

# Ocena regulacji rządowych projektu ustawy o zmianie ustawy

Prawo farmaceutyczne  
oraz zmianie niektórych innych ustaw  
(w tym w szczególności ustawy o  
świadczeniach opieki zdrowotnej  
finansowanych ze środków  
publicznych i ustawy o cenach)  
zawierających propozycje  
administracyjnych ograniczeń w  
obrocie lekami, w aspekcie ich  
skutków dla dostępności i cen leków  
dla pacjentów



Centrum im. Adama Smitha  
13 marca 2007 r.

Ocena regulacji rządowych projektu ustawy o zmianie ustawy Prawo farmaceutyczne oraz zmianie niektórych innych ustaw (w tym w szczególności ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i ustawy o cenach) zawierających propozycje administracyjnych ograniczeń w obrocie lekami, w aspekcie ich skutków dla dostępności i cen leków dla pacjentów.

## **Kluczowe konkluzje**

Zgodnie z uzasadnieniem do projektu ustawy:

**“Zaproponowane przepisy umożliwią wyeliminowanie znacznych różnic cen produktów leczniczych w aptekach, a ponadto spowodują, że ustalenie wysokości cen na linii producent– hurtownik – aptekarz zostanie ograniczone z korzyścią dla pacjenta”.**

Sformułowany przez projektodawcę cel, który znajduje powszechne i pełne poparcie, wydaje się sugerować, że projektowane zmiany ustawowe powinny zakładać wzmocnienie instytucjonalnych podstaw procesów konkurencji. Niestety nic bardziej błędnego.

Analiza projektu zmian ustawowych dowodzi wręcz coś przeciwnego. Projektodawcy nie w rozwoju konkurencji ale w działaniach administracyjnych

widzą prostą receptę na obniżenie cen produktów leczniczych a tym samym wzrost ich dostępności dla pacjentów.

Projekt ustawy zamiast zakładać wzrost poziomu konkurencji zmierza do jej ograniczenia poprzez:

- -zaostrenie warunków (demograficznych i geograficznych) otrzymania zezwolenia na prowadzenie apteki lub punktu aptecznego,
- -zakaz udzielenia zezwolenia na prowadzenie apteki lub punktu aptecznego w przypadkach równoczesnego prowadzenia obrotu hurtowego lub przekroczenia 1 % udziału w lokalnym (tj. wojewódzkim) rynku aptecznym,
- -ograniczenie a właściwie wyeliminowanie konkurencji cenowej poprzez ustalenie:
  - -urzędowych cen zbytu jako cen maksymalnych,
  - -urzędowej sztywnej marży hurtowej,
  - -urzędowej, sztywnej marży detalicznej.

Kuriozalna jest przy tym argumentacja projektodawców ustawy, którzy dowodzą, iż:

- ? -ograniczenia udzielenia zezwolenia na prowadzenie apteki konieczne są ze względu na wyeliminowanie “niedopuszczalnej walki konkurencyjnej i pogorszenia bezpieczeństwa pacjentów oraz jakości obrotu lekami”, zaś
- ? -ograniczenia cenowe umożliwią “wyeliminowanie znacznych różnic cen produktów leczniczych w aptekach, a ponadto spowodują, że ustalenie wysokości cen na linii producent – hurtownik – aptekarz zostanie ograniczone z korzyścią dla pacjenta”.

Projektodawcy ustawy wydają się nie widzieć, że projektowane zmiany doprowadzą wręcz do odwrotnych niż zamierzone skutków.

Zaostrzenie warunków wejścia na rynek zapewni bezpieczeństwo funkcjonowania istniejących aptek a tym samym zmniejszy motywację do działań konkurencyjnych, które w wyniku wprowadzenia sztywnych, urzędowych marż hurtowych i detalicznych przesuną konkurencję z działań cenowych (obniżki cen) do sfery wolumenu sprzedaży tj. zwiększania ilościowego i wartościowego sprzedaży. W konsekwencji doprowadzi to do wzrostu wydatków konsumentów a nie zwiększenia dostępności leków dla pacjentów.

Dodatkowo, w wyniku eliminacji konkurencji cenowej w fazie obrotu hurtowego i detalicznego projektowane zmiany prowadzą do dalszego pogłębienia bodźców korupcyjnych bowiem jedyną fazą patologicznej “konkurencji cenowej” stanie się faza ustalania maksymalnych urzędowych cen zbytu. Analiza projektu sugeruje wręcz, iż powyższy proces jest wręcz ukrytym celem projektowanych zmian.

