne i demograficzne. Poszczególne kraje stosują odmienne kombinacje tych ograniczeń (Pogorzelczyk i wsp., 2018; Szydło, 2019).

Tabela 1. Przegląd literatury i doświadczeń międzynarodowych

Źródło	Kluczowe obserwacje
A Quantitative Classification of OTC Medicines Regulations (López Vila et al., 2023)	Identyfikuje klastry regulacyjne i rolę przepisów dotyczących własności aptek w zapobieganiu monopolizacji.
Oversight of National Pharmacies Market Regulations (Szydło, 2019)	Potwierdza wsparcie prawne UE dla środków antykoncentracyjnych na rynkach aptecznych. Wykazano, że wprowadzenie regulacji antykoncentracyjnych jest zgodne z Traktatem o funkcjonowaniu Unii Europejskiej w zakresie wolności prowadzenia działalności gospodarczej i świadczenia usług i są uzasadnione realizacją tzw. nadrzędnych wymogów interesu ogólnego, takich jak ochrona zdrowia i życia ludzkiego oraz bezpieczeństwo pacjentów, pod warunkiem, że spełniają wymóg proporcjonalności względem tych wartości.
Pharmaceutical Markets Regulation in Selected EU Countries (Pogorzelczyk i wsp., 2018)	Nowelizacja Prawa farmaceutycznego dostosowuje polski rynek apteczny do standardów obowiązujących w Unii Europejskiej. Wprowadzenie ograniczeń w zakresie prowadzenia aptek przyczyni się do realizacji konstytucyjnego obowiązku zapewnienia wszystkim obywatelom stałego i równego dostępu do świadczeń zdrowotnych.
"Pharmacy for the Pharmacist" Regulation in CEE (Szyszkowska, 2024)	Porównuje zliberalizowane i restrykcyjne modele w Europie Środkowo-Wschodniej oraz ich wpływ na strukturę rynku i usługi.
EU Pharmaceutical Market: Problems of Competition. Kondrat'eva & Khromakov, 2020)	Omówiono regulacje przeciwdziałające porozumieniom ograniczającym konkurencję i praktykom antykonkurencyjnym. W analizie przedstawiono kluczowe parametry sektora farmaceutycznego, podkreślając znaczenie działalności badawczo-rozwojowej dla globalnej konkurencyjności. Omówiono najważniejsze postępowania antymonopolowe prowadzone przez KE w ostatniej dekadzie, obejmujące m.in. zmowy cenowe, wprowadzanie w błąd, nadużywanie pozycji dominującej oraz podział rynków lub klientów.

Źródło: opracowanie własne na podstawie literatury przedmiotu

W Niemczech i Francji farmaceuta może posiadać maksymalnie 3-4 apteki, a w Hiszpanii i Austrii obowiązują minimalne odległości między placówkami oraz limity ludnościowe (Szydło, 2019). Restrykcje te uzasadnia się interesem społecznym – apteka traktowana jest jako placówka ochrony zdrowia, a nie typowy punkt sprzedaży detalicznej, a jej dostępność i niezależność fachowa mają bezpośrednie znaczenie dla bezpieczeństwa pacjentów i skuteczności farmakoterapii.

Przed 2017 r. Polska pozostawała na tle UE rynkiem znacznie bardziej liberalnym – brak było ograniczeń właścicielskich i skutecznych limitów geograficzno-demograficznych, co sprzyjało dynamicznemu rozwojowi sieci. Nawet państwa, które częściowo zliberalizowały rynek, utrzymały określone zabezpieczenia. Przykładowo, we Włoszech zniesiono w 2017 r. zasadę „apteka dla aptekarza", dopuszczając kapitał niefarmaceutyczny, jednak wprowadzono limit 20% aptek w danym regionie na jeden podmiot (Szyszkowska, 2024). Węgry, Łotwa i Estonia po okresach liberalizacji zdecydowały się na częściowy powrót do restrykcji, m.in. poprzez obowiązek odkupu większości udziałów przez farmaceutów. Doświadczenia innych państw wskazują, że w skali Europy dominuje trend ochrony zawodu farmaceuty oraz utrzymania rozproszonej struktury

własnościowej aptek. Polski model sprzed 2017 r. należał do wyjątków, a jego konsekwencje były analogiczne do problemów, które inne kraje starały się ograniczać.

Badanie porównawcze dziewięciu krajów europejskich (Vogler i wsp., 2012) wykazało, że deregulacja prowadziła do wzrostu ogólnej liczby aptek, jednak nowe placówki powstawały głównie w obszarach miejskich, co skutkowało ograniczeniem dostępności na terenach wiejskich. Zjawisko to określa się mianem „urban clustering" (Todd, 2018). Zakładano również, że deregulacja obniży ceny leków dzięki wzrostowi konkurencji, jednak badania nie potwierdzają takiej zależności (Vogler i wsp., 2012). Ceny są w większym stopniu kształtowane przez regulacje administracyjne (urzędowe ceny i marże, polityka refundacyjna) oraz politykę producentów, a konkurencja między aptekami ma ograniczony wpływ na poziom cen. Zjawisko „urban clustering" ma również wymiar ekonomiczny. Apteki zlokalizowane w miastach funkcjonują na większych rynkach, co pozwala im utrzymywać wyższe marże dzięki szerszemu asortymentowi obejmującemu m.in. dermokosmetyki, suplementy diety czy produkty premium. Natomiast apteki wiejskie, pozbawione mechanizmów wsparcia sprzedaży i obsługujące mniejszą liczbę pacjentów, koncentrują się głównie na lekach podstawowych, generujących niższe przychody. Różnice te wpływają na atrakcyjność lokalizacji i przyczyniają się do nasilania koncentracji aptek w obszarach miejskich.

