

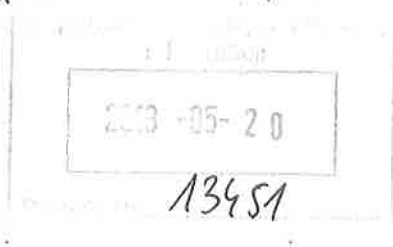


Związek Pracodawców Hurtowni Farmaceutycznych
Association of Polish Pharmaceutical Wholesalers Employers

M.G.
20.05.13

PCP
+ otwarcie dla
WMP

Y8tWarszawa, 13 maja 2013 rok



Szanowny Pan
Bartosz Arłukowicz
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze,

w związku z przesłaniem do konsultacji społecznych Projektu Założeń do projektu ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych i niektórych innych ustaw w imieniu członków Związku Pracodawców Hurtowni Farmaceutycznych (ZPHF) przedstawiam Stanowisko do propozycji Ministerstwa Zdrowia – załącznik nr 1.

Przedstawiciele branży dystrybutorów leków **przychylają się do celów nowelizacji ustawy określonych w Projekcie Założeń polegających na dalszym zwiększaniu dostępności do leków dla pacjentów**. Priorytetowo traktujemy polskiego pacjenta oraz polski rynek leków refundowanych. Jesteśmy otwarci na rozwiązania dotyczące zapewniania dostępności do leków deficytowych. Jako środowisko rozpoczęliśmy już działania zmierzające do polepszenia kontroli rynku dystrybucji leków. Powołaliśmy w ramach ZPHF specjalny Zespół ds. dostępności leków, który analizował m.in. możliwości uruchomienia systemów informowania o pojawiających się brakach w asortymencie leków refundowanych. Proponujemy stworzenie „zespołu interwencyjnego”, który umożliwi Ministerstwu szybkie pozyskiwanie wiarygodnych danych dotyczących braków leków w magazynach oraz przyczyn tego stanu rzeczy. Jesteśmy otwarci w tym zakresie na dialog i wspólne wypracowywanie efektywnych oraz skutecznych rozwiązań.

Z niepokojem przyjęliśmy natomiast **brak w Projekcie Założeń regulacji dotyczącej wysokości marży hurtowej**, która ustawą refundacyjną z 2011 roku została obniżona z poziomu 9,87 (w roku 2011) do poziomu 5 % w roku 2014. Związek Pracodawców Hurtowni Farmaceutycznych wielokrotnie podkreślał, że tak duże obniżenie marży zagraża bezpiecznemu dostępowi do leków dla pacjentów. Związek zlecił przeprowadzenie analizy niezależnemu audytorowi firmie PwC. Audyt jednoznacznie wskazuje, że przewidziana




Związek Pracodawców Hurtowni Farmaceutycznych
Association of Polish Pharmaceutical Wholesalers Employers

w ustawie wysokość marży hurtowej i jej spadek do poziomu 5% w 2014 r., zagraża bezpieczeństwu systemu dystrybucji leków. Z analizy PwC jasno wynika, że koszty operacyjne dystrybucji leków refundowanych wynoszą 6,6% urzędowej ceny zbytu. Dodatkowo branża jest obciążona kosztami finansowymi w wysokości 0,8%. Oznacza to, że obecnie marża hurtowa ustalona na poziomie 6% nie pokrywa kosztów dystrybucji. Dalsze obniżanie marży hurtowej powodować będzie przede wszystkim pogorszenie dostępności do leków refundowanych dla pacjentów w efekcie ograniczenia częstotliwości dostaw do aptek, w tym przyszpitalnych oraz zmniejszenie stanów magazynowych leków refundowanych. Stoi to zatem w sprzeczności do celów nowelizacji ustawy określonych w Projekcie Założeń.

Apelujemy do Pana Ministra o uwzględnienie w nowelizacji ustawy refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych i niektórych innych ustaw **postulatu branży dystrybutorów leków zatrzymania dalszego spadku marży hurtowej i ustalenia jej na poziomie 7%**. Taki poziom pozwoli utrzymać system dystrybucji leków w najwyższym standardzie, a pacjentom zapewni stały i bezpieczny dostęp do leków refundowanych.