Co szczególnie ciekawe, projektodawcy ustawy w celu uzasadnienia celowości zmian ustawowych posiłkują się nawet zapisami Konstytucji R.P. pisząc m.in., że “wolność działalności gospodarczej może zostać w pewnych sytuacjach ograniczona (...) tylko ze względu na ważny interes publiczny. Reglamentacja działalności gospodarczej w zakresie prowadzenia aptek ogólnodostępnych przewidziana przedmiotową nowelizacją zdaje się być w pełni usprawiedliwiona w świetle art. 22 Konstytucji RP, gdyż została podyktowana ważnym interesem publicznym, jakim jest ochrona zdrowia i życia pacjentów.” Tym samym dzięki twórcom projektu ustawy państwo stało się nie tylko bardziej efektywne niż mechanizm konkurencji ale także jedynym obrońcą naszego zdrowia i życia.

## **Uzasadnienie oceny**

Opracowanie stanowi ocenę kierunków zmian w regulacjach obrotu lekami w Polsce. W oparciu o teorię mikroekonomiczną oraz doświadczenia regulacyjne krajów wysokorozwiniętych sformułowane zostały poważne zastrzeżenia dotyczące proponowanych zmian.

W szczególności podkreślono, że regulacje administracyjne rynku farmaceutycznego powinny ograniczać się do wymiaru zdrowotnościowego; państwo nie powinno ustanawiać urzędowej sztywnej marży hurtowej, a administracyjne określanie rozmieszczenia aptek blokuje dynamiczną efektywność procesów selekcji rynkowej.

Ponadto, stwierdzono, że urzędy państwowe dysponują obecnie szeregiem przyjaznych rynkowi narzędzi, które umożliwiają kontrolę nad wydatkami publicznymi związanymi z refundowaniem leków. Wskazano także jak ważna jest wolność informacji gospodarczej (gromadzenia, opracowywania informacji oraz informowania klientów) dla efektywności gospodarczej i jej ograniczanie może wynikać jedynie z ważnych względów ochrony zdrowia.

## **I. O specyfice rynku produktów farmaceutycznych**

Sektor farmaceutyczny jest jednym z najważniejszych sektorów współczesnych gospodarek wysokorozwiniętych. Jest tak przede wszystkim dlatego, że jest on nośnikiem postępu technologicznego oraz dlatego, że badania nad nowymi lekami oraz ich wprowadzanie do praktyki medycznej mogą zmniejszyć wiele problemów zdrowotnych ludzkości.

Na początku XXI wieku wydatki na leki stanowiły w państwach OECD średnio 15 procent wydatków na ochronę zdrowia. W większości państw OECD (za wyjątkiem USA i Meksyku) korzystający z leków obywatele otrzymują refundację znacznej części wydatków ze środków publicznych. Sytuacja ta sprawia, że państwo jest, bezpośrednio i pośrednio, największym nabywcą leków, swoistym monopsonistą (monopolistą po stronie popytowej). Państwo jest więc zainteresowane zmniejszeniem kosztów zakupu leków, gdyż jest to jeden z głównych sposobów ograniczania kosztów ochrony zdrowia i zmniejszania wydatków publicznych.

W większości państw wysokorozwiniętych rządy w znacznej mierze determinują wielkość popytu na leki. (głównie zachodnioeuropejskich) poprzez ich refundację (w Polsce 51 procent przychodów aptek pochodzi ze sprzedaży leków w całości lub części refundowanych, w niektórych innych krajach UE udział ten jest jeszcze wyższy).

Państwo występuje jako podmiot współfinansujący, przy czym uruchamianie finansowania następuje po wystawieniu przez lekarza recepty na refundowany lek oraz po wykupieniu przez pacjenta/konsumenta owego leku.

## **II. Wybrane sposoby zmniejszania popytu na leki refundowane**

Gdyby lek był normalnym towarem, to najskuteczniejszym sposobem zmniejszania popytu nań byłoby zwiększanie faktycznie płaconej przez pacjenta ceny (w systemach