Analiza przeprowadzona przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2019 r. wykazała, że apteki sieciowe osiągają przeciętnie wyższe marże niż placówki indywidualne, przy czym istotnym czynnikiem różnicującym jest lokalizacja – wyższe marże uzyskują apteki w gminach miejskich, a ich wartość rośnie wraz z wielkością populacji gminy (Rynek Aptek w Polsce, 2020). Zauważalnym trendem w strukturze sprzedaży aptek jest stopniowe odchodzenie od dominacji asortymentu stricte farmaceutycznego na rzecz produktów kosmetyczno-drogeryjnych, żywieniowych i lifestylowych (Todd, 2018). Zmiana ta jest także widoczna w aptekach sieciowych, które wykorzystują efekt skali i rozpoznawalność marki do wprowadzania szerokiej oferty pozalekowej (w tym marek własnych). Dla mniejszych, niezależnych placówek oznacza to konieczność konkurowania nie tylko ceną leków, ale także atrakcyjnością oferty i dostępnością produktów o wyższej marży.

Jeśli chodzi o jakość opieki farmaceutycznej, literatura nie dostarcza jednoznacznych dowodów na jej pogorszenie po deregulacji. Choć utrzymuje się wysoki poziom profesjonalizmu farmaceutów, wskazuje się na potencjalne ograniczenie czasu poświęcanego pacjentom w warunkach presji sprzedażowej i wzrostu obciążenia pracą. Przykłady z Norwegii (liberalizacja w 2001 r.) pokazują, że choć liczba aptek wzrosła, usługi doradcze mogły ulec skróceniu (Anell 2025). Praktyki z Wielkiej Brytanii, Irlandii, Holandii i Szwecji, które w różnym stopniu liberalizowały rynek, wskazują, że oczekiwane efekty w postaci spadku cen leków i poprawy dostępności na obszarach peryferyjnych nie wystąpiły, natomiast widoczne były procesy koncentracji, osłabienie niezależności farmaceutów i tendencje oligopolistyczne. Z kolei w krajach utrzymujących restrykcje apteki zachowują równomierne rozmieszczenie geograficzne i status ogólnodostępnych placówek ochrony zdrowia.

Analiza problemu - monopolizacja rynku aptecznego w Polsce

W ciągu ostatnich 15 lat polski rynek apteczny przeszedł intensywny proces konsolidacji własnościowej, którego skutkiem był spadek liczby aptek indywidualnych oraz rosnąca dominacja podmiotów sieciowych. Według danych raportu IQVIA w latach 2011-2014 z rynku ubyło około 4000 aptek prowadzonych przez indywidualnych farmaceutów. Proces ten był w dużej mierze wynikiem ekspansji dużych przedsiębiorstw dysponujących znaczną przewagą kapitałową i zapleczem hurtowym (Raport Zappa, 2025).

Jeszcze w 2014 r. sektor apteczny w dużej mierze opierał się na aptekach indywidualnych – było ich ok. 8600 (Raport IQVIA). W kolejnych latach rozwój sieci doprowadził do zmiany tych proporcji. Najwięksi gracze rynkowi – często powiązani z kapitałem zagranicznym – wykorzystywali luki prawne, aby zwiększać liczbę kontrolowanych placówek. Całkowita liczba aptek w Polsce osiągnęła najwyższy poziom w latach 2016-2017, tuż przed wejściem w życie ustawy „Apteka dla Aptekarza" (AdA 1.0, 2017), po czym ustabilizowała się i zaczęła stopniowo maleć. Istotniejsza niż sama liczba placówek jest jednak ich struktura własnościowa.

Ustawa AdA 1.0 z 2017 r. przewidywała ograniczenie maksymalnej liczby aptek w posiadaniu jednego podmiotu do czterech oraz zakaz przejmowania aptek przez przedsiębiorców spoza zawodu farmaceuty (AdA,

2017). Przepisy te nie zahamowały jednak procesów konsolidacyjnych. Duże sieci stosowały różne strategie obchodzenia prawa, w tym:

a) tworzenie struktur franczyzowych i partnerskich,
b) przejmowanie udziałów w mniejszych spółkach posiadających apteki,
c) powierzanie formalnego właścicielstwa osobom trzecim[1].