Związek Pracodawców Hurtowni Farmaceutycznych traktując priorytetowo polskiego pacjenta, liczy na pozytywne ustosunkowanie się Ministerstwa do zgłoszonej propozycji w zakresie wysokości marży hurtowej.

Z poważaniem


Andrzej Stachnik
Prezes ZPHF

Stanowisko Związku Pracodawców Hurtowni Farmaceutycznych (ZPHF) do Projektu Założeń o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych i niektórych innych ustaw

I. Wnioski z funkcjonowania ustawy refundacyjnej, cele nowelizacji i jej projektowany zakres (pkt.1.2, 1.2 i 2 Założeń) – uwagi ogólne

Ustawa funkcjonuje przez okres kilkunastu miesięcy, w tym okresie była dwukrotnie nowelizowana. Jej wprowadzenie stanowiło bardzo głęboką zmianę systemową, wprowadzaną w bardzo szybkim tempie i oprócz pozytywnych skutków porządkowania zasad finansowania leków refundowanych, przyniosła ona także wiele skutków oddziaływujących negatywnie na sytuację pacjentów oraz podmiotów gospodarczych funkcjonujących na rynku leków. Od początku jej funkcjonowania do dziś szerokie gremia ekspertów, przedstawiciele pacjentów i organizacji przedsiębiorców zgłaszały w debacie publicznej konieczność dokonania zmian i korekt wielu aspektów obecnego systemu refundacyjnego.

Naszym zdaniem przyszedł czas na głębszą refleksję nad zakresem obecnie planowanej nowelizacji, gdyż dla wszystkich wydaje się oczywiste, że powinna mieć ona charakter istotnie głębszy i szerszy niż dotychczasowe tak, aby nie naruszając istoty konstrukcji dobrze funkcjonujących, usunąć większość negatywnych obserwowanych zjawisk i powszechnie krytykowanych rozwiązań.

Pozytywnie oceniając wymienione wśród celów nowelizacji kierunki planowanych zmian takie jak dążenie do „zwiększenia dostępności leków” dla pacjentów oraz zamiar „usunięcia zgłaszanych wątpliwości interpretacyjnych co do przepisów ustawy refundacyjnej”, oprócz uwag i komentarzy do poszczególnych proponowanych w Założeniach rozwiązań, postulujemy objęcie zakresem nowelizacji propozycji rozwiązań, które prowadziłyby do możliwości usuwania nie tylko skutków, ale przede wszystkim przyczyn negatywnych zjawisk w sferze dostępności i funkcjonowania systemu zaopatrzenia w leki.

II. Uwagi i propozycje szczegółowe

1. Odnośnie pkt.3.1.4- Uchylenie obowiązku dokonywania przez świadczeniodawców, o których mowa w art. 9 ustawy refundacyjnej, zakupów produktów objętych refundacją w cenie nie przekraczającej limitu finansowania, w związku z pkt.3.6 – ceny leków nabywanych przez szpitale oraz pkt.3.18.2.1 dotyczącym rozliczania leków przez NFZ.

- 1.1 Uchylenie art.9 ust.2 jest zmianą pozytywną i niezbędną dla usunięcia podstawowej bariery normalnego funkcjonowania rynku leków szpitalnych – sprzeczności tego przepisu z systemem cen maksymalnych wynikającym z art.9 ust.1 i reżimem ustawy o zamówieniach publicznych (UZP) obowiązującym szpitale. Konieczną konsekwencją tej zmiany powinno być także **uchylenie art.15 ust.11-13** ustawy refundacyjnej.