publicznej ochrony zdrowia pacjent nierzadko utrzymywany jest w niewiedzy co do faktycznej ceny leku, gdyż płaci tylko jej część). W państwach, w których wprowadzono (lub zwiększono poziom współpłaty za leki) tak jak we Włoszech w drugiej połowie lat 1990-tych nastąpiło zmniejszenie wielkości łącznych (publicznych i prywatnych) wydatków na leki. Chociaż fakt ten potwierdza istnienie względnie silnej reakcji popytu na zmiany ceny, to bywa interpretowany także jako czynnik zagrażający zdrowiu obywateli, gdyż w indywidualnych przypadkach niewykupienie recepty może rodzić zagrożenia dla życia lub przesunąć w czasie moment wystąpienia zachorowania. Współpłata za leki (raczej większa niż mniejsza, przy rosnącej refundacji przez prywatne firmy ubezpieczeniowe) jest i pozostaje głównym narzędziem ekonomicznym zmniejszania wydatków na leki oraz zmniejszania marnotrawstwa w konsumpcji leków niezależnie od tego, że w szczególnych przypadkach ludzi chronicznie chorych, osób bardzo biednych i bardzo starych taka współpłata może zostać zniesiona.

## **Nadzór nad lekarzami w celu ograniczania kosztów leczenia**

Pacjent/konsument kupuje leki na receptę i bez recepty (OTC) w oparciu o wskazanie lekarza i wystawioną przezeń receptę. Lekarz, jak się przyjmuje, postępuje w oparciu o najlepszą wiedzę medyczną i w swoich wskazaniach leków nie kieruje się ich ceną, czy innymi względami ekonomicznymi.

Ponieważ decyzje lekarza wpływają na sprzedaż leków na receptę i bez recepty (OTC), oryginalnych i generyków, to lekarze stają się celem działań marketingowych firm farmaceutycznych usiłujących zwiększyć sprzedaż swoich leków. Na całym świecie firmy takie oferują lekarzom próbki leków starając się przekonać do ich stosowania. Ta forma działań marketingowych ma mieć przede wszystkim walory edukacyjne i szkoleniowe, jeśli firmy farmaceutyczne ograniczają liczbę próbek dawanych lekarzom lub ujawniają listę lekarzy, którzy takie próbki otrzymują. Listy takie mogą być łatwo porównywane z częstotliwością wypisywania recept na dany lek i wobec lekarzy wyraźnie orientujących się na lek producenta, który "subsydiuje" ich praktykę mogą

być wyciągane konsekwencje zawodowe. Takie praktyki monitorujące nie są jednak w Polsce stosowane, pomimo ich dostępności i taniości. W zamian projektodawcy zmian w Prawie Farmaceutycznym proponują wprowadzenia artykułu przewidującego grzywnę dla osób obiecujących lub oferujących korzyści materialne dla osób prowadzących obrót produktami leczniczymi lub odpowiedzialnych za dysponowanie „środkami publicznymi przeznaczonymi na finansowanie świadczeń zdrowotnych”. W analizowanej propozycji ustawodawczej pojęcie “korzyści materialne” nie jest wystarczająco precyzyjne. Wydaje się służyć zarówno jako synonim zachowań korupcyjnych, jak i normalnych praktyk handlowych. Oczywiście, przyjmowanie korzyści materialnych przez osoby zajmujące stanowiska publiczne jest zachowaniem karanym, niezależnie od rodzaju zajmowanego stanowiska. Jednakże nieostre stosowanie pojęcia korzyść materialna może sprawić, że zachowaniem karalnych stanie się np. uczestnictwo w szkoleniach nienotyfikowanych GIF oraz inne zdarzenia będące elementem relacji profesjonalnych w szerokim sektorze ochrony zdrowia. Tak jak w wielu innych przypadkach zalecane być powinny działania sprzyjające rynkowi, w tym głównie wykorzystywanie (gromadzenie i upowszechnianie) informacji.

Niezależnie od motywacji lekarzy oczywistym jest, że wybór typu terapii rodzi konsekwencje nie tylko dla szans wyzdrowienia, lecz i dla kosztów leczenia. Dlatego też w wielu państwach agencje publiczne podejmują działania zmierzające do ograniczenia kosztów leków poprzez monitorowania recept wypisywanych przez lekarzy (znany w Wielkiej Brytanii jako the Prescribing Analysis and Cost – PACT) lub okresowy przegląd pracy lekarzy pod kątem stosowanych przez nich terapii i rodzajów wypisywanych leków. Przyjmuje się, że lekarze mogą być nieświadomi istnienia tańszych terapii lub tańszych zamienników stosowanych przez siebie leków. Monitorowanie pracy lekarzy nie ma na celu wyłącznie penalizacji lekarzy generujących wysokie koszty (wiele leków ma unikalny skład i działanie, nie zawsze istnieją ich doskonałe substytuty, lekarz może więc bronić konieczności ich stosowania w danym przypadku). Chodzi przede wszystkim o swoisty benchmarking i upowszechnienie informacji i wiedzy o dostępnych terapiach.