Dane za lata 2017-2023 pokazują, że kilka największych sieci znacząco zwiększyło liczbę placówek, mimo formalnych ograniczeń. Przykładowo, jedna z wiodących sieci kontrolowana przez fundusz inwestycyjny z siedzibą poza Polską zwiększyła liczbę aptek z 80 do 330, m.in. poprzez przejęcie 160 placówek formalnie działających jako franczyzy. Inna sieć, posiadająca w 2017 r. około 300 placówek, do 2023 r. rozrosła się do 550 (Raport ZAPPA, 2025). Pojawiały się sygnały, że niektóre sieci przekraczają istniejące limity antykoncentracyjne – jeden podmiot nie powinien kontrolować więcej niż ok. 1% aptek w województwie (średnio 115 placówek), jednak w praktyce funkcjonują sieci liczące 400 czy nawet 600 aptek. Na polskim rynku funkcjonują również sieci aptek o rodzimym kapitale, takie jak *Słoneczna* czy *Ziko Apteka*, które odgrywają istotną rolę w procesach konsolidacyjnych. Choć skala ich działalności jest mniejsza niż w przypadku sieci międzynarodowych, wykorzystują podobne strategie rozwoju – w tym przejęcia pojedynczych aptek oraz integrację logistyczną i marketingową. Uwzględnienie tych podmiotów pozwala na pełniejszą ocenę stopnia koncentracji rynku, wskazując, że proces monopolizacji ma charakter zarówno transnarodowy, jak i krajowy.

Na koniec 2023 r. w Polsce działało 11,5 tys. aptek (ogólnodostępnych i zakładowych) oraz 1,1 tys. punktów aptecznych, zatrudniających łącznie 57,8 tys. magistrów farmacji i techników farmaceutycznych (GUS 2024c). Według IQVIA 17 największych sieci (posiadających powyżej 50 placówek każda, łącznie 3336 aptek) generowało 39% wartości rynku (IQVIA, 2024). Średni miesięczny obrót w czerwcu 2024 r. wynosił 435 tys. zł w aptekach sieciowych i 227 tys. zł w aptekach indywidualnych (1-4 placówki w ramach jednego właściciela). Od 2011 r. obserwuje się systematyczny wzrost udziału kapitału zagranicznego w strukturze własności polskich aptek. Największe sieci są kontrolowane przez międzynarodowe podmioty, m.in. Dr. Max (Penta Investments, Cypr, www.drmax.eu/en/about-us), DOZ/CeFarm (częściowo kapitał holenderski), Gemini (Warburg Pincus, Kajmany, www.geminipolska.com.pl/o-nas) czy Super-Pharm (kapitał izraelski, www.superpharm.pl/o-nas). Napływ kapitału zagranicznego przyczynił się do modernizacji infrastruktury, ale wiąże się także z możliwym transferem zysków poza Polskę oraz ograniczeniem kontroli państwa nad strategicznym sektorem dystrybucji leków. W kontekście wpływu sektora aptecznego na finanse publiczne warto zaznaczyć, że podmioty o krajowym kapitale w przeważającej mierze rozliczają podatek dochodowy w Polsce, co stanowi bezpośrednie źródło dochodów budżetowych. Odmiennie może wyglądać sytuacja w przypadku sieci należących do międzynarodowych grup kapitałowych, które stosują rozliczenia wewnątrzkorporacyjne, prowadzące do transferu części zysków poza kraj. Różnice te mają znaczenie nie tylko fiskalne, lecz także strukturalne – wpływają na trwałość krajowego systemu aptecznego i jego wkład w gospodarkę narodową.

Część podmiotów optymalizuje podatki w Polsce, np. sieć Super-Pharm w latach 2015-2023 osiągnęła przychody rzędu 7,6 mld zł, nie odprowadzając podatku CIT, a grupa Dr. Max w latach 2018-2023 deklarowała straty mimo skonsolidowanego obrotu około 3,7 mld zł (Raport ZAPPA, 2025) W wyniku przeprowadzonej analizy można wskazać kilka obszarów zagrożeń wynikających z postępującej monopolizacji (tabela 2).

Tabela 2. Obszary zagrożeń wynikających z postępującej oligopolizacji i monopolizacji

Obszar	Zagrożenia
Małe przedsiębiorstwa (1-4 apteki)	Wypieranie niezależnych aptek z rynku; uszczuplenie wpływów z podatków do Skarbu Państwa
Pacjenci	Dostępność, jakość usług, bezpieczeństwo farmakoterapii; ograniczona dostępność terytorialna i czasowa; obniżenie jakości opieki farmaceutycznej; monopol z natury osłabia bodźce do utrzymywania wysokiej jakości usług; zagrożenia dla bezpieczeństwa lekowego pacjentów
Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia (w tym bezpieczeństwa lekowego państwa)	Utrata kompetencji i roli farmaceutów w systemie; ograniczenie kontroli państwa nad łańcuchem dostaw leków

[1] Wyrok WSA w Poznaniu z dnia 6 marca 2025 r., sygn. I SA/Po 738/24.