Grupowanie leków szpitalnych (zwłaszcza w chemioterapii i programach lekowych) i zastosowanie do nich koncepcji „limitu refundacji” jest zupełnie nielogiczne, bowiem koncepcja „limitu refundacji” zakłada, że lek przepisany na recepcie można zamienić albo do niego dopłacić. W szpitalach a) nie ma dopłat do leków ze strony pacjenta, b) szpitale nie mają własnych funduszy na takie dopłaty. Limity refundacyjne zastosowane do leków szpitalnych powodują, że szpitale nie kupią leków droższych niż limit nawet jeśli będą miały do tego prawo po zniesieniu art. 9 ust 2. Z potrzebnego, acz nie zawsze możliwego zamiennictwa nie można czynić reguły uniemożliwiającej niezbędną terapię pacjentów potrzebujących leków droższych niż limit. Oni też są ubezpieczeni przez NFZ, a nie przez szpitale. Dochodzi do sprzeczności przepisów ustawy refundacyjnej z przepisami ustawy o świadczeniach, zgodnie z którą (art. 15 i 35) każdy produkt refundowany jest świadczeniem gwarantowanym, a nie jedynie lek mieszczący się w limicie. Jeżeli więc pacjent nie może w szpitalu dopłacić, szpital musi móc zakupić każdy lek refundowany po jego cenie hurtowej.

- 1.2. Propozycja zmiany ustawy o świadczeniach dotycząca dotychczasowej praktyki rozliczania leków ze szpitalami (**pkt.3.18.2.1**), sprowadzająca się do wydłużenia okresu rozliczania do 6 miesięcy, jest dobrym rozwiązaniem ograniczającym negatywne dla szpitala skutki różnic cen zakupu i limitu z dnia podania leku.

1.3. Proponowane w **pkt.3.6 Założeń** rozwiązanie polegające na **obowiązku wprowadzenia do umów dostawy klauzul gwarantujących obniżenie ceny zakupu** jest w tym sensie obarczone wadą, że nie uwzględnia sytuacji i skutków podwyższenia ceny danego leku w wykazie refundacyjnym. Ponadto wydaje się być rozwiązaniem sprzecznym z proponowaną zmianą sposobu rozliczania leków przez szpitale z NFZ (**pkt.3.18.2.1** por. powyżej).

Dostosowanie umów dostawy do zmian cen urzędowych na wykazach nie może prowadzić do sytuacji zaburzenia prawidłowej, równoprawnej pozycji umownej wszystkich uczestników obrotu tj. świadczeniodawcy (szpitala), dostawcy i producenta. Takie zagrożenie wynika z doświadczeń praktycznych – sytuacji gdy następuje w ramach negocjacji cen między MZ a producentem zgoda na podwyższenie urzędowej ceny zbytu (UCZ), zobowiązanie do utrzymywania niskich cen przerzucone zostaje tylko na dostawcę (co dzieje się w związku z długością trwania umów przetargowych przekraczających okres obowiązywania UCZ z chwili ich podpisania). W przypadku gdy producent nie zgadza się na utrzymanie istniejących w umowach przetargowych cen, dostawca jest zmuszony do pokrywania strat pomiędzy ustaloną nową ceną zakupu a cały czas obowiązującą w szpitalach niską ceną, mimo, iż dostawcy w odróżnieniu od producentów i MZ nie mają żadnego wpływu na proces negocjacji.

Wydaje się, że problemu nie ma w sytuacji obniżenia UCZ i mechanizm obniżania cen jest do zaakceptowania. Problem pojawia się w przypadku jej podwyższenia. Zatem jeżeli istnieją przesłanki do podwyższenia UCZ i na to w toku efektywnych negocjacji MZ się zgadza, to wszyscy uczestnicy rynku (producent, dostawca i świadczeniodawca) powinni dostosować ceny do nowej UCZ lub umowa powinna w tym zakresie przestać obowiązywać (prawo odstąpienia od umowy).