W przeciwieństwie do rozwiązań brytyjskich projektodawcy zmian w Prawie Farmaceutycznym (art. 58) zapowiada wprowadzenie utrudnień (w postaci obowiązku notyfikacji) w organizacji konferencji, zjazdów i kongresów naukowych, w czasie których prezentowane są produkty lecznicze, zamiast dostrzec ich pozytywne aspekty

(upowszechnianie wiedzy o nowych terapiach i lekach) i żądać od państwowych instytucji lepszego wykorzystania istniejących możliwości informatycznych w celu monitorowania recept oraz udostępniania lekarzom informacji o dostępnych i dominujących praktykach terapeutycznych. Jest bardzo wątpliwe, aby przepis ten wyeliminował próby wpływania przez producentów leków na “decyzje recepturowe” lekarzy. Jeszcze bardziej wątpliwe jest, aby ten przepis zmniejszył koszty leków – jeden z głównych celów proponowanej zmiany w „PF”.

## **Inne metody zmniejszania kosztów leczenia**

Nawet przy obecnej strukturze finansowania lekoterapii koszty leków można zmniejszyć poprzez zastosowanie szeregu narzędzi, które już znajdują się w rękach urzędów państwowych takich jak GIF czy NFZ.

Po pierwsze, konieczna jest lepsza edukacja pacjenta/konsumenta co do zalet i wad stosowania różnych typów leków. Niejednokrotnie pacjenci domagają się zapisania leków, a lekarze im ulegają ordynując zbyteczne leki. Edukacja oznacza także wzrost świadomości zdrowotnej społeczeństwa i większy nacisk na wydatki zapobiegające zachorowaniom.

Po drugie, tak jak monitorowane mogą być recepty wystawiane przez poszczególnych lekarzy, tak też można monitorować i ograniczać liczbę przepisanych leków dla poszczególnych pacjentów (dopuszczając wyjątki w uzasadnionych przypadkach chronicznie chorych osób). Narzędzie to wymaga rozwoju technik zbierania informacji i analizy, ale, i jest to ogólniejsza kwestia, efektywna polityka ochrony zdrowia wymaga poniesienia nakładów na rozwój badań funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Po trzecie, należy zwrócić uwagę na dostosowanie wielkości opakowań leków do długości terapii. Chodzi oczywiście o zmniejszenie ilości niewykorzystanych leków z

powodu nadmiernej, w stosunku do przeciętnego czasu trwania terapii, wielkości opakowania.

Po czwarte, w niektórych państwach, sprzedające leki apteki mają prawo do zamiany leku wypisanego na receptę na jego tańszy odpowiednik. Najczęściej dzieje się tak wtedy, gdy dostępny jest lek odtwórczy (generyk), który nie został uwzględniony przez wypisującego receptę lekarza. Aptekarz ma więc możliwość skorygowania decyzji lekarza. Wprawdzie zapis ten pojawił się w art. 38 pkt 4 *Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej* (Dz.Ust. 210 z 2004r) w brzmieniu "apteka ma obowiązek poinformować świadczeniobiorcę o możliwości nabycia leku, innego niż przepisany na receptę, o tej samej nazwie międzynarodowej", lecz wydaje się słabo wdrażany w codziennym funkcjonowaniu aptek.

Państwo ponadto może przyspieszyć upowszechniania stosowania leków odtwórczych poprzez przyspieszenie procesu ich rejestracji i dopuszczania do sprzedaży. Kwestia skracania czasu dopuszczania leków do użytku ma kolosalne znaczenie dla kosztów leków oraz generalnie dla dobrobytu społecznego. Jest tak szczególnie w przypadku leków oryginalnych, które urzędy rejestrujące leki badają pod kątem skuteczności terapeutycznej. Analizy ekonomiczne pokazują, że skracanie czasu rejestracji leków jest ważniejsze niż wydłużanie ochrony patentowej oraz, że urzędy regulacyjne (takie jak amerykański FDA – Food and Drug Administration) przejawiają nadmierną ostrożność preferując przeprowadzania kolejnych testów skuteczności i bezpieczeństwa, a pomijają utracone korzyści zdrowotne z szybszego dopuszczania do sprzedaży leku, którego skuteczność nie została w pełni dowiedziona. Dzieje się tak, gdyż media nagłaśniają przypadki zachorowań będących skutkami ubocznymi stosowania nowych leków, a nie dostrzegają wagi potencjalnych korzyści, które pacjenci mogliby odczuć dzięki szybszemu wprowadzeniu nowego leku.