Zagrożenia dla małych przedsiębiorstw aptecznych

Monopolizacja czy też oligopolizacja oznacza rosnącą koncentrację rynku w rękach ograniczonej liczby podmiotów sieciowych. Dla małych, niezależnych aptek – prowadzonych najczęściej przez farmaceutów-właścicieli – generuje to asymetrię warunków konkurowania. Podmioty sieciowe, wykorzystując efekty skali (warunki zakupu w hurcie, centralizację logistyki, budżety marketingowe), mogą negocjować korzystniejsze ceny nabycia, prowadzić intensywne kampanie promocyjne oraz stosować okresowe obniżki cen w wybranych kategoriach (np. suplementy, dermokosmetyki). Pojedyncze apteki – z uwagi na mniejszą siłę zakupową – dysponują ograniczonymi możliwościami odpowiadania na takie działania, co w konsekwencji obniża ich rentowność i udział w rynku (por. IQVIA, 2024).

Dane z czerwca 2024 r. wskazują na dalsze pogłębianie koncentracji: rok do roku liczba aptek indywidualnych zmniejszyła się o 381 placówek, natomiast liczba aptek należących do sieci (≥5 placówek) wzrosła o 151 (IQVIA, *Rynek farmaceutyczny w 2Q 2024 roku*). Tendencja ta potwierdza systematyczne wypieranie aptek niezależnych przez podmioty sieciowe oraz przekształcanie struktury własnościowej rynku na niekorzyść modelu farmaceuta-właściciel.

Niezależne apteki pełnią zarazem funkcję lokalnych przedsiębiorstw zakorzenionych w społecznościach. Szacuje się, że ok. 5 tys. podmiotów MŚP w sektorze aptecznym tworzy miejsca pracy dla tysięcy osób, a ich działalność wspiera lokalną przedsiębiorczość oraz ciągłość opieki farmaceutycznej. Ubytek tego segmentu może prowadzić do redukcji kapitału społecznego i osłabienia dostępności usług na poziomie gmin i powiatów. Dodatkowo zanik rozproszonej struktury własnościowej ogranicza szanse rynkowego wejścia dla młodych farmaceutów i utrudnia sukcesję w przedsiębiorstwach rodzinnych, co było jedną z przesłanek wprowadzenia AdA 1.0.

Konsekwencje koncentracji mają także wymiar fiskalny. W literaturze i raportach branżowych wskazuje się, że międzynarodowe grupy kapitałowe mogą stosować praktyki optymalizacji podatkowej, w tym transfer zysków do innych jurysdykcji podatkowych, co potencjalnie ogranicza wpływy z CIT w Polsce. I tak w 2020 r. apteki indywidualne (wówczas 30% rynku wartościowo) odprowadziły 175 mln podatku PIT, rok później 165 mln zł. Między 2017 a 2021 łącznie 715 mln zł. W tym samym czasie apteki sieciowe (wówczas 70% rynku wartościowo) odprowadziły w 2020 r. 64 mln zł podatku CIT, a rok później 82 mln zł, a w całym okresie od 2017 do 2021 – 283,2 mln zł (Zegar, 2023). Zastępowanie MŚP – które rozliczają podatek w kraju – przez podmioty stosujące optymalizację może skutkować uszczupleniem bazy podatkowej. Prognozy wpływu na budżet powinny jednak opierać się na danych empirycznych i modelach fiskalnych.

Zagrożenia dla pacjentów

Rola farmaceuty w ostatnich latach uległa istotnym zmianom. W większości państw europejskich obserwuje się przesunięcie akcentu z modelu zorientowanego na produkt w kierunku modelu skoncentrowanego na świadczeniu usług zdrowotnych (Martins i in., 2015). Proces monopolizacji rynku aptecznego oddziałuje nie tylko na podmioty gospodarcze, ale przede wszystkim na pacjentów – końcowych odbiorców usług farmaceutycznych. Apteki stanowią jeden z filarów systemu ochrony zdrowia, będąc dla wielu pacjentów najłatwiej dostępną placówką medyczną, z którą kontakt bywa częstszy niż z lekarzem. Ograniczenie dostępności aptek lub obniżenie jakości świadczeń farmaceutycznych może przekładać się bezpośrednio na wskaźniki zdrowia publicznego.

Doświadczenia innych państw wskazują, że deregulacja rynku może prowadzić do nierównomiernego rozmieszczenia aptek, sprzyjającego koncentracji w obszarach miejskich kosztem lokalizacji wiejskich. W Polsce, gdzie około 40% populacji zamieszkuje tereny poza miastami (GUS 2024), zjawisko to jest szczególnie istotne. Już obecnie gęstość aptek w małych miejscowościach i na obszarach wiejskich jest niższa niż w aglomeracjach. W przypadku dominacji sieci aptecznych istnieje ryzyko, że placówki w mniej rentownych lokalizacjach zostaną zamknięte na rzecz ekspansji w rejonach generujących wyższe obroty.

Tendencję tę należy rozpatrywać w kontekście zmian demograficznych. W Polsce w 2024 r. liczba osób w wieku 60 lat i więcej wynosiła 9,9 mln, co stanowiło 26,3% ludności Polski, przy wzroście o 1,0% w stosunku do roku poprzedniego (GUS, 2024). Dane Narodowego Funduszu Zdrowia wskazują, że w 2023 r. refundacja leków dla tej grupy wiekowej wyniosła 7,4 mld zł, co stanowiło około 65% całkowitych wydatków refundacyjnych na leki. Wielkie podmioty rynkowe kierują się jednak analizą opłacalności, a utrzymywanie apteki w słabo zaludnionych lub mniej zamożnych rejonach może być dla nich nieatrakcyjne ekonomicznie. Brakuje natomiast nowszych analiz przestrzennego rozmieszczenia aptek po 2020 r., które pozwoliłyby empirycznie ocenić skalę zagrożenia.