1.4. W związku z powyższym istnieje wyraźna potrzeba dokonania systemowego uzgodnienia i dostosowania rozwiązań dotyczących zaopatrzenia szpitali w leki zawarty w ustawie refundacyjnej z regułami reżimu prawnego UZP. Stąd postulujemy niezbędne objęcie projektowanym zakresem nowelizacji wprowadzenia przepisów zmieniających ustawę refundacyjną w następujący sposób:

- 1) postulujemy wprowadzenie zmiany cen przetargowych w przypadku zmiany urzędowej ceny zbytu z alternatywą prawa odstąpienia od niezrealizowanej umowy, poprzez:

dodanie w ustawie refundacyjnej **art. 9 ust. 1a** o następującej treści:

„Art.9 ust.1a. W przypadku zmiany urzędowej ceny zbytu w czasie wykonywania umów na dostawę leków zawieranych przez świadczeniodawcę w trybie zamówień publicznych, strony umowy związane są nową urzędową ceną zbytu powiększoną o urzędową marżę hurtową, a w przypadku nabywania od podmiotu innego niż przedsiębiorca prowadzący obrót hurtowy w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne – nową urzędową ceną zbytu.”

- 2) postulujemy wprowadzenie zakazu ustalania w umowach zamawianej ilości leków w sposób niedookreślony (zamówienie publiczne powinno być zrealizowane w całości), z jednoczesnym zachowaniem prawa do odstąpienia od umowy w przypadkach wskazanych w art. 145 PZP oraz możliwością odstąpienia od umowy oraz naprawienia szkody, poprzez:

dodanie w ustawie refundacyjnej **art. 9 ust. 1b** i **art. 9 ust.1c** o następującej treści:

„Art.9 ust.1b. Świadczeniodawca, określając istotne warunki zamówienia dla zawarcia umowy na dostawę leków w celu realizacji świadczeń gwarantowanych, opisuje przedmiot zamówienia w sposób jednoznaczny i wyczerpujący w rozumieniu art. 29 ust. 1-3 ustawy Prawo Zamówień Publicznych, określając ilościowo wysokość całego zamówienia oraz szczegółowo wskazując jego wartość. Świadczeniodawca jest zobowiązany do nabycia całkowitej wysokości zamówienia w toku jego realizacji. Strony umowy na dostawę leków określą wysokość poszczególnych dostaw według własnego uznania”;

„Art.9 ust.1.c Świadczeniodawca nie może odstąpić od umowy na dostawę leków w celu realizacji świadczeń gwarantowanych w okolicznościach innych niż określone w art.9 ust.1a i art.145 ustawy Prawo Zamówień Publicznych (...)”

2. **Odnosnie pkt.3.2, 3.2.1 oraz 3.2.2 Zagadnienia związane z przeciwdziałaniem brakom i ograniczeniom dostępności leków poprzez monitorowanie dostępności i ograniczenia wywozu leków refundowanych.** Postulujemy w tym kontekście **objęcie zakresem projektowanej nowelizacji** rozwiązań nie tylko monitorujących doraźne przejawy tych zjawisk ale także takich zmian, które przeciwdziałałyby ważnym przyczynom ograniczeń dostępności leków, wśród których istotne znaczenie ma **pogarszająca się sytuacja ekonomiczna podmiotów rynku farmaceutycznego.**
 - 2.1. **Odnosnie pkt.3.2.1** w kwestii wprowadzenia obowiązków aptek co do zgłaszania do WIF przypadków, gdy z przyczyn niezależnych od apteki nie może ona wykonać obowiązku zapewnienia dostępu do leku o najniższej dopłacie pacjenta. Po pierwsze propozycja ta budzi zastrzeżenia ponieważ nie widać jasnej uzasadnionej przyczyny nakładania nowych obciążeń, powodujących potencjalne koszty dostosowania informatycznych narzędzi sprawozdawczości w aptekach.

Inspekcja Farmaceutyczna posiada wynikające z przepisów prawa farmaceutycznego, wystarczające narzędzia monitorowania stanu dostępności leków.