Po piąte, poprzez system cen referencyjnych państwo może ograniczyć wielkość dopłaty do danego leku. System dopłat referencyjnych umożliwia pacjentom wybór (pacjent może przystać na droższy lek, choć wie, że wiąże się z tym większa dopłata), a ogranicza kwoty dopłat ze środków funduszy publicznych. Oczywiście, kluczową kwestią staje się określenie leku referencyjnego w danej grupie leków i wyznaczenie dla tej grupy limitu cen i maksymalnej dopłaty. Wprawdzie dopłaty według cen referencyjnych nie mogą objąć całego rynku leków. Jednakże już na początku lat 1990-

tych system ten obejmował ponad 60 procent rynku leków w Niemczech. Rozsądnym jest zalecenie, aby rozszerzać zakres stosowania systemu cen referencyjnych w refundowaniu leków w Polsce.

W niektórych publicznych systemach ochrony zdrowia państwo próbuje kontrolować ceny leków. Uzasadnieniem dla tych prób jest przede wszystkim dążenie do zmniejszenia wielkości środków publicznych przeznaczonych na dopłaty do leków oraz dążenie do zmniejszenia cen leków w ogóle – cen dla pacjenta/konsumenta.

Trzeba pamiętać o tym, że Polska jest importerem netto leków. Jest tak w szczególności w odniesieniu do leków oryginalnych (patentowych). Zresztą w skali świata produkcja i eksport leków oryginalnych jest skoncentrowana w około 10 krajach (Ameryka Północna, Europa Zachodnia).

Koncerny farmaceutyczne różnicują ceny swoich produktów w zależności od poziomu dochodu narodowego w danym kraju. Różnice cen w ostatnich latach maleją i generalnie istnieje prawidłowość, zgodnie z którą kraje uboższe oraz ubożsi obywatele przeznaczają na zakup relatywnie wyższą część swoich dochodów niż kraje zamożne.

Ceny leków są zróżnicowane nie tylko ze względu na dany kraj, ale także ze względu na wielkość zakupów. Firmy farmaceutyczne oferują znaczne upusty cenowe dla nabywców znacznych ilości danego leku. Fakt ten sprawił, że w Stanach Zjednoczonych pojawiły się organizacje pośredniczące w zakupie leków od firm farmaceutycznych, które oferują niższe ceny dzięki łączeniu mniejszych zamówień w większe. W Polsce silną pozycję wobec koncernów farmaceutycznych ma państwo, na skutek istnienia listy leków refundowanych. Ponieważ wpisanie leku na listę leków refundowanych równa się przyznaniu dopłat ze środków publicznych, to należałoby oczekiwać, że przyznanie wyższych dopłat (np. opłaty ryczałtowej czy dopłaty procentowej) wiąże się z uzyskaniem niższych cen dla całego polskiego rynku (niestety nie są dostępne dane, które pozwoliłyby na test istnienia takiej prawidłowości).

## **Struktura handlu hurtowego a efektywność systemu dystrybucji leków**

Warto zauważyć, że upusty cenowe od firm farmaceutycznych dla danego rynku i konsumentów/pacjentów negocjują organizacje handlu hurtowego. One właśnie łączą (komasują) zamówienia, uzyskując upusty cenowe, które są dalej przenoszone na apteki oraz na płacących pełną lub częściową odpłatność za leki konsumentów/pacjentów.

Biorąc to pod uwagę należy uznać propozycję urzędowej sztywnej marży hurtowej za pomysł antyefektywnościowy. Przypomnijmy, że w przypadku sektorów takich jak telekomunikacja regulowanie typu "rate of return" (stopy zwrotu) było krytykowane za tworzenie zachęty do nadmiernego inwestowania w środki trwałe, gdyż regulacja ta pozwalała na automatyczne podwyższanie cen w przypadku wzrostu wartości środków trwałych. W przypadku sektora farmaceutycznego wprowadzenie regulacji marż hurtowych oznacza pozbawienie organizacji handlu hurtowego jakichkolwiek bodźców do negocjowania upustów cenowych, gdyż zmniejszają one wielkość zysków uzyskiwanych przez hurtownie.

Zanim szybkie zmiany technologiczne uczyniły sektor telekomunikacyjny sektorem bardziej konkurencyjnym i zmniejszyły uzasadnienie dla regulacji administracyjnych, w wielu państwach, najpierw w Wielkiej Brytanii, regulację typu "rate of return" zastąpiono regulacją typu "price ceiling", czyli dozwolonego rocznego wzrostu cen usług telekomunikacyjnych. Ten typ regulacji wyzwała znacznie silniejszą motywację do wzrostu produktywności, gdyż pozwala firmom zachować znaczną część korzyści płynących ze wzrostu produktywności.

