



Minister Zdrowia

Warszawa, 22 maja 2017.

951544

SEKRETARIAT
Biura Prac Senackich
Wpłynęło dn. 26.05.17
nr. 3037 podpis. M

GABINET MARSZAŁKA SENATU
wpłynęło dn. 27.05.2017.
nr. 2775 podpis. M

BRB

dot. BPS1043-40-101117

Pan
Stanisław Karczewski
Marszałek Senatu RP

Stanowowy Panie Marszałku

W odpowiedzi na oświadczenie złożone przez senatora Waldemara Sługockiego na 40. Posiedzeniu Senatu w dniu 27 kwietnia 2017 r. skierowane do ministra zdrowia Konstantego Radziwiłła w sprawie polskiego rynku farmaceutycznego w związku z wprowadzanymi przepisami ustawy - Prawo farmaceutyczne w zakresie ustanowienia tzw. zasady „apteka dla aptekarza”, w ślad za uzasadnieniem do projektu, uprzejmie informuję co następuje.

Na wstępie należy podkreślić, że zmiany w przedmiotowym zakresie zostały zainicjowane w Sejmie RP i były procedowane w ramach projektu poselskiego.

Na 39 posiedzeniu plenarnym w dniu 7 kwietnia br. projekt został uchwalony przez Sejm i w dniu 11 kwietnia 2017 r. przekazany Prezydentowi i Marszałkowi Senatu. Wobec niezgłoszenia uwag przez Senat, w dniu 24 kwietnia 2017 r. projekt został przekazany Prezydentowi do podpisu.

Stanowisko strony społecznej było znane oraz było przedmiotem rozpatrzenia zarówno przez obie izby parlamentu jak i przez Prezydenta. Część z uwag została uwzględniona. Inne z kolei nie uzyskały poparcia. Zatem należy podkreślić, że podjęcie ostatecznych decyzji miało miejsce przy uwzględnieniu poglądów prezentowanych przez

przeciwników ustawy ze środowiska farmaceutycznego, pacjentów i organizacje zrzeszające przedsiębiorców i pracodawców, w tym tych z branży farmaceutycznej.

Na koniec w dniu 15 maja 2017 r., zgodnie z przepisami art. 122 Konstytucji, przy braku wątpliwości co do słuszności (celowości) przyjętych w ustawie rozwiązań i jej zgodności z Konstytucją, Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej podpisał ustawę z dnia 7 kwietnia 2017 r. o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne, która zmienia dotychczasowe regulacje dotyczące wydawania zezwoleń na prowadzenie aptek ogólnodostępnych.

Poinformowano, że wprowadzone zmiany dotyczą przede wszystkim trzech zasadniczych kwestii:

1) ograniczenia kręgu podmiotów mogących uzyskać zezwolenie na prowadzenie apteki ogólnodostępnej;

Obecnie obowiązujące przepisy przewidują, że prawo do uzyskania zezwolenia na prowadzenie apteki posiada osoba fizyczna, osoba prawna oraz niemająca osobowości prawnej spółka prawa handlowego. Jednocześnie podmiot prowadzący aptekę jest obowiązany zatrudnić osobę odpowiedzialną za prowadzenie apteki (kierownika apteki), będącego farmaceutą, dającego rękojmię należytego prowadzenia apteki.

W świetle nowouchwalonych zmian, zezwolenie na prowadzenie apteki ogólnodostępnej będą mogli uzyskać farmaceuci posiadający prawo wykonywania zawodu, prowadzący jednoosobową działalność gospodarczą, oraz spółki jawne lub partnerskie, których przedmiotem działalności jest wyłącznie prowadzenie aptek, i w których wspólnikami (partnerami) są wyłącznie farmaceuci posiadający prawo wykonywania zawodu.

2) dalszego ograniczenia koncentracji na rynku aptek ogólnodostępnych;

Aktualnie zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej nie wydaje się m.in. wtedy, gdy podmiot ubiegający się o zezwolenie albo podmioty przez niego kontrolowane prowadzą na terenie województwa więcej niż 1% aptek ogólnodostępnych. Obowiązujące regulacje nie przewidują natomiast ograniczeń co do liczby aptek prowadzonych przez dany podmiot.

