



RAPORT 2026

MAPA ZALEŻNOŚCI LEKOWEJ

Opracował zespół ekspertów pod redakcją
Bartosza Zawadzkiego

SPIIS TREŚCI

1	Executive summary.....	3
2	Wprowadzenie.....	7
3	Metodologia.....	11
4	Wyniki.....	13
	• Spojrzenie z lotu ptaka.....	14
	• Substancje niezbędne do wytwarzania produktów leczniczych i farmaceutycznych...	15
	• Leki gotowe.....	22
5	Wnioski.....	27
6	Rekomendacje.....	30



1

EXECUTIVE SUMMARY

Bezpieczeństwo lekowe państwa coraz częściej staje się jednym z kluczowych elementów bezpieczeństwa narodowego.

Pandemia COVID-19, zakłócenia światowych łańcuchów dostaw oraz rosnące napięcia geopolityczne pokazały, że dostęp do produktów leczniczych i substancji wykorzystywanych do ich produkcji nie może być postrzegany wyłącznie jako zagadnienie gospodarcze. W debacie publicznej problem zależności Europy od producentów z Azji jest szeroko omawiany, jednak najczęściej w sposób ogólny, bez rozróżnienia pomiędzy gotowymi produktami leczniczymi a substancjami czynnymi (API) i innymi surowcami niezbędnymi do wytwarzania leków.

Celem niniejszego raportu jest określenie rzeczywistej skali bezpośrednich zależności Polski od zagranicznych dostawców produktów leczniczych i farmaceutycznych oraz wskazanie obszarów, w których mogą występować strategiczne ryzyka dla bezpieczeństwa lekowego państwa. Analiza została oparta na danych Eurostatu dotyczących międzynarodowego handlu zagranicznego według klasyfikacji SITC, obejmujących wartość importu poszczególnych grup produktów do Polski.



Najważniejszym wnioskiem płynącym z raportu jest stwierdzenie, że obraz zależności Polski od zagranicznych dostawców jest znacznie bardziej złożony, niż sugeruje to powszechna debata publiczna.

W przypadku gotowych produktów leczniczych bezpośrednia zależność od państw azjatyckich okazuje się stosunkowo niewielka. Zdecydowana większość leków trafiających do Polski pochodzi z państw Unii Europejskiej, przede wszystkim z Niemiec, Francji, Holandii, Węgier i innych krajów europejskich, które pozostają stabilnymi partnerami handlowymi.

Odmierna sytuacja występuje jednak na poziomie substancji czynnych oraz półproduktów wykorzystywanych do produkcji leków. Analiza wykazała, że w wielu strategicznych grupach API udział dostawców z Chin i Indii osiąga poziom świadczący o wysokiej koncentracji rynku. Dotyczy to między innymi antybiotyków, alkaloidów roślinnych, wybranych hormonów oraz części glikozydów. W niektórych segmentach import jest w zdecydowanej większości uzależniony od jednego lub dwóch państw azjatyckich, co w przypadku zakłóceń geopolitycznych lub gospodarczych może prowadzić do istotnych problemów z zapewnieniem ciągłości dostaw.

Raport zwraca również uwagę na zjawisko określone jako „podwójna zależność”. Polska importuje większość gotowych produktów leczniczych od producentów europejskich, jednak znaczna część tych leków powstaje z wykorzystaniem substancji czynnych sprowadzanych wcześniej z Azji. Oznacza to, że nawet relatywnie bezpieczna struktura bezpośredniego importu nie eliminuje ryzyka związanego z zakłóceniami w globalnych łańcuchach dostaw. W praktyce bezpieczeństwo lekowe Polski pozostaje uzależnione zarówno od stabilności partnerów europejskich, jak i od dostępności surowców produkowanych poza kontynentem.

Wyniki analizy wskazują jednocześnie, że celem polityki państwa nie powinna być pełna autarkia ani próba samodzielnego odtworzenia całego łańcucha produkcji farmaceutycznej. W warunkach współczesnej gospodarki globalnej jest to rozwiązanie ekonomicznie i technologicznie nierealistyczne. Zdecydowanie większy potencjał mają stopniowe wzmacnianie krajowych kompetencji produkcyjnych w najbardziej strategicznych obszarach oraz dywersyfikacja źródeł dostaw poprzez rozwój współpracy z państwami uznawanymi za stabilnych partnerów gospodarczych i politycznych.

W odpowiedzi na zidentyfikowane wyzwania raport przedstawia pakiet rekomendacji obejmujących zarówno działania o charakterze przemysłowym, jak i instytucjonalnym. Obejmują one rozwój krajowej produkcji substancji czynnych, wsparcie inwestycji w nowoczesne instalacje chemiczne i biotechnologiczne, odbudowę kadr farmacji przemysłowej, rozwój partnerstw publiczno-prywatnych, tworzenie wyspecjalizowanych stref przemysłowych, usprawnienie procesów regulacyjnych oraz aktywne wykorzystanie instrumentów polityki europejskiej służących wzmacnianiu suwerenności lekowej Unii Europejskiej.

Przedstawione wyniki pokazują, że bezpieczeństwo lekowe należy analizować nie tylko przez pryzmat dostępności gotowych produktów leczniczych, lecz także odporności całego łańcucha dostaw – od podstawowych surowców chemicznych, przez substancje czynne, aż po produkcję końcową. W tym kontekście budowanie odporności krajowego i europejskiego przemysłu farmaceutycznego powinno stać się jednym z priorytetów długofalowej polityki gospodarczej, zdrowotnej i bezpieczeństwa państwa.





WPROWADZENIE

Na temat niezależności lekowej Polski oraz Unii Europejskiej powiedziano już wiele w przestrzeni medialnej i publicznej. Dyskusja ta odbywa się jednak w oderwaniu od konkretnych liczb i faktów z dziedziny handlu międzynarodowego oraz bez wnikliwego spojrzenia na specyficzną sytuację naszego państwa.

Choć oczywiście główna teza o znaczącym uzależnieniu państw europejskich od producentów pochodzących z Azji pozostaje uzasadniona i prawdziwa, pragniemy przyrzeć się temu zagadnieniu głębiej oraz zróżnicować niektóre z pojęć. Celem pracy jest zbadanie, w jakim stopniu problem bezpośrednio wpływa na sytuację Polski, oraz zweryfikowanie, czy w takim samym stopniu dotyczy wszystkich grup leków oraz jaka różnica w stopniu uzależnienia od runku azjatyckiego występuje pomiędzy substancjami czynnymi (ang. *active pharmaceutical ingredient*, API) a gotowymi produktami leczniczymi.

Obecna struktura światowego rynku farmaceutycznego jest rezultatem wieloletnich zmian gospodarczych, technologicznych i regulacyjnych zachodzących od końca XX wieku. Wbrew powszechnemu przekonaniu uzależnienie Europy od azjatyckich producentów substancji czynnych (API) nie jest skutkiem pojedynczych decyzji politycznych ani wydarzeń ostatnich lat, lecz konsekwencją stopniowej globalizacji produkcji farmaceutycznej i optymalizacji kosztów prowadzonej przez przedsiębiorstwa na całym świecie.