Jakość usług farmaceutycznych jest silnie związana z relacją farmaceuta–pacjent oraz czasem poświęcanym na doradztwo, weryfikację interakcji lekowych, szczepienia czy działania edukacyjne. W modelu, w którym farmaceuta jest właścicielem apteki, istnieje motywacja do budowania długoterminowych relacji i świadczenia usług wykraczających poza minimalne wymagania prawne. W modelu sieciowym może natomiast występować presja na realizację celów sprzedażowych, w tym promowanie produktów wysokomarżowych, co może ograniczać niezależność doradczą farmaceuty. Zgodnie z wyrokiem TSUE, że właściciele niefarmaceuci mogą wywierać wpływ na codzienne zarządzanie apteką w sposób niekorzystny dla dobra pacjenta (Uzasadnienie wyroku dot. C-531/06). Należy tutaj jednak zauważyć, że pomimo licznych pilotaży i projektów testowych w Polsce wciąż nie funkcjonuje ustandaryzowany model porady farmaceutycznej, obejmujący m.in. przegląd lekowy czy konsultację farmaceutyczną (Raport Opieka Farmaceutyczna, 2020). Brak odpowiednich regulacji prawnych i finansowych pozostaje jednym z głównych czynników hamujących rozwój opieki farmaceutycznej oraz ograniczających możliwość pełnego wykorzystania kompetencji farmaceutów. W konsekwencji może to utrwalać różnice w jakości usług i wpływać negatywnie na relację farmaceuta–pacjent.

Z punktu widzenia bezpieczeństwa lekowego pacjentów istotne są również praktyki mające wpływ na dostępność produktów leczniczych. W przeszłości na rynku aptecznym obserwowano przypadki tzw. odwróconego łańcucha dystrybucji, obejmujące nielegalny wywóz leków za granicę, co w efekcie ograniczało ich dostępność dla pacjentów w kraju (Raport NIK, 2018). Zjawisko to wskazuje na potrzebę stałego monitorowania rynku oraz podejmowania skutecznych działań zapobiegawczych i kontrolnych. Struktura własnościowa rynku aptecznego może mieć znaczenie dla skali oraz trudności w wykrywaniu tego rodzaju nieprawidłowości.

Zagrożenia dla systemu ochrony zdrowia i bezpieczeństwa lekowego państwa

Apteki stanowią element infrastruktury krytycznej państwa – ich prawidłowe funkcjonowanie warunkuje bezpieczeństwo zdrowotne populacji oraz efektywność realizacji polityki lekowej. Przejęcie kontroli nad znaczną częścią rynku przez podmioty o charakterze korporacyjnym, w tym powiązane z kapitałem zagranicznym, może prowadzić do utraty przez państwo zdolności do skutecznego nadzoru nad tym sektorem.

Rezygnacja z modelu „apteki dla aptekarza" wiąże się z ryzykiem stopniowej deprofesjonalizacji zawodu farmaceuty. W warunkach silnej koncentracji i podporządkowania pracy farmaceutów strategiom korporacyjnym rośnie prawdopodobieństwo ograniczenia ich roli do funkcji sprzedażowych. Może to negatywnie wpływać na prestiż zawodu, a w dłuższym okresie – zniechęcać absolwentów kierunków farmaceutycznych do pracy w aptekach ogólnodostępnych, prowadząc do odpływu kadr w stronę sektora przemysłowego lub hurtowego, oferującego wyższe wynagrodzenia i większe możliwości rozwoju. Brakuje jednak aktualnych danych dotyczących skali migracji farmaceutów z aptek do innych segmentów rynku – wskazane byłoby przeprowadzenie takiej analizy.

Zanik niezależnych aptek oznacza również ograniczenie roli placówek pierwszego kontaktu w systemie ochrony zdrowia. Obecnie wiele aptek świadczy usługi, które odciążają lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, m.in. podstawowe poradnictwo, pomiary parametrów zdrowotnych, przeglądy lekowe czy szczepienia ochronne. W sytuacjach kryzysowych – takich jak pandemia COVID-19 czy lokalne niedobory kadry lekarskiej – apteki te pełnią istotną funkcję stabilizującą dostęp do świadczeń. Monopolizacja może tę rolę osłabić, jeśli priorytetem właścicieli stanie się optymalizacja kosztów, a nie rozwój usług prozdrowotnych.