Ustawa wprowadza zakaz wydania zezwolenia również wówczas, gdy wnioskodawca, wspólnik bądź partner spółki będącej wnioskodawcą prowadzi sam lub przez swoich wspólników/partnerów co najmniej 4 apteki ogólnodostępne lub jest związany

korporacyjnie bądź kapitałowo z innymi podmiotami prowadzącymi co najmniej 4 apteki ogólnodostępne. Powyższe dotyczy sytuacji gdy wnioskodawca, wspólnik bądź partner spółki będącej wnioskodawcą:

- a) jest wspólnikiem, w tym partnerem, w spółce lub spółkach prowadzących łącznie co najmniej 4 apteki ogólnodostępne lub
- b) prowadzi co najmniej 4 apteki ogólnodostępne albo podmiot lub podmioty przez niego kontrolowane w sposób bezpośredni lub pośredni prowadzą co najmniej 4 apteki ogólnodostępne, lub
- c) jest członkiem grupy kapitałowej, której członkowie prowadzą łącznie co najmniej 4 apteki ogólnodostępne, lub
- d) wchodzi w skład organów spółki posiadającej zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej bądź zajmującej się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi.

3) zmniejszenia stopnia nasycenia aptek ogólnodostępnych w poszczególnych gminach;

Obecnie obowiązujące regulacje prawne nie przewidują, przy wydawaniu zezwoleń na prowadzenie aptek ogólnodostępnych, żadnych ograniczeń demograficznych (liczba mieszkańców danej gminy przypadających na jedną aptekę) ani geograficznych (odległość pomiędzy poszczególnymi aptekami).

Ustawa wprowadza takie kryteria, stanowiąc iż zezwolenie na prowadzenie apteki ogólnodostępnej będzie wydawane w przypadku, gdy na dzień złożenia wniosku liczba mieszkańców danej gminy, w przeliczeniu na jedną aptekę ogólnodostępną, wynosi co najmniej 3000 osób, a odległość od miejsca planowanej lokalizacji apteki do najbliższej funkcjonującej apteki ogólnodostępnej wynosi w linii prostej co najmniej 500 metrów. Jednocześnie ustawodawca przewidział wyjątki od ww. zasad.

Ponadto, ustawa z dnia 7 kwietnia 2017 r. o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne wyklucza sukcesję generalną zezwoleń na prowadzenie aptek ogólnodostępnych przy podziale, łączeniu się lub przekształcaniu spółek posiadających takie zezwolenie, zmienia treść wniosku o wydanie zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej, wprowadza możliwość przeniesienia zezwolenia na podmiot, który nabył całą aptekę ogólnodostępną, oraz możliwość wyrażenia przez wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego, w decyzji stwierdzającej wygaśnięcie zezwolenia, zgody na zbycie

do hurtowni farmaceutycznej, apteki lub punktu aptecznego produktów leczniczych znajdujących się w aptece w dniu wygaśnięcia zezwolenia, jak również inne zmiany stanowiące konsekwencje przyjętej przez ustawodawcę koncepcji funkcjonowania rynku aptecznego.

Jak wynika z uzasadnienia projektu ustawy, zmiany w ustawie z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne służyć mają ustanowieniu zasad równomiernego rozmieszczenia aptek ogólnodostępnych i zagwarantowaniu pacjentom, w ten sposób, równego dostępu do usług farmaceutycznych. Jednocześnie mają one wyeliminować występujące obecnie problemy związane ze sprawowaniem prawidłowego nadzoru nad działalnością aptek prowadzonych przez spółki kapitałowe.

Zgodnie z przepisami przejściowymi, do postępowań wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie ustawy, dotyczących wniosków o wydanie zezwolenia na prowadzenie apteki, stosuje się przepisy dotychczasowe. Z kolei zezwolenia na prowadzenie aptek ogólnodostępnych, wydane przed dniem wejścia ustawy w życie, zachowują ważność. Oznacza to, iż zawarte w ustawie zmiany dotyczyć będą wyłącznie nowych zezwoleń na prowadzenie aptek ogólnodostępnych, tj. zezwoleń wydawanych po dniu wejścia w życie ustawy z dnia 7 kwietnia 2017 r. o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne. Nie będą się one natomiast odnosić do zezwoleń wydanych przed dniem wejścia tej ustawy w życie.

Odnosząc się bezpośrednio do wskazanego w oświadczeniu Pana Senatora przewidywanego skutku procedowanych przepisów w postaci ograniczenia konkurencji uprzejmie informuję, że Biuro Analiz Sejmowych w swojej opinii z dnia 9 stycznia br. przedstawiło analizę w zakresie m.in. zgodności z Konstytucją RP przepisów antykoncentracyjnych na rynku aptek. W tym opracowaniu wskazano co następuje.