O ile jednak kontrola wysokości marży rodzi antyefektywnościowe skutki, to regulacja typu "price ceiling" w odniesieniu do sektora farmaceutycznego wydaje się mało sensowna. Co oznaczałoby "price ceiling" w przypadku rynku leków? Wprowadzenie takiej metody równałoby się rozbudowie administracyjnej kontroli wszystkich cen, co nie jest w żadnym razie przeze mnie zalecane. Idea administracyjnie narzuconych

jednolitych cen leków jest nie tylko nieefektywna z punktu widzenia dobrobytu społecznego, ale i administracyjnie trudno wykonalna i kosztowna.

Analizując skutki proponowanych zmian należy pamiętać o ich kontekście jaki tworzą reguły jednolitego rynku europejskiego. Obecnie istniejące rozwiązania takie jak patent europejski, rejestracja leków ważna we wszystkich państwach członkowskich zwiększają prawdopodobieństwo wprowadzenia zezwolenia na tzw. import paralelny z innego kraju członkowskiego, a nawet na wprowadzenie prawa do realizacji recept refundowanych w innym państwie UE (warto pamiętać, że pacjenci mogą uzyskiwać refundacje z funduszy publicznych za usługi medyczne wykonywane w innym kraju). Polskie firmy działające na rynku leków powinny działać w maksymalnie konkurencyjnych warunkach, aby być gotowymi do konkurencji w warunkach zmieniającego się europejskiego rynku leków.

Wydaje się więc, że (za wyjątkiem leków o odpłatności ryczałtowej) najlepszym sposobem na zapewnienie niskich cen leków jest zapewnienie warunków sprzyjających konkurencyjności rynku leków. *Propozycja wprowadzenia urzędowej kontroli marży hurtowej powinna więc zostać odrzucona.*

W ścisłym związku z rynkiem hurtowym pozostaje funkcjonowanie rynku detalicznego, na którym warunki konkurencji powinny być kształtowane w sposób oddolny, rynkowy. Należy stanowczo stwierdzić, że próby administracyjnego określania rozmieszczenia aptek (proponowane w nowelizacji Ustawy Prawo Farmaceutyczne) mają charakter antyefektywnościowy. Idea, że zmniejszenie liczby aptek podniesie poziom usług farmaceutycznych jest sprzeczna z podstawowym i wielokrotnie empirycznie potwierdzonym twierdzeniem ekonomii wiążącym wzrost jakości ze wzrostem konkurencji.

## **Kwestia zakazu reklamy aptek**

W proponowanej nowelizacji Prawa Farmaceutycznego pojawiła się propozycja zakazu reklamy aptek. Za reklamę nie zostałaby uznana jedynie informacja o adresie i lokalizacji apteki. Wszystkie inne informacje na przykład strona internetowa informująca o dostępności i cenie leków byłaby zakazana. Tak samo informacja telefoniczna o dostępności i cenie leków. Zakaz taki utrudnia wybór konsumentowi oraz hamuje rozwój nowoczesnych form marketingu i informacji rynkowej.

Projekt nowelizacji zdaje się nie brać pod uwagę korzyści dla konsumenta, które mogą się pojawić dzięki reklamie na wskazującej na istnienie konkurencji cenowej pomiędzy sprzedawcami leków. Przypomnijmy podstawowe ustalenia nowoczesnej mikroekonomii.

Reklama z informowaniem o upustach cenowych jest czynnikiem stymulującym wzrost konkurencji. Z punktu widzenia efektywności ekonomicznej obniżki cen w wyniku konkurencji rynkowej przynoszą korzyść konsumentowi/pacjentowi, są więc czymś pożądanym z punktu widzenia dobrobytu społecznego. Autorzy projektu nowelizacji wydają się sądzić, że zakaz upustów cenowych (oraz stosowania innych typów bodźców charakteryzujących handel w ogóle) uchroni niektóre apteki przed likwidacją na skutek spadku rentowności lub bankructwa. Jest to rozumowanie niepotwierdzone przez rozwój wydarzeń w Polsce, a na dodatek sprzeczne z naturą konkurencji rynkowej, w wyniku której może następować koncentracja w danym sektorze działalności gospodarczej, jeśli jakieś podmioty zyskują przewagę w efektywności gospodarowania. Prowadząca do wzrostu efektywności gospodarczej ewolucja struktury rynkowej musi być ewolucją oddolną, a nie zmianami narzuconymi przez administracyjne *fiat*. Jeśli okaże się w wyniku konkurencji rynkowej, że na rynku jest za dużo aptek, to część z nich powinna zostać zlikwidowana. Wtedy także nie będą powstawać nowe. Ustalenia ekonomii rynków spornych (*contestable markets*) wskazują, że struktury rynkowe są statycznie i dynamicznie efektywne, jeśli nie istnieją bariery administracyjne podejmowania na nich działalności gospodarczej. Jak działa proefektywnościowy mechanizm spornych rynków? Zacznijmy od przypomnienia, że