Utrata kontroli państwa nad łańcuchem dystrybucji leków jest kolejnym zagrożeniem systemowym. Apteki są ostatnim ogniwem dostarczania produktów leczniczych do pacjenta, a ich własność i zarządzanie wpływają na bezpieczeństwo lekowe. Koncentracja w rękach niewielkiej liczby dużych podmiotów, szczególnie zagranicznych, zwiększa ryzyko, że decyzje dotyczące dystrybucji będą podejmowane z uwzględnieniem przede wszystkim celów biznesowych. W przypadku konfliktu interesów pomiędzy korporacjami a organami administracji publicznej państwo, pozbawione alternatywnych kanałów dystrybucji, może mieć ograniczoną możliwość reakcji. W literaturze wskazuje się, że wysoki stopień konsolidacji rynku może pośrednio ograniczać elastyczność funkcjonowania aptek w sytuacjach zakłóceń dostaw, jednak kluczową rolę w tym procesie odgrywa struktura i wydolność sieci producentów oraz hurtowni farmaceutycznych (Chapman i wsp., 2022; Dredge, Scholtes, 2023). Ponadto, wbrew twierdzeniom przedstawicieli branży, konsolidacja konsekwentnie ogranicza innowacyjność i szkodzi interesowi publicznemu. Skupienie siły rynkowej w rękach mniejszej liczby podmiotów zmniejsza presję konkurencyjną sprzyjającą innowacjom, a jednocześnie pozwala firmom opierać się na dominacji rynkowej zamiast na doskonaleniu produktów (Feldman, Fulton, 2022).

Sieci mogą również dążyć do zwiększenia udziału w wydatkach publicznych na leki, m.in. poprzez działania lobbingowe na rzecz rozszerzenia listy refundacyjnej lub podniesienia cen produktów objętych refundacją. Kontrolując znaczną część rynku detalicznego, korporacje mają możliwość wpływania na politykę cenową i warunki refundacji w sposób korzystny dla swoich interesów, co może skutkować wzrostem obciążeń budżetu publicznego.

Wzrost siły lobbingowej dużych sieci aptecznych jest kolejnym elementem ryzyka. Koncentracja zasobów finansowych i organizacyjnych w rękach kilku podmiotów zwiększa ich potencjał oddziaływania na proces legislacyjny. Już w ostatnich latach obserwowano działania mające na celu ograniczenie lub zniesienie regulacji antykoncentracyjnych (np. próby zablokowania projektu AdA 2.0). W długiej perspektywie może to prowadzić do powstawania przepisów sprzyjających utrwaleniu pozycji rynkowej oligopolistów, kosztem konkurencji i interesu publicznego.

Równowaga między konkurencją a dostępnością usług aptecznych

Dowody naukowe jednoznacznie wskazują, że monopolizacja oraz oligopolizacja rynku farmaceutycznego stanowi poważne zagrożenie, a nie szansę. Chociaż teoretyczne korzyści płynące z konsolidacji istnieją, badania empiryczne konsekwentnie dowodzą, że negatywny wpływ na ceny, dostęp i innowacje znacznie przewyższa potencjalne korzyści. Siła tych dowodów jest poparta wieloma podejściami metodologicznymi, w tym studiami przypadków konkretnych firm (Zheng, 2024), kompleksowymi analizami fuzji (Moss, 2020) oraz systematycznymi przeglądami wpływu na ceny (Ashiwaju i wsp., 2023). Do ograniczeń należą jednak względny niedobór długoterminowych badań nad efektami leczenia pacjentów oraz wyzwanie związane z odizolowaniem efektów konsolidacji od innych czynników rynkowych.

Przeprowadzona analiza wskazuje, że ograniczenie procesów oligopolizacyjnych na polskim rynku aptecznym wymaga wdrożenia rozwiązań regulacyjnych i organizacyjnych, w dużej mierze inspirowanych założeniami ustawy „Apteka dla Aptekarza" 2.0. Pomimo napotkanych trudności natury prawnej, kluczowe mechanizmy tej regulacji – w szczególności ograniczenie możliwości otwierania nowych aptek wyłącznie do farmaceutów, wprowadzenie limitów antykoncentracyjnych oraz określenie sankcji za obchodzenie prawa – należy uznać za istotne do utrzymania w ewentualnej nowelizacji.

Istotnym elementem wzmocnienia regulacji jest także wyposażenie Inspekcji Farmaceutycznej w skuteczne narzędzia pozwalające na identyfikację rzeczywistej struktury właścicielskiej aptek. Pozwoliłoby to na ograniczenie zjawiska ukrytej własności, stosowanego w celu obejścia przepisów antykoncentracyjnych poprzez np. rozwiązania oparte na rejestrach beneficjentów rzeczywistych oraz wymianie danych między instytucjami kontrolnymi. Uzupełnieniem działań legislacyjnych i kontrolnych powinna być strategia komunikacji społecznej, akcentująca rolę apteki jako placówki ochrony zdrowia. Transparentne przedstawianie celów regulacji może przeciwdziałać dezinformacji, a tym samym wzmacniać poparcie społeczne dla rozwiązań służących pacjentom i systemowi ochrony zdrowia.

Kolejnym działaniem jest stworzenie systemu wsparcia dla aptek zlokalizowanych na obszarach o niskiej gęstości placówek. Mogłoby ono przyjąć formę uproszczeń proceduralnych, sprzyjających utrzymaniu działalności w mniej rentownych lokalizacjach. Rozwiązania tego typu funkcjonują w wielu państwach europejskich, przyczyniając się do przeciwdziałania zjawisku tzw. „pustyń aptecznych", choć nadmierne wsparcie finansowe może prowadzić do przeciwnego zjawiska tzn. zwiększonej koncentracji aptek w obszarach uboższych (Todd, 2018). Rozwój usług opieki farmaceutycznej może stanowić istotny czynnik wzmacniający pozycję konkurencyjną niezależnych aptek. Refundacja przeglądów lekowych, finansowanie szczepień czy precyzyjne określenie ram prawnych świadczenia usług farmaceutycznych mogłyby zwiększyć atrakcyjność oferty tych placówek, a jednocześnie poprawić dostępność świadczeń dla pacjentów.