Po drugie samo zasygnalizowanie niemożności wykonania obowiązku apteki, nie daje wystarczającej informacji o przyczynach występowania braków czy ograniczeń, które mogą wynikać także z przyczyn niezależnych (niezawinionych) przez inne niż apteki podmioty zobowiązane, jak hurtownie czy producenci. Budowanie obrazu stanu rzeczy tylko na podstawie zawiadomień z aptek, spowoduje raczej chaos informacyjny, niż pomoże w ustaleniu prawdziwych przyczyn występujących ograniczeń.

W odniesieniu do obowiązków GIF co do dokonywania analiz i przedkładania comiesięcznych raportów dotyczących dostępności leków – działania te, muszą uwzględniać ustalanie wszystkich istotnych przyczyn występowania ograniczeń na wszystkich poziomach obrotu, a nie tylko stanowić wyraz reakcji inspekcji na zawiadomienia aptek.
 - 2.2. **Odnosnie pkt.3.2.2** co do propozycji wprowadzenia przepisów ograniczających eksport leków za granicę w sytuacji ograniczeń ich dostępności – co do zasady, kierunek proponowanych w założeniach zmian mógłby być oceniany pozytywnie, jednak ostateczna ich ocena zależy od tego,

jak zostaną sformułowane propozycje konkretnych przepisów, zwłaszcza istotne jest takie ich sformułowanie by były w pełni zgodne z prawem UE. Ponadto konkretna propozycja legislacyjna powinna jasno definiować sytuację w której można mówić o rzeczywistym stwierdzeniu występowania ograniczeń czy braków, jako przesłance wprowadzenia i określenia ograniczeń eksportu. Niezbędne jest precyzyjne określenie zasad i kryteriów tworzenia przez GIF listy leków, których dotyczyć będą nakładane na dystrybutorów hurtowych nowe obciążenia w postaci sprawozdawania stanów magazynowych oraz obowiązku zgłoszenia zamiaru sprzedaży za granicę. Przepisy definiujące te obowiązki muszą być tak sformułowane aby nie pozostawiały pola do dowolnej rozszerzającej interpretacji. Bez spełnienia tych wymogów proponowane w założeniach rozwiązania będą tylko kolejnym, nieuzasadnionym obciążeniem dla uczestników obrotu.

- 2.3. Jak wynika z wielu analiz i ocen ekspertów rynku farmaceutycznego (IMS, PWC, Pharma-Expert i in.) jedną z najważniejszych przyczyn występowania zagrożeń brakiem lub ograniczeniem dostępności leków dla pacjentów jest stale pogarszająca się sytuacja ekonomiczna podmiotów rynku dystrybucji leków. Jest to w istotny sposób związane ze skutkami wprowadzenia wielu nowych rozwiązań ustawy refundacyjnej, w tym w szczególności skutkami regulacji w zakresie konstrukcji i poziomu marż hurtowych i detalicznych. Jak podaje PWC:

„ (...) Analiza otrzymanych informacji oraz zgromadzonych danych pozwala na sformułowanie następujących wniosków:

- *poziom urzędowej marży hurtowej w 2012 r. (7%) pozwalał jedynie na pokrycie kosztów dystrybucji leków refundowanych wynoszących 6,64% (co oznacza koszt w wysokości 1,32 PLN na średnim opakowaniu leku refundowanego);*
- *po obniżce marży w 2013 i 2014 niezależni dystrybutorzy poniosą stratę na dystrybucji leków refundowanych rządu odpowiednio -1,5% i -2,5% (z uwzględnieniem kosztów finansowych) – co w wartościach absolutnych oznaczać będzie kwoty 88 i 148 milionów złotych odpowiednio w 2013 i 2014 r;*
- *średnia marża kwotowa realizowana na opakowaniu leku refundowanego, spadnie z 1,38 PLN do poziomu ok 1 PLN, co spowoduje*

brak ekonomicznego uzasadnienia dla dystrybucji 2/3 produktów refundowanych;