Jeszcze kilkadziesiąt lat temu znaczna część substancji czynnych wykorzystywanych do produkcji leków powstawała w Europie oraz Stanach Zjednoczonych. Wraz z postępującą liberalizacją handlu międzynarodowego i rozwojem gospodarek azjatyckich coraz większa część produkcji została jednak przeniesiona do państw oferujących niższe koszty pracy, energii oraz surowców, a także mniej restrykcyjne regulacje środowiskowe. Szczególną rolę zaczęły odgrywać Chiny oraz Indie, które dzięki konsekwentnej polityce przemysłowej, dużej skali produkcji oraz rosnącym kompetencjom technologicznym stopniowo budowały pozycję światowych liderów wytwarzania substancji czynnych i półproduktów chemicznych wykorzystywanych przez przemysł farmaceutyczny.

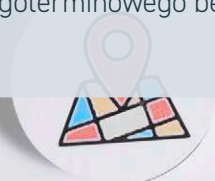
Proces ten był dodatkowo wzmacniany przez presję kosztową występującą na rynku leków, zwłaszcza generycznych. W wielu państwach europejskich systemy refundacyjne oraz zamówienia publiczne przez lata premiowały przede wszystkim najniższą cenę produktów leczniczych. W rezultacie producenci, dążąc do utrzymania konkurencyjności, coraz częściej korzystali z tańszych dostawców substancji czynnych z Azji lub przenosili tam część własnej produkcji. Jednocześnie europejski przemysł chemiczny musiał funkcjonować w warunkach rosnących kosztów energii, zaostrzających się wymogów środowiskowych oraz wysokich kosztów pracy, co dodatkowo ograniczało jego konkurencyjność wobec producentów azjatyckich.

Konsekwencją tych procesów stała się postępująca koncentracja światowej produkcji wielu substancji czynnych w ograniczonej liczbie państw i przedsiębiorstw. Z jednej strony umożliwiło to obniżenie kosztów produkcji leków oraz zwiększenie ich dostępności, z drugiej jednak doprowadziło do powstania nowych ryzyk związanych z nadmierną koncentracją łańcuchów dostaw. Zakłócenia produkcji lub transportu w pojedynczych regionach świata zaczęły wywoływać skutki odczuwalne przez systemy ochrony zdrowia na wielu kontynentach.



Znaczenie tych zagrożeń zostało szczególnie uwidocznione podczas pandemii COVID-19, kiedy gwałtowny wzrost popytu, czasowe ograniczenia eksportowe oraz problemy logistyczne doprowadziły do niedoborów wielu produktów medycznych i farmaceutycznych. Kolejne wydarzenia geopolityczne, w tym wojna w Ukrainie oraz narastająca rywalizacja gospodarcza pomiędzy Stanami Zjednoczonymi a Chinami, dodatkowo zwróciły uwagę na potrzebę zwiększania odporności strategicznych łańcuchów dostaw. W efekcie bezpieczeństwo lekowe zaczęło postrzegać nie tylko jako element polityki zdrowotnej, lecz także jako istotny komponent bezpieczeństwa gospodarczego i narodowego.

W odpowiedzi na te wyzwania zarówno Unia Europejska, jak i poszczególne państwa członkowskie rozpoczęły działania mające na celu odbudowę części potencjału produkcyjnego, dywersyfikację źródeł dostaw oraz skracanie łańcuchów logistycznych. Coraz większego znaczenia nabierają koncepcje nearshoringu, polegające na przenoszeniu produkcji bliżej rynku europejskiego, oraz friendshoringu, zakładające rozwijanie współpracy przede wszystkim z państwami uznawanymi za stabilnych i wiarygodnych partnerów politycznych oraz gospodarczych. W tym kontekście analiza struktury importu do Polski pozwala określić nie tylko obecny poziom zależności od poszczególnych kierunków dostaw, lecz także wskazać obszary, w których wzmacnianie krajowych i europejskich zdolności produkcyjnych może mieć największe znaczenie dla długoterminowego bezpieczeństwa lekowego.





METODOLOGIA



Użyte dane

Do przygotowania raportu wykorzystano dane Europejskiego Urzędu Statystycznego (Eurostat) zawarte w katalogu *International trade of EU and non-EU countries since 2002 by SITC* (ds-059331) aktualne na dzień 2 lutego 2026 roku. Dane podane są według kategorii **SITC** (ang. *Standard international trade classification*), czyli standardowej klasyfikacji handlu międzynarodowego, stworzonej przez Organizację Narodów Zjednoczonych. Jest ona wykorzystywana do prowadzenia statystyki handlu zagranicznego (wartości eksportu oraz importu oraz wolumeny towarów), co umożliwia międzynarodowe porównanie towarów oraz towarów przemysłowych¹.



Ograniczenia

Import produktów leczniczych jest złożonym pojęciem i w myśl ustawy Prawo farmaceutyczne wyróżnia się kilka odrębnych pojęć. Na wszystkie produkty lecznicze, które przekraczają polską granicę, składają się:

- **import równoległy** – polega na przywożeniu do Polski produktów leczniczych, które mają pozwolenie na dopuszczenie do obrotu wydane w państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA - European Free Trade Association)²;
- **import docelowy/interwencyjny** – to sprowadzanie z zagranicy produktów leczniczych, potrzebnych do ratowania życia lub zdrowia ludzkiego, które nie są dopuszczone do obrotu w Polsce. Jeśli jest on związany z potrzebami konkretnego pacjenta i odbywa się na wniosek lekarza, mowa jest o imporcie docelowym. W przypadku, w którym Minister Zdrowia dopuszcza wyjątek ze względu na ogólną sytuację w państwie, np. deficyt danego leku, jest to import interwencyjny³;
- **import „standardowy”** - obrót hurtowy produktami leczniczymi pochodzącymi z państw trzecich (spoza UE) i sprowadzanymi bezpośrednio do Polski.

Z uwagi na użyte źródło danych w niniejszym raporcie nie występuje tego rodzaju rozróżnienie, a podane liczby są wartością importu całkowitego, rozumianego jako fizyczny ruch towarów na granicach danego państwa. Rzecz jasna nie dotyczy to tranzytu – towary są rejestrowane tylko w przypadku dodawania lub odejmowania od stanu krajowych zasobów materiałowych lub, w kontekście handlu poza UE, w momencie spełnienia formalności celnych. Praca oparta jest na danych gromadzonych przez organy celne na temat transakcji handlowych między państwami.

¹ Glossary: Standard international trade classification (SITC), portal Eurostat.eu, [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Standard_international_trade_classification_\(SITC\)/pl](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Standard_international_trade_classification_(SITC)/pl) [dostęp: 28.07.2026].

² Import równoległy, portal gov.pl, <https://www.gov.pl/web/urpl/import-rownolegly> [dostęp: 28.07.2026].

³ Import docelowy, portal gov.pl, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/sprowadzac-leki-z-zagranicy-import-docelowy-> [dostęp: 28.07.2026].