wielkość zysków jest sygnałem o atrakcyjności (lub nie) inwestowania w danym sektorze. Wysokie zyski są sygnałem dla inwestorów (przedsiębiorców), że dana dziedzina jest dziedziną, w którą warto inwestować. Jeśli nie istnieją bariery administracyjne, to zazwyczaj takie inwestycje rzeczywiście się pojawiają, a konsumenci odczuwają wzrost dobrobytu dzięki zmniejszonym cenom.

Warto zauważyć, że sektor farmaceutyczny jest sektorem, w którym mogą i powinny istnieć warunki kontestowalności. Jest tak, gdyż regulacje dotyczące względów zdrowotnościowych (warunki uzyskiwania koncesji na prowadzenia aptek) mają charakter bezwzględnie obowiązujących wymogów minimalnych dotyczących wszystkich. Wzrost/spadek liczby aptek dotyczy ekonomicznej strony sektora, a nie bezpieczeństwa zdrowotnościowego w obrocie lekami. Regulacje administracyjne powinny zostać ograniczony do strony “ryzyk zdrowotnościowych” pozostawiając procesy gospodarcze rynkowi.

## **Dynamiczne korzyści z reklamy i informacji handlowej**

Warto zauważyć, że *zakaz* przyznawania upustów cenowych ma niewielki sens nawet wtedy, gdyby obniżka cen byłaby pozorna. Badania mikroekonomiczne wskazują, że sam fakt, iż sprzedawca reklamuje fałszywą obniżkę ceny wtedy, gdy w rzeczywistości jest ona niezmienną ceną normalną, nie powinien być podstawą do formułowania wobec niego zarzutu oszustwa informacyjnego, gdyż świadomi cen konsumenci nie zostaną w ten sposób oszukani, a konkurenci otrzymują informację o cenach stosowanych przez reklamodawcę i mają możliwość podjęcia działań korygujących. Ponadto, jeśli wysoka cena jest ceną “nierównowagi rynkowej”, to reklama przez “uwypuklenie” ceny może uruchomić proces dostosowań rynkowych, który doprowadzi do ukształtowania nowej, niższej ceny równowagi – reklama cenowa może odegrać więc rolę bodźca uruchamiającego pożądane zmiany na rynku.

Co więcej korzyści dla konsumenta mogą pojawić się także wtedy, gdy produkt reklamowany jako sprzedawany po niższej cenie, jest sprzedawany po niższej cenie w

ograniczonej ilości. Pozornie w sytuacji takiej sprzedawcy można postawić zarzut, że nie wszyscy zainteresowani nabywcy mogą kupić produkt po takiej niższej cenie. Jednakże regulacja nakazująca sprzedaż po niższej cenie każdemu potencjalnemu nabywcy oznaczałaby w praktyce eliminację obniżek i utratę korzyści odnoszonych przez tych, którzy korzystają z obniżki. Co więcej regulacja taka zmniejszyłaby możliwości wykorzystywania mocy przewozowych w takich gałęziach gospodarki jak transport lotniczy, które posiadają możliwość monitorowania rezerwacji i sprzedaży w czasie rzeczywistym i reagowania na popyt poprzez oferowanie specjalnych bonifikat. Wymóg jednolitego traktowania wszystkich potencjalnych nabywców oznaczałby utratę części korzyści przez konsumentów.