...” Przepisy Projektu ustanawiające nowe regulacje antykoncentracyjne na rynku (w sektorze) aptek ogólnodostępnych wymagają ich oceny pod kątem gwarantowanej w Konstytucji RP wolności działalności gospodarczej (art. 20 Konstytucji RP). Od razu trzeba uczciwie przyznać, że wynik tej oceny może być różny w zależności od podmiotu (organu) ją dokonującego, na co wpływ będą miały m. in. takie związane z danym podmiotem czynniki jak: system wyznawanych wartości i akceptowane ideologie (np. komunitaryzm versus indywidualizm); wrażliwość na interes publiczny (dobro wspólne); poglądy na zakres pożądanego ingerencji państwa w gospodarkę; dysponowanie wiedzą

w zakresie aktualnego stanu rzeczy w sektorze aptek; przewidywania odnośnie skutków ustanowienia wspomnianych regulacji prawnych; zajmowana aktualnie pozycja zawodowa lub miejsce pracy. W sensie prawniczym wynik wspomnianej ewaluacji będzie przede wszystkim zależał od wyniku testu proporcjonalności, zaś wynik tego testu – wymagający ważenia kolidujących wartości – nie zawsze bywa w pełni jednoznaczny i przez wszystkich bez zastrzeżeń akceptowany.

W przekonaniu autora niniejszej opinii przepisy Projektu wprowadzające nowe regulacje antykoncentracyjne są zgodne z przepisami Konstytucji RP o wolności działalności gospodarczej, gdyż ograniczają one wolność działalności gospodarczej z uwagi na rzeczywiście występujący w omawianym zakresie ważny interes publiczny (w rozumieniu art. 22 Konstytucji RP) oraz czynią to przy respektowaniu zasady proporcjonalności (art. 22 w zw. z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP).

Ogólnie rzecz biorąc, sektorowe przepisy antykoncentracyjne mają zawsze na celu zmniejszenie stopnia koncentracji władzy rynkowej w danym sektorze gospodarki, a więc są ukierunkowane na doprowadzenie do obniżenia poziomu skoncentrowania danego sektora mierzonego w szczególności poprzez udział w rynku i siłę rynkową poszczególnych podmiotów działających w danym sektorze. Dążenie do obniżenia stopnia koncentracji gospodarczej w danym sektorze jest przy tym celem bezpośrednim przepisów antykoncentracyjnych, widocznym *prima facie*, natomiast o wiele ważniejsze są cele ultymatywne (tj. dalekosiężne, ostateczne, finalne) tego rodzaju przepisów, polegające na dążeniu do osiągnięcia pewnych stanów rzeczy pożądaných z ogólnospołecznego i ogólnogospodarczego punktu widzenia. Ultymatywnym celem tego rodzaju przepisów jest mianowicie ochrona skutecznej (efektywnej) konkurencji na rynku oraz zapewnianie tych wszystkich korzyści i pożądaných społecznie efektów, jakie daje skutecznie działająca konkurencja rynkowa, takich jak: a) większa efektywność alokacyjna (tj. bardziej optymalna alokacja zasobów w gospodarce), czego przejawem są w szczególności niższe ceny określonych dóbr dla konsumentów, dostępność tych dóbr dla konsumentów w pożądanęj przez nich ilości, większa różnorodność oraz jakość tych dóbr; b) większa efektywność produkcyjna, czego przejawem jest dążenie poszczególných przedsiębiorców – zmuszonych w warunkach mniejszej koncentracji rynku do intensywnej rywalizacji pomiędzy sobą – do obniżania (lub trzymania w ryzach) swoich kosztów, a przy tym te oszczędności kosztowe przedsiębiorców mogą być następnie akumulowane lub inwestowane lub też przekazywane konsumentom w postaci niższych cen; c) większa efektywność dynamiczna, czego przejawem jest

dokonujący się postęp techniczny lub technologiczny, wprowadzanie na rynek nowych produktów, stosowanie bardziej innowacyjnych sposobów produkcji lub doskonalenie procesu obsługi konsumentów; d) zmniejszanie siły rynkowej największych graczy rynkowych, będących dominantami lub monopolistami, a których wpływy w sferze publicznej mogą być groźne m. in. dla demokratycznego przebiegu procesów politycznych lub z uwagi potencjał lobbystyczny lub skłonność do tzw. przechwytywania regulacji na swoją korzyść; e) konsekwentna dyspersja władzy rynkowej pomiędzy większą liczbę uczestników rynku i ochrona interesów małych i średnich przedsiębiorców, będących zawsze bardzo pożądanym elementem struktury podmiotowej gospodarki .