4

WYNIKI

PRODUKTY LECZNICZE

Spojrzenie z lotu ptaka

Produkty lecznicze sprowadzane do Polski pochodzą głównie z importu równoległego. W największej kategorii, wszystkich produktów leczniczych oraz farmaceutycznych ogółem (SITC 54), wśród dziesięciu największych eksporterów nie znajdziemy ani jednego państwa spoza Europy.

TABELA 1.

Wartość importu całkowitego produktów leczniczych i farmaceutycznych do Polski (SITC 54)

	PAŃSTWO	WARTOŚĆ IMPORTU (€)	UDZIAŁ PROCENTOWY
1	Niemcy	2 472 449 087	18,83%
2	Węgry	1 731 943 934	13,19%
3	Belgia	1 577 799 724	12,02%
4	Austria	1 461 965 624	11,14%
5	Holandia	1 118 591 458	8,52%
6	Francja	1 056 093 466	8,05%
7	Dania	481 574 862	3,67%
8	Włochy	417 264 135	3,18%
9	Szwajcaria	351 407 663	2,68%
10	Słowenia	324 672 542	2,47%
...	Inne	2 133 523 128	16,25%

W ujęciu całościowym Chiny odpowiadają jedynie za 1,24% wartości bezpośredniego importu produktów i wyrobów farmaceutycznych, natomiast Indie za 0,92%. Wśród pozostałych, niewymienionych powyżej z nazwy państw, wciąż dominują te europejskie (ponad 85%), a inni dostawcy z Azji stanowią łącznie niespełna 14%. Z Ameryki Północnej pochodzi zaledwie niecałe 4% produktów. Znaczenie pozostałych kierunków należy uznać za pomijalne.

Prowadzi to do wniosku, że z perspektywy Polski problem jest bardzo złożony i niebezpośredni. Wyraźna obecność państw azjatyckich objawia się jedynie w poszczególnych, bardziej szczegółowych kategoriach. Oczywiście, nie wyklucza to azjatyckiego pochodzenia niezliczonych substancji aktywnych i istotnej części z produktów gotowych sprowadzanych z innych państw Europy – jest to fakt powszechnie znany. Oznacza to jednak, że Rzeczpospolita zależna jest podwójnie – nie tylko od dalekowschodnich dostawców, lecz także od europejskich wytwórców i pośredników.

Twórcy raportu pozostają świadomi złożoności łańcuchów dostaw – leki sprowadzane do Polski z Europy Zachodniej mogą również pochodzić z importu z kierunków azjatyckich, przechodzącego przez wiele węzłów logistycznych. Celem pracy jest jednak zbadanie bezpośrednich, widocznych zależności, które nie pozostają bez znaczenia dla bezpieczeństwa lekowego Rzeczypospolitej, a pełne rozróżnienie i prześledzenie przepływu towarów nie zawsze jest możliwe na podstawie dostępnych danych (np. Holandia, Belgia czy Niemcy ze względu na swoje porty towarowe z pewnością są istotnymi pośrednikami w handlu z Azją, choć jednocześnie mają swój własny, prężnie działający przemysł chemiczny).

Bezpośrednia zależność od źródeł substancji aktywnych zlokalizowanych w Azji byłaby lepiej widoczna przy zbadaniu zagadnienia na poziomie Unii Europejskiej jako całości wspólnoty. Tak pogłębiona analiza planowana jest w kolejnych edycjach raportu.

SUBSTANCJE NIEZBĘDNE DO WYTWARZANIA PRODUKTÓW LECZNICZYCH I FARMACEUTYCZNYCH

Partnerzy spoza Wspólnoty

Choć i również w tym przypadku Polska sprowadza substancje chemiczne głównie od partnerów europejskich – z Niemcami, Holandią i Węgrami na czele – to właśnie na tym poziomie zaczyna zwiększać się różnorodność dostawców, a jednocześnie problematyczna kwestia uzależnienia od państw Dalekiego Wschodu.

Mowa tu przede wszystkim o dwóch państwach – Chinach oraz Indiach – które dążą do pozycji hegemonów gospodarczych również w dziedzinie produkcji leków oraz substancji aktywnych i pomocniczych. Na nich zatem skupimy uwagę podczas analizy strategicznych zależności dotyczących Polski, choć zaznaczone będą również inne istotne powiązania. Wśród eksporterów pojawiają się także inne państwa, które jednak nie muszą być z góry uznawane za kierunki niestabilne – są to między innymi Malezja, Japonia, Korea Południowa czy Tajwan.

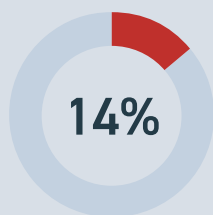
Wśród pozostałych partnerów Polski spoza Unii Europejskiej należy wymienić przede wszystkim państwa EFTA⁴ – Szwajcarię i Norwegię – a także innych członków OECD⁵: Stany Zjednoczone, Wielką Brytanię, Kanadę, Izrael oraz Meksyk. Grupę tę dopełniają Ukraina i Brazylia. Z wyjątkiem Ukrainy (ze względu na trwającą wojnę) oraz Meksyku, a częściowo także Brazylii czy Izraela, są to państwa stabilne politycznie, wiarygodne w handlu i dojrzałe gospodarczo.

⁴ Europejskie Stowarzyszenie Wolnego Handlu (European Free Trade Association).

⁵ Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (Organisation for Economic Co-operation and Development).

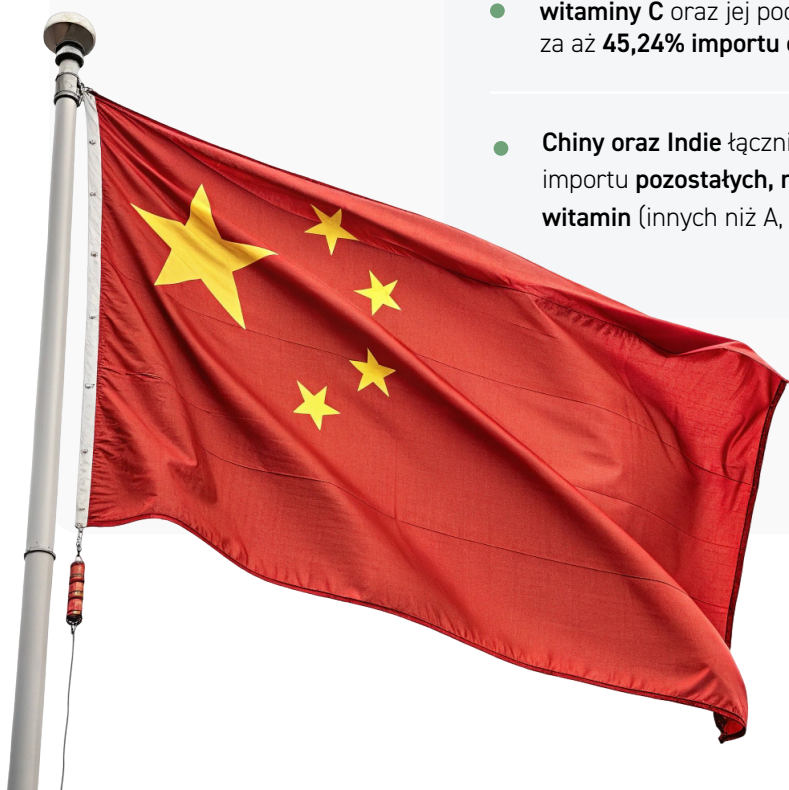
Prowitaminy i witaminy, naturalne lub syntetyczne (w tym koncentraty naturalne), ich pochodne