Z punktu widzenia skuteczności regulacyjnej działań państwa istotne jest, aby konsumenci (lub inne grupy chronione przez regulację) byli świadomi stopnia tej ochrony i nie ulegali iluzji, że są chronieni bardziej niż jest to w rzeczywistości. Badania empiryczne pokazują, że częściej oszukańczej reklamie cenowej ulegają ci konsumenci, którzy mylnie sądzą, że regulacje administracyjne (badania prowadzono w Stanach Zjednoczonych) zabraniają reklamy przez wskazanie fałszywych obniżek (podanie normalnej ceny, jako ceny obniżonej). Podobny mechanizm "uśpienia" czujności odbiorcy regulacji zaobserwowano w obszarze regulacji chroniącej zdrowie pracownika (czyli rynek leków oraz BHP). Konkluzja płynąca z tych badań dla analiz roli regulacji administracyjnych może być sformułowana w sposób następujący: jeśli nie jest możliwa skuteczna pełna eliminacja szkodliwego zjawiska przez regulację, to niekiedy lepiej jest nie obejmować go regulacją wcale i nie tworzyć w grupach mających być chronionymi przez regulację złudnego przekonania, że rzeczywiście są oni chronieni.

Sformułowane powyżej uwagi odnoszą się do proponowanego w art. 94 a zakazu "reklamy działalności aptek lub punktów aptecznych skierowana do publicznej wiadomości, która w sposób bezpośredni odnosi się do produktów leczniczych lub wyrobów medycznych umieszczonych na wykazach leków refundowanych, lub produktów leczniczych lub wyrobów medycznych o nazwie identycznej z nazwą produktów leczniczych lub wyrobów medycznych umieszczonych na wykazach." Proponowany zakaz, oprócz wątpliwych skutków (już wcześniej wskazaliśmy, że dobrze skonstruowana lista i zasady refundacji leków oraz monitoring lekarzy mogą przeciwdziałać nadużyciom w sprzedaży leków refundowanych) ekonomicznych, jest

także prawnie niejednoznaczny (łączy zakaz reklamy apteki z reklamą leku i w domyśle nie chodzi tutaj o reklamę właściwości leczniczych, lecz reklamę cenową), co prowadzić może do wzrostu uznaniowości decyzji administracyjnych, wzrostu niepewności co do skutków decyzji biznesowych i w końcu do wzrostu kosztów sporów prawnych.

## **Warunki efektywności polityki regulacyjnej w sektorze farmaceutycznym**

Teoria polityki regulacyjnej dowodzi, że polityka regulacyjna może być efektywna jedynie wtedy, gdy podporządkowana jest ograniczonej (względnie małej) liczbie jasno postawionych celów.

W opracowaniu tym podkreślano już, że w sektorze farmaceutycznym polityka regulacyjna powinna być podporządkowana dążeniom do zapewnienia optymalnego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnościowego. Regulacje rynku leków powinny być ograniczone do wymiaru zdrowotnościowego leków. Pomysły, że państwo powinno regulować przestrzenną gęstość rozmieszczenia aptek i punktów aptecznych odnoszą się do archaicznej koncepcji dostępności aptek jako “usługi publicznej” rozumianej trochę podobnie jak dostępność budek telefonicznych czy dystrybutorów paliw. Jednakże tak jak nowe technologie telekomunikacyjne uczyniły zbędnymi budki telefoniczne, tak łatwość przemieszczania się sprawia, że administracyjne wytyczanie rejonów poszczególnych aptek nie ma już znaczenia dla klientów/pacjentów. Co więcej w przypadku wprowadzenia takiego zapisu ujawnią się negatywne skutki efektywnościowe, które uderzą w pacjenta i szerzej w dobrobyt społeczny.

Podsumowując należy stwierdzić, że główne zmiany proponowane w Prawie Farmaceutycznym i w Ustawie o Świadczenia Zdrowotnych w nieefektywny sposób próbują reformować rynek leków w Polsce: proponowane zmiany, chociaż uzasadniane przede wszystkim potrzebą ochrony interesów publicznego płatnika, wcale nie sprzyjają

zmniejszaniu cen leków, a co więcej mogą ingerować w organizację systemu dystrybucji leków w Polsce w sposób, który nie sprzyja wzmocnieniu pozycji organizacji handlowych wobec producentów farmaceutycznych.

Powtórzmy z całą mocą: regulacje administracyjne powinny ograniczać się w największym możliwym stopniu do kwestii nadzoru aspektu zdrowotnościowego rynku leków, podczas gdy organizacja sektora produkcyjnego i rynku dystrybucji powinna być wolna od administracyjnych ingerencji.

Ocena sporządzona pod kierunkiem ekspertów Centrum im. Adama Smitha:

Dr Wojciecha Misińskiego, Akademia Ekonomiczna we Wrocławiu (tel.: 0693365877)

Dr hab. Aleksandra Surdeja, Akademia Ekonomiczna w Krakowie