Również przepisy antykoncentracyjne odnoszące się do sektora aptek ogólnodostępnych – zarówno te zamieszczone w obecnym art. 99 ust. 3 Prawa farmaceutycznego, jak też te przewidziane w tym względzie w Projekcie – mają na celu ochronę efektywnej konkurencji, a konkretnie konkurencji na poszczególnych rynkach aptek ogólnodostępnych, tj. na rynkach lokalnych (w gminach), na rynkach regionalnych (w województwach) oraz na rynku ogólnokrajowym. Ochrona konkurencji na wzmiankowanych rynkach ma być z kolei instrumentem do urzeczywistniania celów ultymatywnych, takich jak: zmniejszenie cen produktów leczniczych i wyrobów medycznych; zwiększenie ich dostępności i różnorodności w postaci produktów alternatywnych lub zamiennych; wymuszenie większej dbałości o dobro konsumentów korzystających z aptek oraz stymulowanie do działań projakościowych i proinnowacyjnych; zmniejszenie siły rynkowej dużych przedsiębiorców działających w ramach powiązań koncernowych (w tym w ramach międzynarodowych grup kapitałowych) i prowadzących często politykę dokonywania praktyk wykluczających , szkodzących nie tylko interesom mniejszych przedsiębiorców, ale i interesom osób korzystających z aptek. Obecny stan skoncentrowania kapitałowego na rynku aptek ogólnodostępnych w Polsce jest bardzo duży i bez dodatkowych prawnych ograniczeń w tym względzie będzie wykazywał tendencję rosnącą, z niekorzyścią dla pozostałych kategorii uczestników omawianego sektora. Praktyka działania dużych grup kapitałowych prowadzących ogromną liczbę aptek – są to mianowicie tzw. apteki sieciowe – pokazuje, że te mające rozbudowaną sieć kapitałowych powiązań podmioty są w stanie realizować taką politykę sprzedaży produktów leczniczych w prowadzonych przez siebie aptekach, która jest ewidentnie szkodliwa dla osób korzystających z aptek i jest podyktowana wyłącznie ekonomicznym interesem tych podmiotów

ukierunkowanym na osiągnięcie jak największych zysków. Elementem tej polityki jest m. in. sprzedaż za cenę 1 grosza leków w 100% refundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, ale zakupywanych z hurtowni farmaceutycznej „jedynie” z kilkudziesięcioprocentowym rabatem, co finalnie prowadzi do nieracjonalnego wydatkowania środków publicznych na leki ze szkodą dla ogółu pacjentów. Innym elementem tej polityki dużych grup kapitałowych prowadzących apteki sieciowe jest zaopatrywanie swoich aptek głównie w takie leki, które dobrze i szybko się sprzedają (tzw. „hity”), przy równoczesnym wstrzymywaniu dostaw leków, które są sprzedawane relatywnie rzadko i nie przynoszą właścicielom aptek dużych zysków, ale są konieczne dla ratowania zdrowia lub życia pacjentów w przypadku bardzo poważnych chorób lub rozstrojów zdrowia. Właściciele dużych grup kapitałowych i podmiotów prowadzących apteki sieciowe bardzo często wymuszają na aptekarzach i farmaceutach pracujących w poszczególnych aptekach realizowanie takich działań, które są nieetyczne lub wręcz sprzeczne z prawem i które mogą ewidentnie szkodzić pacjentom, ale które generują dla właścicieli tych dużych grup kapitałowych i podmiotów prowadzących apteki sieciowe ogromne zyski (np. nakazy sprzedaży leków o statusie Rp bez recepty, polecenia realizowania recept po terminie ważności lub realizowania odpisów recept z innych aptek, wymuszanie sprzedaży przykasowej, szantaż finansowy w stosunku do pracowników aptek za brak realizacji celów sprzedażowych, zmuszanie farmaceutów i innych pracowników aptek do sprzecznej z prawem reklamy produktów leczniczych). Sieci aptek prowadzone przez mocno skoncentrowane grupy kapitałowe są bardzo często wykorzystywane do osiągnięcia nielegalnych dochodów, np. do rozwijania procederu „odwróconego łańcucha dystrybucji leków” lub wręcz do pozyskiwania substancji do produkcji narkotyków. Apteki prowadzone przez przedsiębiorców działających jednoosobowo (tzw. apteki indywidualne) są dyskryminowane w zakresie zaopatrywania w leki (a więc w zakresie dostępu do leków) przez duże sieci hurtowni farmaceutycznych, które zresztą same są nierzadko właścicielami sieci aptek. Skoro stopień skoncentrowania polskiego rynku aptek ogólnodostępnych jest bardzo duży i nadal rośnie, to grozi to potęgowaniem się w przyszłości zasygnalizowanych wyżej zjawisk, niekorzystnych dla konkurencji (w tym dla małych polskich przedsiębiorców) oraz dla konsumentów (tj. dla pacjentów korzystających z aptek).