Do tej grupy zaliczamy czyste substancje chemiczne będące witaminami oraz ich bezpośrednie prekursorsy, np. beta-karoten jako prowitamina A czy cholekalcyferol, czyli witamina D3. Pozyskuje się je głównie w procesach biotechnologicznych (np. większość przemysłowej ryboflawiny produkuje się za sprawą fermentacji drożdży) oraz syntezy chemicznej, rzadziej z ekstrakcji naturalnej. Surowce te trafiają głównie do produkcji preparatów stosowanych w niedoborach pokarmowych, mieszanin do żywienia pozajelitowego czy suplementów diety i niektórych preparatów okulistycznych. Klinicznie mają znaczenie między innymi w profilaktyce krzywicy (witamina D), wspomaganiu układu odpornościowego, leczeniu wybranych rodzajów niedokrwistości (witamina B12, kwas foliowy) czy zaburzeń krzepnięcia.



Chiny posiadają istotny, niemal **14-procentowy** udział w imporcie do Polski **witamin oraz** **prowitamin**, co obejmuje produkty naturalne, syntetyczne, ich pochodne i mieszaniny:

- Z Państwa Środka pochodzi **20,10%** importu **witamin B** oraz ich pochodnych;
- Chiny są największym eksporterem do Polski **witamin C** oraz jej pochodnych – odpowiadają za aż **45,24%** importu całkowitego.
- **Chiny oraz Indie** łącznie kontrolują **15,58%** importu **pozostałych, niewyszczególnionych** **witamin** (innych niż A, B, C, E).



PODSUMOWANIE RYZYK STRATEGICZNYCH ANTYBIOTYKI

ANTYBIOTYKI

Grupa ta zawiera czyste substancje czynne o działaniu przede wszystkim przeciwbakteryjnym, choć niektóre – jak amfoterycyna B czy nystatyna – działają przeciwgrzybiczo. Wytwarzane są głównie w procesach biotechnologicznych (hodowle mikroorganizmów), a w nielicznych przypadkach z użyciem syntezy chemicznej. Stanowią fundament leczenia chorób zakaźnych na całym świecie, bez którego niemożliwe byłoby także prowadzenie bezpiecznych operacji chirurgicznych. Wykorzystuje się je powszechnie w leczeniu infekcji bakteryjnych, głównie w dziedzinie pulmonologii, dermatologii oraz transplantologii, gdzie profilaktyka zakażeń pooperacyjnych ma kluczowe znaczenie. Czysta amoksycylina, azytromycyna czy ceftriakson trafiają do zakładów farmaceutycznych, gdzie powstają z nich kapsułki, zawiesiny lub roztwory do wstrzyknięć.



25,19%

łącznego importu antybiotyków (tutaj – jako substancji) na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej pochodzi z Indii i Chin.

Największe uzależnienie występuje w grupie antybiotyków sklasyfikowanych jako „pozostałe”, tzn. innych niż penicyliny, streptomycyny, tetracykliny oraz ich pochodne i sole. W tej konkretnej, zawężonej grupie uzależnienie od obu tych państw sięga

38,85%

(21,08% udziału Indii oraz 17,77% udziału Chin).

Alkaloidy roślinne, naturalne lub syntetyczne, ich sole, eter, estry i inne pochodne

Są to silnie działające związki azotowe wyizolowane z roślin lub otrzymane syntetycznie. Odgrywają istotną rolę w ratownictwie medycznym (atropina w bradykardii i zatruciach związkami fosforoorganicznymi), onkologii (winkrystyna hamuje podziały komórek nowotworowych), pulmonologii (pochodne atropiny to leki rozszerzające oskrzela) czy medycynie paliatywnej, gdzie morfina pozostaje podstawowym opioidem podawanym pacjentom w bólu nowotworowym.



Indie i Chiny odpowiadają za prawie **51%** importu tych substancji do Polski, z czego same Indie ponad **47%**. Natomiast wszystkie państwa spoza UE, w tym kierunki uznawane za „bezpieczne”, np. Szwajcaria czy Wielka Brytania, to już ponad **57%** wartości produktów sprowadzanych do Polski.



Polska jest niemal całkowicie uzależniona od Indii w kwestii sprowadzania efedryny i jej soli. Indie pokrywają **86,03%** polskiego zapotrzebowania na import tych substancji, co stanowi jeden z najbardziej jaskrawych przykładów kruchej zależności od dostawców z Azji. Jeśli wziąć pod uwagę jeszcze Tajwan, którego udział sięga **5,73%**, ponad **90%** importu efedryny i pochodnych to kierunku azjatyckie.



Udział Wielkiej Brytanii warunkowany jest sprowadzanymi alkaloidami opium i ich solami. W tym rynku tylko Wielka Brytania ma **30,11%** udziałów.



Chiny zaznaczają swoją obecność na rynku kofeiny oraz jej soli i odpowiadają za **9,14%** importu.



Indie mają znaczącą pozycję również w przypadku innych alkaloidów roślinnych i ich soli oraz różnych pochodnych alkaloidów, niesklasyfikowanych w żadnej innej kategorii. Posiadają tutaj **57,99%** udziału, co plasuje je na pierwszym miejscu zestawienia.



Warto odnotować również, że **99,63%** alkaloidów chinowca i ich pochodnych oraz soli pochodzi z Republiki Federalnej Niemiec, a **97,98%** alkaloidów sporyszu żytniego i jego pochodnych z Republiki Czeskiej.

PODSUMOWANIE RYZYK STRATEGICZNYCH

Hormony, prostaglandyny, tromboksany i leukotrieny, zarówno naturalne lub syntetyczne; ich pochodne i analogi strukturalne, w tym też polipeptydy o zmodyfikowanym łańcuchu, stosowane głównie jako hormony

Kategoria ta obejmuje substancje białkowe, peptydowe i steroidowe, które odtwarzają lub modyfikują działanie naturalnych hormonów organizmu. Są kluczowymi substancjami stosowanych w terapii zastępczej, leczeniu chorób metabolicznych i zaburzeń hormonalnych, a ich główni odbiorcy to endokrynologia, diabetologia, ginekologia czy reumatologia. Zalicza się tu między innymi importowaną w dużych ilościach insulinę, hydrokortyzon, lewotyrosynę stosowaną w niedoczynności tarczycy oraz etynyloestradiol wykorzystywany w produkcji tabletek antykoncepcyjnych.

Ograniczone udziały w niej mają Wielka Brytania oraz Chiny (odpowiednio **16,52%** oraz **14,99%** udziału), choć pewne znaczenie tutaj mają też Meksyk i Korea Południowa.