- *ww. proces doprowadzić może do spadku dostępności leków w szczególności w małych miejscowościach oddalonych od magazynów centralnych (gdyż nawet 196 milionów opakowań dostarczyć trzeba będzie poniżej progu opłacalności);*
- *następuje pogorszenie płynności finansowej na rynku hurtowym (zadłużenie hurtowni wzrosło o blisko 100 milionów złotych);*
- *Pacjenci zaczęli odczuwać brak leków w aptekach – badanie przeprowadzone przez Instytut badawczy Millward Brown SMG/KRC wykazało, że w 2012 roku 8 / 10 pacjentów znalazło się w sytuacji w której nie mogło zrealizować w100%, recepty przepisanej przez lekarza przy pierwszej wizycie w aptecę, z uwagi na brak tego produktu;*

Obniżenie urzędowej marży hurtowej do 6% (a następnie do 5% powoduje, że koszty dystrybucji leków do aptek nie zostaną pokryte ,co spowoduje obniżenie jakości serwisu skierowanego do aptek, a w konsekwencji wpłynie na pogorszenie dostępności do leków dla pacjenta. Dystrybutorom (reprezentującym 70% rynku) zabraknie 123 mln złotych na pokrycie kosztów działalności dystrybucyjnej.”

Źródło : „Analiza kosztów hurtowej dystrybucji leków refundowanych w Polsce. W latach 2012- 2014” – PWC, 28 lutego 2013, str.7-8

Konstrukcja i poziom marż oraz wzrost innych obciążeń wynikających z nałożonych na dystrybutorów przepisami ustawy refundacyjnej, ograniczeń i obowiązków, wpływa istotnie na stałe pogarszanie się, bliskiej zera rentowności działalności w segmencie leków refundowanych. Nowe rozwiązania marżowo-cenowe wprowadzono bez dokonania oceny skutków regulacji, nie przeprowadzono wiarygodnych, głębokich analiz finansowo-ekonomicznych rynku. Nie uwzględniono także licznych zgłaszanych trakcie prac legislacyjnych prognoz i ocen ekspertów oraz przedstawicieli branży farmaceutycznej.

Wyrażamy przekonanie , że problem występowania zagrożeń ograniczeniami dostępności leków dla pacjentów nie może zostać skutecznie rozwiązany

jedynie poprzez rozbudowę regulacji dotyczącej monitorowania sytuacji i wprowadzania ograniczeń wywozu. Nie wystarczy dostrzeżenie i reagowanie na doraźne skutki, niezbędne jest postawienie wprost i podjęcie problemu przeciwdziałania wszystkim istotnym, także ekonomicznym przyczynom negatywnych zjawisk.

W związku z powyżej przedstawionymi argumentami, uważamy za konieczne objęcie zakresem planowanej nowelizacji ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych i niektórych innych ustaw o kwestię korekt w systemie marż hurtowych i postulujemy wprowadzenie zmian odpowiednich przepisów ustawy refundacyjnej w następującym kształcie:

Marża hurtowa - propozycje zapisu:

Art. 7. 1. otrzymuje brzmienie:

- „1. Ustala się urzędową marżę hurtową w wysokości 7% urzędowej ceny zbytu.”
- „Art. 75. – Uchyła się”

Uzasadnienie:

Ustawa refundacyjna przewidywała w art. 75 stopniowe obniżenie poziomu marży hurtowej do 5 % ceny urzędowej danego leku i taki zapis znajduje się w art. 7 ust 1. W celu dostosowania się do zapisów nowej ustawy, hurtownie w krótkim czasie zmuszone zostały do renegotjacji umów i warunków handlowych z kilkuset producentami oraz z blisko 14 tys. aptek. Znaczący spadek marży hurtowej z poziomu 9,78% do 7,0%, wpływający bezpośrednio na rentowność sprzedaży hurtu, wymusił konieczność redukcji kosztów - między innymi poprzez zwolnienie ponad 1 200 pracowników oraz likwidację szeregu centrów dystrybucyjnych. W porównaniu do roku ubiegłego, hurtownie o 12% obniżyły wartość swoich stanów magazynowych, zmniejszając również liczbę pozycji asortymentowych. W obawie przed niewypłacalnością części aptek, hurtownie zaczęły również skracać terminy płatności oraz obniżać limity kredytowe, co dodatkowo pogorszyło trudną kondycję finansową wielu aptek. Znaczący spadek sprzedaży i ograniczone możliwości zarządzania kosztami wpłyną zapewne na zyskowność hurtowni w roku bieżącym oraz latach następnych. Warto pamiętać, że koszty serwisu i dostawy leków do aptek i szpitali w Polsce są porównywalne do kosztów w większości krajów Unii Europejskiej, natomiast średnie ceny