Zawarte w Projekcie przepisy antykoncentracyjne mają w swoim założeniu przeciwdziałać tym niepożądanym zjawiskom, zapewniając większą konkurencję i lepszą ochronę interesów konsumentów. W tym sensie przepisy te są stanowione w

„ważnym interesie publicznym” w rozumieniu art. 22 Konstytucji RP, a także są stanowione w celu ochrony konsumentów przed działaniami zagrażającymi ich życiu i bezpieczeństwu oraz przed nieuczciwymi praktykami rynkowymi w rozumieniu art. 76 Konstytucji RP oraz są stanowione dla realizacji konstytucyjnego prawa jednostek do ochrony zdrowia gwarantowanego przez art. 68 Konstytucji RP. W swoim dotychczasowym orzecznictwie Trybunał Konstytucyjny (TK) miał już okazję stwierdzić, że ustawodawca jest uprawniony do ustanawiania w określonym sektorze gospodarki przepisów antykoncentracyjnych, o ile realizują one określone normy konstytucyjne. W przypadku przepisów antykoncentracyjnych zawartych w Projekcie warunek ten jest spełniony, gdyż przepisy te realizują normy konstytucyjne zawarte w art. 22, art. 68 i art. 76 Konstytucji RP, a dokładniej: realizują chronione przez te normy wartości.

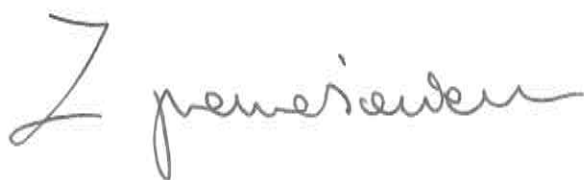
Równocześnie TK podkreśla, że przepisy antykoncentracyjne muszą zawsze spełniać konstytucyjne warunki dopuszczalności ustanawiania ograniczeń praw i wolności jednostek określone w art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, w tym zasadę proporcjonalności. W tym kontekście istnieje szereg poważnych argumentów przemawiających za tym, że przepisy art. 99 ust. 3a Prawa farmaceutycznego w brzmieniu przewidzianym w Projekcie są zgodne z zasadą proporcjonalności, w tym są przydatne do ochrony chronionych interesów oraz są w tym celu niezbędne. Przepisy te są dlatego przydatne dla ochrony konkurencji i konsumentów na rynku aptek ogólnodostępnych, gdyż w sposób jednoznaczny i radykalny uniemożliwią w przyszłości uzyskiwanie zezwoleń na prowadzenie aptek przez podmioty, które same lub poprzez podmioty z nimi powiązane lub kontrolowane prowadzą 4 lub więcej aptek. W ten sposób struktura rynku aptek ogólnodostępnych ulegnie poprawie na bardziej gospodarczo i społecznie efektywną (wydajną) oraz bardziej sprzyjającą dbałości o dobro indywidualnych użytkowników aptek ze strony podmiotów prowadzących te apteki. Jednocześnie zmniejszy się siła rynkowa i przewaga kontraktowa podmiotów, które obecnie, z uwagi na swoje duże udziały na rynku ogólnopolskim lub na lokalnych (regionalnych) rynkach aptek ogólnodostępnych, wykorzystują tę swoją siłę i przewagę (w tym w swoich relacjach z farmaceutami pracującymi w prowadzonych przez nich sieciach aptek oraz w swoich relacjach z małymi przedsiębiorcami prowadzącymi apteki indywidualne) oraz nie liczą się dostatecznie mocno z dobrze pojętym (i rzeczywistym) interesem osób korzystających z aptek (pacjentów).