Prawie połowa (**45,08%**) importu hormonów steroidowych, ich pochodnych oraz analogów strukturalnych pochodzi z państw niebędących członkami Unii Europejskiej, jednak ich indywidualne udziały są rozłożone – Wielka Brytania **16,98%**, Chiny **13,18%**, Indie **8,75%** oraz Meksyk **6,19%**.



Bardzo duża zależność Rzeczypospolitej Polskiej od dostaw pozaeuropejskich występuje w przypadku hormonów polipeptydowych, hormonów białkowych oraz hormonów glikoproteinowych, ich pochodnych i analogów strukturalnych. **82,57%** wartości importu pochodzi z państw spoza Wspólnoty, z czego same Chiny to **76,73%** wartości zakupionych przez Polskę towarów.



Pewna niespodzianka występuje w statystykach dotyczących importu prostaglandyn, tromboksanów i leukotrienów, ich pochodnych oraz analogów strukturalnych. Rynek ten jest zdominowany całkowicie przez dostawców z Korei Południowej (**71,65%**) oraz Chin (**27,63%**). Oprócz nich występuje jeszcze tylko jeden dostawca – Niemcy, lecz ze znikomym udziałem poniżej **1%**.

W kwestii innych hormonów i ich pochodnych oraz pozostałych sterydów stosowanych głównie jako hormony, największymi partnerami handlowymi Polski pozostają Indie (**25,59%**) oraz Wielka Brytania (**23,00%**). Pewne, choć umiarkowane znaczenie mają również Chiny (**8,80%**).

PODSUMOWANIE RYZYK STRATEGICZNYCH

Glikozydy; gruczoły lub inne organy i ich wyciągi; surowice odpornościowe, szczepionki i podobne produkty

To zbiór różnorodnych produktów biologicznych i związków chemicznych – glikozydów, wyciągów z gruczołów i innych organów, a także surowic odpornościowych i szczepionek – połączonych w jedną kategorię statystyczną, choć farmakologicznie należą do zupełnie różnych obszarów terapeutycznych. Pozyskuje się je z tkanek zwierzęcych, hodowli komórkowych, syntezy chemicznej (w przypadku glikozydów) lub nowoczesnej inżynierii genetycznej. Grupa ta obejmuje produkty biologiczne wykorzystywane głównie w profilaktyce chorób zakaźnych (szczepionki⁶), biernej immunizacji (surowice i antytoksyny) oraz niektóre naturalne glikozydy stosowane w leczeniu chorób serca. Przykłady zastosowania to produkcja antytoksyn (np. przeciw jadowi żmii), immunoglobulin, preparatów osoczopochodnych czy glikozydów nasercowych, takich jak digoksyna.



Istotny udział Chin zdeterminowany jest eksportem do Polski glikozydów naturalnych i syntetycznych oraz ich soli, eterów, estrów i innych pochodnych. Prawie dwie trzecie produktów przekraczających nasze granice (**64,65%**) pochodzi właśnie stamtąd.



Gruczoły i inne narządy do celów organoterapeutycznych, wyciągi z gruczołów lub innych narządów albo ich wydzielin do celów organoterapeutycznych; heparyna i jej sole; inne substancje ludzkie lub zwierzęce przygotowane do celów terapeutycznych pochodzą głównie ze Stanów Zjednoczonych Ameryki (**26,71%**), ale także Niemiec (**23,67%**) oraz Chin (**18,89%**).



W przypadku importu surowic odpornościowych i innych frakcji krwi oraz modyfikowanych produktów immunologicznych; szczepionek do stosowania w medycynie ludzkiej i weterynaryjnej nie zidentyfikowano istotnego udziału państw pozaeuropejskich, których wiarygodność jako partnerów biznesowych mogłaby być kwestionowana.



Taki sam wniosek dotyczy importowanej do Polski krwi ludzkiej; krwi zwierzęcej przygotowanej do celów terapeutycznych, profilaktycznych lub diagnostycznych; toksyn, kultur mikroorganizmów (z wyłączeniem drożdży) i podobnych produktów.

⁶W klasyfikacji SITC Rev. 4 szczepionki, surowice, immunoglobuliny czy produkty krwiopochodne (np. czynniki krzepnięcia krwi) są klasyfikowane w dziale 5416 zarówno jako surowiec, jak i w swojej gotowej, ostatecznej formie do podania pacjentowi.

Produkty farmaceutyczne inne niż leki

Grupa ta obejmuje artykuły medyczne, materiały opatrunkowe i wyroby diagnostyczne wytwarzane z surowców tekstylnych, tworzyw sztucznych czy innych substancji chemicznych. Stanowią one podstawowe wyposażenie techniczne domowych apteczek, gabinetów lekarskich oraz bloków operacyjnych. Wykorzystuje się je do opatrywania ran, diagnostyki in vitro oraz podawania leków. Praktyczne przykłady to jałowe gazy, nici chirurgiczne, odczynniki do grup krwi, środki kontrastowe do diagnostyki obrazowej czy paski do pomiaru poziomu glukozy.

W przypadku produktów farmaceutycznych innych niż leki Chiny zajmują pozycję piątego największego importera – mają **7,36%** udziałów.

Widoczność Chin w tej kategorii jest spowodowana istotną wartością sprowadzanych do Polski z Chin materiałów opatrunkowych – waty, gazy, bandaże oraz podobnych artykułów przeznaczonych do celów medycznych, chirurgicznych, stomatologicznych lub weterynaryjnych.

Szwajcaria jest najważniejszym partnerem Polski w kwestii importu odczynników do oznaczania grup krwi – to aż **71,61%** wartości importu tego rodzaju produktów.



LEKI GOTOWE

Struktura importu gotowych produktów leczniczych, w tym weterynaryjnych, nie charakteryzuje się istotnym, bezpośrednim wpływem wielkich graczy rynku azjatyckiego. Leki te w ostatecznej formie importujemy głównie od innych członków Unii Europejskiej – największy udział w tym procesie mają Niemcy, Francja i Holandia.

TABELA 2.

Wartość importu całkowitego gotowych postaci leków (w tym weterynaryjnych) do Polski (SITC 542)

	PAŃSTWO	WARTOŚĆ IMPORTU (€)	UDZIAŁ PROCENTOWY
1	Niemcy	1 662 267 911	22,64%
2	Francja	862 466 586	11,75%
3	Holandia	678 772 696	9,25%
4	Węgry	581 516 265	7,92%
5	Dania	414 602 800	5,65%
6	Austria	409 040 268	5,57%
7	Włochy	314 630 674	4,29%
8	Słowenia	307 673 312	4,19%
9	Belgia	307 337 174	4,19%
10	Irlandia	237 922 878	3,24%
...	Inne	1 565 290 165	21,32%

Jednakże i w tej kategorii można mówić o pewnych istotnych, wyróżniających się zależnościach od niektórych państw. Nie powinno się jednak postrzegać ich jako źródła ryzyka. Wręcz przeciwnie – najczęściej jako stabilnych i zaufanych partnerów biznesowych.