Zakończenie

Oligopolizacja i monopolizacja rynku aptecznego w Polsce nie jest jedynie kwestią gospodarczą – to problem o wielowymiarowych konsekwencjach społecznych, zdrowotnych i państwowych. Jak wykazano, postępująca koncentracja własności aptek może nieść ze sobą zagrożenia: likwidację drobnych przedsiębiorstw, pogorszenie dostępności usług farmaceutycznych (szczególnie na obszarach wiejskich), spadek jakości opieki nad pacjentem oraz ograniczenie kontroli nad bezpieczeństwem lekowym kraju. Argumenty prezentowane przez zwolenników pełnej deregulacji – jakoby miała ona przynieść tańsze leki czy więcej aptek – nie znajdują potwierdzenia. Doświadczenia innych państw oraz analizy rynku wskazują jasno, że cele liberalizacji nie zostały osiągnięte (ceny nie spadły, apteki mnożą się tylko w dużych miastach), za to ujawniły się negatywne skutki uboczne w postaci pogorszenia równomierności dostępu i zagrożenia dla niezależności zawodu farmaceuty. Wobec tego ingerencja państwa poprzez odpowiednie regulacje jest nie tylko uzasadniona, ale wręcz konieczna.

Można uznać, że ustawa "Apteka dla Aptekarza" 2.0 stanowi próbę przywrócenia właściwej równowagi na rynku aptecznym – w duchu rozwiązań od lat z powodzeniem funkcjonujących w zdecydowanej większości krajów UE. Jej obrona i ponowne uchwalenie w poprawionej formie leży w interesie publicznym. Należy pamiętać, że apteki to część infrastruktury krytycznej zdrowia publicznego. Rozdrobnienie i lokalny charakter własności aptek wzmacnia odporność systemu – w czasach kryzysów zdrowotnych, epidemii czy braków leków posiadanie sieci niezależnych, zaangażowanych farmaceutów-właścicieli jest nieocenione. Z kolei przekształcenie aptek wyłącznie w placówki komercyjne grozi podporządkowaniem całej polityki lekowej logice korporacyjnej.

Niniejsza analiza wykazała, iż bez interwencji legislacyjnej możliwe są niekorzystne scenariusze: dalsze zamykanie aptek (zwłaszcza tam, gdzie są mniej zyskowne), marginalizacja roli farmaceutów, a być może także wzrost cen dla pacjentów w warunkach oligopolu. Co więcej, państwo straci wpływ na kluczowy sektor wydatkowania środków refundacyjnych, co może odbić się na finansach ochrony zdrowia. Z kolei wdrożenie proponowanych rekomendacji – zwłaszcza AdA 2.0 – powinno zahamować te negatywne trendy i stworzyć warunki do rozwoju aptekarstwa nastawionego na dobro pacjenta. Apteka prowadzona przez farmaceutę, działająca w otoczeniu zdrowej konkurencji i rozsądnych regulacji to gwarancja, że pacjent otrzyma nie tylko lek, ale i fachową opiekę, a system zdrowia zyska cennego sojusznika w realizacji swoich zadań.

Bibliografia

Ada 1.0 2017. Ustawa z dnia 7 kwietnia 2017 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2017 r., poz. 1015) – tzw. "Apteka dla Aptekarza 1.0".

Anell, A. (2005). Deregulating the pharmacy market: The case of Iceland and Norway. Health Policy, 75(1), 9-17. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.01.020.

Ashiwaju, B.I., Orikpete, O.F., Alade, E.Y., Raji, A., Adesanya, A.O., Nwankwo, T.C. (2023). Impact of Drug Price Regulation on Patient Access to Medicines: A Systematic Review. Matrix Science Pharma. https://doi.org/10.4103/mtsp.mtsp_23_23.

Borowicz, J. (2022). Sytuacja prawna kierownika apteki zatrudnionego w ramach stosunku pracy – wybrane zagadnienia. In: Górnicz-Mulcahy A., Tomanek A., Lewandowicz-Machnikowska M. (eds), Pro opere perfectogratias agimus, księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Tadeuszowi Kuczyńskiemu, Wrocław.

Chapman, S., Dedet, G., Lopert, R. (2022). Shortages of medicines in OECD countries. OECD Health Working Papers, 137, https://dx.doi.org/10.1787/b5d9e15d-en.

Dredge, C., Scholtes, S. (2023). Vaccinating Health Care Supply Chains Against Market Failure: The Case of Civica Rx. NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery, https://doi.org/10.1056/cat.23.0167.

Feldman, R., Fulton, B.D. (2022). Challenges with defining pharmaceutical markets and potential remedies to screen for industry consolidation. Journal of Health Politics, Policy and Law, 47(5), 583-622.