Zawarte w Projekcie przepisy antykoncentracyjne są przy tym konieczne dla realizacji opisanego wyżej pożądanego stanu rzeczy, gdyż w ramach dotychczasowego stanu


prawnego oraz w ramach dostępnych obecnie instrumentów prawnych i pozaprawnych nie było i nie jest możliwe osiągnięcie tego celu. Co prawda Prawo farmaceutyczne w obecnym brzmieniu zawiera określone przepisy antykoncentracyjne (zob. art. 99 ust. 3 powołanej ustawy), ale kryteria antykoncentracyjne użyte w tych obecnych przepisach (w tym zwłaszcza kryterium udziału w rynku oraz kryterium kontroli) sprawiają dosyć duże trudności przy ich praktycznym stosowaniu i weryfikowaniu ich przestrzegania, a przy tym przepisy te są dość nagminnie obchodzone i naruszane. Kryteria antykoncentracyjne przewidziane w Projekcie są nieporównanie bardziej czytelne i jednoznaczne niż kryteria aktualnie zawarte w Prawie farmaceutycznym, chociażby dlatego, że Projekt odwołuje się w tym względzie do ścisłego, precyzyjnego i łatwego do skontrolowania kryterium w postaci prowadzenia przez dany podmiot lub grupę podmiotów co najmniej 4 aptek (co nie znaczy, że te nowe kryteria są w ogóle pozbawione jakichkolwiek wad – zob. uwagi w punkcie XIII niniejszej opinii). Warto przy tym dodać, że na zmniejszenie uciążliwości tej nowej regulacji antykoncentracyjnej, a tym samym na utrzymanie jej w granicach jedynie tego co konieczne na potrzeby testu proporcjonalności z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, wpływa okoliczność, iż w swoim założeniu przepisy te ukierunkowane są tylko na podmioty, które o zezwolenie na prowadzenie apteki będą się starały w przyszłości, po wejściu w życie przewidzianej w Projekcie nowelizacji Prawa farmaceutycznego. Natomiast podmioty, które już obecnie posiadają zezwolenie na prowadzenie apteki lub aptek zasadniczo nie będą musiały respektować tych nowych antykoncentracyjnych ograniczeń i nie będą miały obowiązku podejmowania uciążliwych i kosztownych działań dekoncentracyjnych (choć zob. uwagi w punkcie VII niniejszej opinii). Wszystko to sprawia, że przewidziane w Projekcie przepisy antykoncentracyjne można uznać za zgodne z art. 22 i art. 76 w zw. z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP.

Na marginesie warto przy tym zauważyć, że w przyszłości ustawodawca powinien być może rozważyć jeszcze dalej idącą dekoncentrację na rynku aptek ogólnodostępnych w Polsce, polegającą na wymogu przerwania jakichkolwiek powiązań kapitałowych lub korporacyjnych pomiędzy podmiotami prowadzącymi apteki ogólnodostępne (z jednej strony) a przedsiębiorcami prowadzącymi hurtownie farmaceutyczne lub zajmującymi się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi (z drugiej strony). Byłby to rodzaj swoistego unbundlingu (rozdzielenia) w sektorze aptek, analogicznego do obligatoryjnego unbundlingu występującego w niektórych tzw. sektorach sieciowych gospodarki. W obecnym stanie prawnym istnieją co prawda pewne zakazy powiązań

pomiędzy wskazanymi kategoriami podmiotów (zob. art. 99 ust. 3 Prawa farmaceutycznego), a ponadto pewne dodatkowe zakazy w tym względzie są przewidziane w Projekcie (zob. art. 99 ust. 3a pkt 4 Prawa farmaceutycznego w brzmieniu przewidzianym w Projekcie). Niemniej jednak wciąż nie jest i nawet po wejściu w życie Projektu nie będzie rozwiązany problem tego, że osobami prowadzącymi apteki lub właścicielami (wspólnikami) podmiotów prowadzących apteki mogą być osoby będące jednocześnie wspólnikami (w tym zwłaszcza udziałowcami lub akcjonariuszami) w spółkach (kapitałowych) prowadzących hurtownie farmaceutyczne lub zajmujących się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi (lub jeszcze inaczej z tymi ostatnimi przedsiębiorcami powiązane, niekiedy jedynie kontraktowo). To właśnie zaś te wskazane wyżej rodzaje powiązań są często źródłem wielu patologii, na które trafnie wskazują twórcy Projektu w jego Uzasadnieniu (zob. też uwagi w punkcie XII niniejszej opinii prawnej).”...



Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU



Marek Tombarkiewicz