PODSUMOWANIE RYZYK STRATEGICZNYCH

ANTYBIOTYKI

Leki zawierające antybiotyki

To gotowe do stosowania preparaty o różnych postaciach farmaceutycznych (tabletki, syropy, maści, krople, fiolki do wstrzyknięć) zawierające precyzyjnie dawkowane substancje przeciwbakteryjne. Są podstawą leczenia zakażeń w podstawowej opiece zdrowotnej, pediatrii oraz w leczeniu szpitalnym, choć nie wszystkie mają takie samo znaczenie kliniczne: część stosuje się rutynowo przy zwykłej anginie czy zapaleniu oskrzeli, inne – jak wankomycynę czy karbapenemy – rezerwuje się wyłącznie dla ciężkich, opornych zakażeń szpitalnych.



26,27%



16,32%



10,53%

Leki zawierające **antybiotyki lub ich pochodne** pochodzą głównie z Węgier (**26,27%**), Francji (**16,32%**), i Włoch (**10,53%**).

Leki zawierające **najpopularniejsze antybiotyki**, tj. penicyliny, substancje ze strukturą kwasu penicylanowego, streptomycyny albo pochodne wszystkich wymienionych importowane są głównie z Francji (**53,66%** udziału) oraz Austrii (**21,52%**).

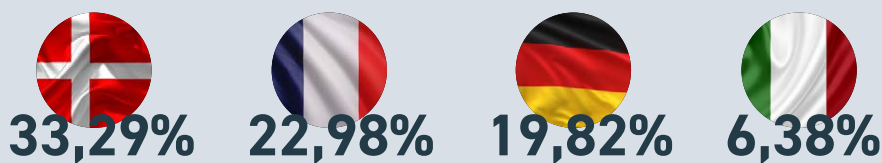
Leki oparte na **pozostałych antybiotykach oraz ich pochodnych** mają dość zróżnicowanych dostawców, jednak na czołowych pozycjach importerów do Polski znaleźć można Węgry (**32,13%**), Włochy (**12,04%**) i Niemcy (**8,68%**) niemal *ex aequo* ze Słowenią (**8,66%**).

PODSUMOWANIE RYZYK STRATEGICZNYCH

Leki zawierające hormony lub inne produkty z podgrupy 541.5

W tej grupie znajdują się gotowe postaci leków, których głównym składnikiem czynnym są hormony lub ich syntetyczne odpowiedniki. Są niezbędne w przewlekłym leczeniu chorób tarczycy, zaburzeń hormonalnych oraz chorób zapalnych i autoimmunologicznych, gdzie hormony steroidowe działają jako silne leki przeciwzapalne oraz immunosupresyjne (glikokortykosteroidy). Dominują w diabetologii, ginekologii, dermatologii oraz reumatologii. Przykłady to fabrycznie spakowane peny z insuliną dla cukrzyków, tabletki z hormonem tarczycy, doustne środki antykoncepcyjne czy sterydowe maści na łuszczycę.

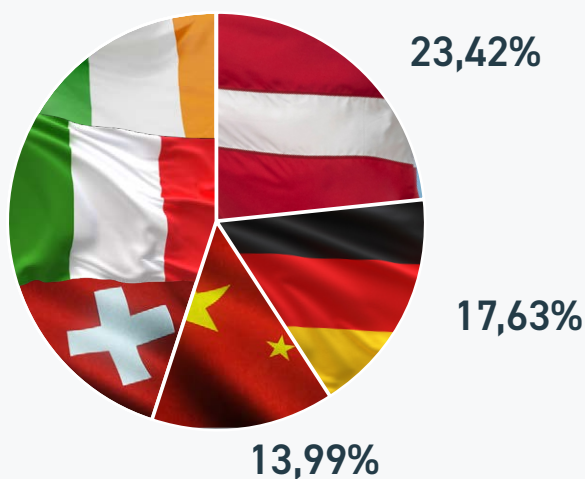
Nie będzie zaskoczeniem, że wiodącą rolę odgrywa tu praktycznie tylko czterech dostawców – Dania (**33,29%**), Francja (**22,98%**), Niemcy (**19,82%**) i Włochy (**6,38%**).



- Dania jest zdecydowanym liderem eksportu leków zawierających insulinę oraz innych hormonów podgrupy 541.5. Jej obecność w wymienionych grupach to odpowiednio **52,12%** oraz **37,14%**. Francja oraz Niemcy występują zamiennie w obu zestawieniach, zajmując drugie i trzecie pozycje, z udziałami wahającymi się w przedziale **16–30%**.
- Wyróżniającą się grupą leków w tej kategorii są leki zawierające hormony kortykosteroidowe, ich pochodne i analogi strukturalne. Ich import do Polski pochodzi głównie z Włoch (**27,93%**) oraz Francji (**26,23%**).

Leki zawierające alkaloidy lub ich pochodne

Są to gotowe preparaty handlowe wykorzystujące silne działanie alkaloidów na układ nerwowy i mięśniowy, stosowane przede wszystkim w leczeniu silnego bólu, chorób układu oddechowego oraz w onkologii i okulistyce – przykładowo krople z atropiną, które rozszerzają źrenicę przed badaniem dna oka. Znajdują szerokie zastosowanie w anestezjologii, medycynie ratunkowej i neurologii, a niektóre pochodne, jak skopolamina stosowana w bólach miesiączkowych, są skutecznymi środkami rozkurczającymi mięśnie. Praktycznym przykładem są gotowe ampułki z morfiną podawane w karetkach, tabletki przeciwbólowe z kodeiną czy doustne leki rozszerzające oskrzela z teofiliną stosowane u pacjentów z chorobami płuc.



Sprowadzane do Polski leki zawierające alkaloidy i ich pochodne powstają głównie w trzech państwach – Austrii (**23,42%**), Niemczech (**17,63%**) oraz Chinach (**13,99%**). To jeden z nielicznych wątków azjatyckich w przypadku gotowych produktów leczniczych. Istotną funkcję pełnią tu również Włochy, Irlandia i Szwajcaria, posiadające udziały po **7–10%**.

PODSUMOWANIE RYZYK STRATEGICZNYCH

Leki nigdzie indziej niesklasyfikowane

Jest to najszersza kategoria – obejmuje wszystkie leki gotowe, które nie zawierają antybiotyków, hormonów ani alkaloidów, a więc statystycznie większość leków dostępnych w aptekach, zarówno na receptę, jak i bez recepty. Obejmuje między innymi kardiologię, psychiatrię, gastrologię i leczenie bólu, ale też alergologię czy leczenie przeciwzakrzepowe. Przykłady to leki na nadciśnienie, statyny obniżające cholesterol, leki przeciwdepresyjne, popularne środki przeciwbólowe – ibuprofen i paracetamol – a także nowsze doustne leki przeciwzakrzepowe (tzw. NOAC), które w wielu wskazaniach zastąpiły klasyczną warfarynę.