Związek Pracodawców Hurtowni Farmaceutycznych
Association of Polish Pharmaceutical Wholesalers Employers

leków są znacząco, bo czasami aż o połowę niższe. Dlatego też hurtownie w Polsce osiągają najniższy w Europie zysk jednostkowy na opakowanie leku. Przy obecnym spadku dynamiki rynku i redukcjach marży hurtowej do poziomu 6%, a w 2014 roku do poziomu 5% - wynikających z przepisów ustawy refundacyjnej, a także przy obecnie stosowanym procentowym modelu obliczania marży hurtowej, utrzymanie dotychczasowego, bardzo wysokiego poziomu serwisu i dostępności leków dla aptek i szpitali nie będzie możliwe. W perspektywie skutkuje to obniżeniem dostępności leków dla pacjentów.

Trzeba dodać, że jednocześnie w sposób istotny rosną koszty hurtowni wynikające m.in. z nowych obowiązków zawartych w implementowanych obecnie przepisach unijnych w zakresie przeciwdziałania wprowadzaniu na rynek produktów podrobionych.

Uważamy, że obniżenie poziomu marży hurtowej do 5% spowoduje, że prowadzenie działalności hurtowej stanie się działaniem na szkodę prowadzących ją spółek. Jak wynika z wyżej cytowanych analiz ekspertów (aktualny raport PWC), najniższym możliwym poziomem marży hurtowej jest poziom 6,6%, który pozwala na pokrycie kosztów hurtowni, nie pozwala jednak na to by działalność dystrybucyjna w segmencie leków refundowanych była dochodowa.

Kondycja i poziom rentowności hurtowni ma zasadniczy wpływ i przekłada się bezpośrednio na efektywność ekonomiczną i prawidłowość funkcjonowania dystrybucji aptecznej.

Podkreślamy także, że regulacje ograniczające konstytucyjnie chronioną wolność gospodarczą muszą spełniać wymogi być niezbędności i proporcjonalności. Tak daleko idące ograniczenie marży hurtowej, naszym zdaniem, nie spełnia tego wymogu, uniemożliwia bowiem w praktyce prowadzenie dochodowej działalności dystrybucji leków refundowanych. Co za tym idzie obniżenie marży do takiego poziomu może doprowadzić do bardzo istotnych, niebezpiecznych zaburzeń hurtowego etapu dystrybucji leków, występujących w konsekwencji także na poziomie dystrybucji detalicznej - bardzo znaczącego ograniczenia dostępności leków w aptekach.

Alternatywnie:

Do rozważenia są również inne modele europejskie w tym **model marży degresywnej lub mieszanej.**

Takie rozwiązania urealniają kwotowo marże dystrybutora leków z uwzględnieniem wolumenów leków o niższych i wyższych cenach. O ile bowiem np. marża 3% od ceny



Związek Pracodawców Hurtowni Farmaceutycznych
Association of Polish Pharmaceutical Wholesalers Employers

drogiego leku nominalnie jest wysoka, o tyle marża 7-9% od niskiej ceny jest kwotowo niska. Degresywny system marż pozwala uwzględnić i wyważyć te różnice. Dodatkowo właściwe ustawienie tabeli marż degresywnych może przyczynić się do zwiększenia dostępności leków najtańszych.

**ZWIĄZEK PRACODAWCÓW
HURTOWNI/FARMACEUTYCZNYCH**
04-783 Warszawa, ul. Pożaryskiego 6
tel./fax 22 812 16 21
NIP: 5342278971, REGON: 140011305