Gallone, E.L. i in. (2020). The 2017 deregulation of pharmacies in Italy: Introducing non-pharmacist ownership. Health Policy.

GUS a (2024). Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2023 r. Stan w dniu 31 grudnia, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.

GUS b (2024). Sytuacja osób starszych w Polsce w 2023 r. Analizy statystyczne. Urząd Statystyczny w Białymstoku, Warszawa-Białystok.

GUS c (2024) Apteki i punkty apteczne w 2023 r. Informacje Sygnalne. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.

Khanna, B. (2018). Pharmaceutical Regulations in European Union. Academic Press, https://doi.org/10.1016/B978-0-12-802103-3.00012-2.

Leslie, C.R. (2024). Pharmacy Deserts and Antitrust Law. Boston University Law Review, 104.

López Vila, E.D., Buts, C., Jegers, M. (2023). A quantitative classification of OTC medicines regulations in 30 European countries: dispensing restrictions, distribution, pharmacy ownership, and pricing systems. Journal of Pharmaceutical Policy and Practice, 16(1), https://doi.org/10.1186/s40545-023-00522-7,

Martins, S.F., van Mil, J.W.F., da Costa, F.A. (2015). The organizational framework of community pharmacies in Europe. Int J Clin Pharm 37, 896-905, https://doi.org/10.1007/s11096-015-0140-1.

Moss, D.L. (2020). From Competition to Conspiracy: Accessing the Federal Trade Commission's Merger Policy in the Pharmaceutical Sector. Social Science Research Network, https://doi.org/10.2139/SSRN.3701158.

Pogorzelczyk, K., Synoweć, J., Robakowska, M., Ślęzak, D., Holajn, P., Robakowski, P., Żuratyński, P., Nadolny, K. (2018). Pharmaceutical markets regulation overview of the selected European Union countries.Wiadomości Lekarskie (Warsaw Poland), 71(7), 1404-1408, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30448818.

Projekt ustawy nowelizacyjnej ("Apteka dla Aptekarza 2.0"), Druk sejmowy 2023 (nieuchwalony, cyt. jako AdA 2.0, 2023).

Raport NIK pt.: Działalność Organów Państwa Na Rzecz Zapewnienia Dostępności Produktów Leczniczych 2018. Nr ewid. 139/2018/P/17110/LZG.

Raport Opieka Farmaceutyczna (2020) Kompleksowa analiza procesu wdrożenia. Raport z prac zespołu ds. opieki farmaceutycznej powołanego przez Ministra Zdrowia na podstawie zarządzenia z dnia 8 lipca 2020 r. (Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia z dnia 9 lipca 2020 r., Warszawa), https://www.gov.pl/web/gif/raport-opieka-farmaceutyczna-kompleksowa-analiza-procesu-wdrozenia-juz-dostepny.

Raport ZAPPA (2025). 30 lat rynku aptek w Polsce. https://aptekarze.org.pl/wp-content/uploads/2025/03/23_01_2025_raport_zappa_02_druk.pdf.

Rynek aptek w polsce. Analiza marży na lekach wydawanych na receptę. Warszawa, październik 2020. Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia. Departament Analiz i Innowacji.

Rynek farmaceutyczny w 2Q 2024 roku, IQVIA 2024. https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/poland/library/publications/rynek-farmaceutyczny_2q2024.pdf.

Stavroulaki, T. (2024). Can Antitrust Law Cure the Pharmacy Desert Problem in America? Boston University Law Review, 104.

Szydło, W. (2019). Oversight of National Pharmacies Market Regulations Exercised by the Court of Justice of the European Union. Springer, Cham, https://doi.org/10.1007/978-3-030-11833-4_15.

Szyszkowska, E. (2024). Pharmacy for the pharmacist" or for the patient? On different trajectories of regulation on pharmacy markets across the CEE region. Acta Universitatis Wratislaviensis, 135, 101-116, https://doi.org/10.19195/0137-1134.135.8.

Vogler, S., Arts, D., Sandberger, K. (2012). Impact of pharmacy deregulation and regulation in European countries. Gesundheit Österreich GmbH (Austrian Health Institute).

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), 648-653, https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.03.009.

Wrześniewska-Wal, I. (2024). New professional competencies for pharmacists and their impact on professional liability. Med Og Nauk Zdr., 30(2), 116-122, https://doi.org/10.26444/monz/188823.

Uzasadnenie wyroku dot. C-531/06. Judgment of the Court (Grand Chamber) of 19 May 2009. Commission of the European Communities v Italian Republic. Case C-531/06, https://curia.europa.eu/juris/liste.jsf?language=en&num=C-531/06.

Zegar, B, (2023) Ekspertyza dotycząca interpretacji w zakresie podatku dochodowego. Pobrano 12.08.2025, https://aptekarze.org.pl/wp-content/uploads/2023/04/ekspertyza-kwiecien-2023.pdf.

Zheng, C. (2024). Research on Gilead Sciences' Market Monopolization Strategies and Their Economic Impact on the Global Pharmaceutical Market. SHS Web of Conferences, https://doi.org/10.1051/shsconf/202420804005.