23,79%

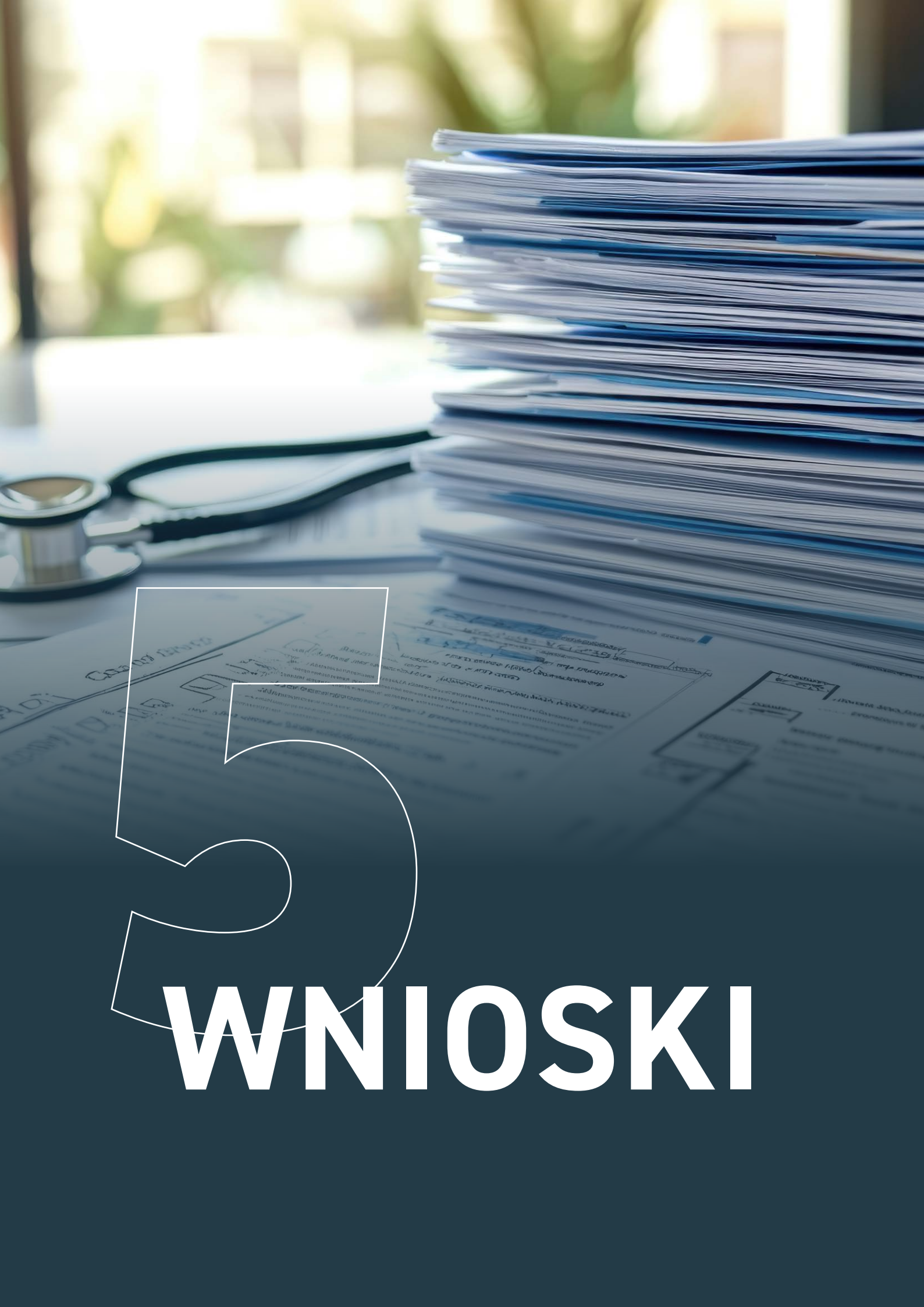


10,90%



10,07%

Ta kategoria również nie przynosi zaskoczeń. Najczęstszymi dostawcami wszelkich innych rodzajów leków są dla Polski przede wszystkim Niemcy (**23,79%**), Holandia (**10,90%**) oraz Francja (**10,07%**). Mniejsze wpływy posiadają Węgry, Austria, Belgia, Słowenia, Irlandia, Szwajcaria i Włochy.



5 WNIOSKI



Pozorne bezpieczeństwo i zjawisko „podwójnej zależności”

W ujęciu ogólnym (dla wszystkich produktów leczniczych i farmaceutycznych) **Polska sprowadza towary niemal wyłącznie od partnerów europejskich**, na czele z Niemcami, Węgrami i Belgią. Taka struktura handlu maskuje jednak rzeczywisty problem, ponieważ europejscy dostawcy bardzo często sami **opierają swoją produkcję na azjatyckich substancjach czynnych (API)**. W efekcie Polska zmaga się z tzw. podwójną zależnością – jest uzależniona nie tylko bezpośrednio od dalekowschodnich dostawców komponentów, lecz także od europejskich przetwórców i pośredników handlowych.

Głębokie uzależnienie od Chin i Indii w obszarze substancji czynnych (API)



Kwestia uzależnienia od rynku azjatyckiego staje się niezwykle wyraźna na poziomie importu konkretnych substancji niezbędnych do produkcji leków. Chiny i Indie mają wpływ na strategiczne segmenty polskiego importu substancji, odpowiadając wspólnie m.in. za **ponad 25% importu substancji antybiotykowych** (a w grupie antybiotyków innych niż penicyliny i tetracykliny aż za blisko 39%) oraz za **niemal 51% importu alkaloidów roślinnych**. Skrajnym przykładem tej podatności jest efedryna, w przypadku której **same Indie pokrywają aż 86,03% polskiego zapotrzebowania importowego**.



Dominacja Azji w dostawach wybranych hormonów i glikozydów

Analiza strategicznych zależności ujawnia wąskie gardła w postaci niemal całkowitej dominacji dostawców z Azji Wschodniej w kilku kluczowych grupach substancji. Chiny odpowiadają za aż 76,73% wartości importu hormonów polipeptydowych, białkowych oraz glikoproteinowych, a także za blisko dwie trzecie (64,65%) importu glikozydów naturalnych i syntetycznych. Jeszcze bardziej skrajna sytuacja dotyczy rynku prostaglandyn, tromboksanów i leukotrienów, który został niemal w całości (ponad 99%) zdominowany przez zaledwie dwa państwa azjatyckie: Koreę Południową (71,65%) i Chiny (27,63%).

Stabilność i bezpieczeństwo w segmencie leków gotowych

W przeciwieństwie do rynku substancji czynnych struktura importu gotowych postaci leków (w tym weterynaryjnych) nie wykazuje niepokojącego uzależnienia od niestabilnych kierunków. Leki w ostatecznej formie Polska sprowadza niemal wyłącznie z państw Unii Europejskiej – głównie z Niemiec, Francji i Holandii. Jedynym zauważalnym i rzadkim śladem obecności producentów azjatyckich w tej kategorii są Chiny, które posiadają niespełna 14-procentowy udział w imporcie gotowych leków zawierających alkaloidy.





REKOMENDACJE

W tej części raportu nie chcemy powielać postulatów dotyczących przywilejów podatkowych czy preferencyjnych warunków w procesie uzyskiwania decyzji refundacyjnych lub przetargach publicznych.

Rozwiązania te mogą być rozważane, lecz pod znakiem zapytania stawiamy to, czy najprostsze metody protekcjonizmu państwowego mogą przyczynić się do rozwoju całego – tak przecież skomplikowanego – sektora produkcji leków i substancji czynnych w Polsce. Celem nie powinna i – jeśli chcemy myśleć strategicznie oraz przyszłościowo – wręcz nie może być wyłącznie jego ochrona. Zamiast tego chcielibyśmy zaproponować szereg innych, merytorycznych propozycji, które w debacie pojawiają się zdecydowanie rzadziej.

Solidne podstawy, czyli rozwój całego sektora chemicznego

Największym problemem przy produkcji substancji czynnych (API) w Europie pozostaje brak dostępu do podstawowych chemikaliów (*commodity chemicals*), które wciąż są sprowadzane głównie z Azji. Rząd Polski powinien wspierać rozwój rodzimej produkcji, aby zapewnić odpowiedni „ekosystem” dla przemysłu farmaceutycznego albo rozważyć stworzenie krajowego (lub regionalnego, np. z państwami regionu Europy Centralnej) konsorcjum zakupowego, które zabezpieczałoby oraz magazynowałoby kluczowe surowce chemiczne, co zagwarantowałoby polskim syntezatorom stabilność cenową i surowcową.



Obniżanie progu wejścia na rynek produkcji leków i syntezy API

Dotyczy to w szczególności produkcji substancji czynnych (API). Produkcja API (czyli synteza chemiczna) różni się od produkcji leków gotowych i jest jeszcze trudniejszym oraz dużo kosztowniejszym przedsięwzięciem biznesowym – wymaga ogromnych nakładów na infrastrukturę i wiąże się z rygorystycznymi normami środowiskowymi. Niezbędna jest ścisła współpraca KPRM, Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Rozwoju i Technologii oraz Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej, które mogłyby rozważyć stworzenie specjalnej puli bezzwrotnych dotacji (np. w ramach środków z programu FENG – Funduszy Europejskich dla Nowoczesnej Gospodarki – lub innych programów europejskich) na budowę nowoczesnych instalacji syntezy API.

Odbudowanie kadr farmacji przemysłowej

Odtworzenie produkcji substancji czynnych wymaga współpracy wielu specjalistów – farmaceutów ze specjalizacją z farmacji przemysłowej, a także chemików procesowych, biotechnologów, inżynierów produkcji oraz ekspertów od walidacji. Rząd w kooperacji z uczelniami wyższymi powinien uruchomić zamawiane kierunki studiów oraz programy stypendialne i stażowe w polskich fabrykach leków, aby odpowiednio odpowiedzieć na popyt odradzającego się przemysłu i zatrzymać talenty w kraju.



Rozwój partnerstwa publiczno-prywatnego

Polska posiada zaplecze naukowe (np. nowo otwarte Centrum Technologii Wytwarzania API w Instytucie Chemii Przemysłowej należącym do Sieci Badawczej Łukasiewicz), które ma za zadanie opracowywać i certyfikować nowe cząsteczki API.

Agencja Badań Medycznych oraz Narodowe Centrum Badań i Rozwoju mogą uruchomić celowane ścieżki grantowe, na przykład na wdrożenie sztucznej inteligencji oraz uczenia maszynowego w optymalizacji procesów produkcyjnych (tzw. *Predictive Maintenance* w fabrykach) i w cyfrowym projektowaniu nowych leków.

Finansowanie powinno wiązać się jednak z komercjalizacją projektów. Należałoby dopilnować, aby dotacje trafiły do przedsięwzięć, które mają realną szansę na wdrożenie produkcyjne w polskich zakładach, a nie kończyły się wyłącznie na etapie publikacji naukowej.

Farmaceutyczne strefy przemysłowe

Produkcja API wiąże się z rygorystycznymi normami środowiskowymi, co często blokuje inwestycje. Rząd powinien stworzyć specjalne strefy przemysłowe, zlokalizowane blisko dużych ośrodków akademickich, z gotową infrastrukturą oczyszczania ścieków oraz gospodarki odpadami, a także przyspieszyć wydawanie decyzji środowiskowych (IPPC – *Integrated Pollution Prevention and Control*) dla projektów farmaceutycznych uznanych za strategiczne, jednocześnie wspierając finansowo wdrażanie technologii przyjaznych środowisku. Firmy działające w klastrach mogłyby także współdzielić koszty drogiej infrastruktury, takiej jak laboratoria analityczne, nowoczesne linie pilotażowe czy też systemy dostarczania gazów technicznych i ultraczystej wody.

Wsparcie polskiego eksportu poprzez dyplomację gospodarczą

Silny przemysł krajowy musi zarabiać również na rynkach zagranicznych, aby finansować inwestycje oraz drogie badania na miejscu. Polska dyplomacja oraz Polska Agencja Inwestycji i Handlu (PAIH) powinny prowadzić agresywną politykę wsparcia eksportu polskich produktów leczniczych na rynki pozaunijne (np. do Ameryki Łacińskiej, Afryki, na Bliski Wschód) i pomagać w nierzadko trudnych procesach tamtejszej certyfikacji i rejestracji. Połączenie tych działań pozwoli polskiemu sektorowi farmaceutycznemu na ewolucję: od odtworzenia podstawowej produkcji leków generycznych i API (baza bezpieczeństwa), aż po budowę pozycji regionalnego lidera.

Ponadto, Polska nie odbuduje pełnego łańcucha produkcji w izolacji. Rząd musi aktywnie lobbować w Brukseli za unijnymi mechanizmami wsparcia (np. w ramach *Critical Medicines Act*). Należy dążyć do tego, aby unijne fundusze na suwerenność lekową trafiły właśnie do państw Europy Środkowo-Wschodniej, które dysponują odpowiednim zapleczem produkcyjnym i niższymi kosztami operacyjnymi niż Europa Zachodnia.





System ubezpieczeń i gwarancji Skarbu Państwa dla inwestycji wysokiego ryzyka

Inwestycje w produkcję leków biologicznych lub zaawansowaną syntezę chemiczną obarczone są ogromnym ryzykiem technologicznym oraz finansowym. Rządowe agencje i instytucje państwa, takie jak Korporacja Ubezpieczeń Kredytów Eksportowych (KUKE) lub Bank Gospodarstwa Krajowego (BGK) powinny stworzyć specjalne instrumenty finansowe – gwarancje kredytowe albo ubezpieczenia projektów inwestycyjnych dla krajowych producentów, co ułatwiłoby im pozyskiwanie kapitału komercyjnego.

***Fast-track* w urzędach regulacyjnych – URPL i GIF**

Instytucja regulująca rynek farmaceutyczny w Polsce, czyli Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (URPL) powinien stworzyć tzw. szybką ścieżkę (*fast-track*) dla rejestracji leków i zmian w dokumentacji (np. zmiany dostawcy API na krajowego), jeśli produkcja odbywa się na terenie kraju. Długi czas oczekiwania na decyzje urzędowe blokuje elastyczność fabryk. Podobnie Główny Inspektorat Farmaceutyczny mógłby realizować procedury certyfikacji GMP (Dobrej Praktyki Wytwarzania) w trybie priorytetowym, jeżeli produkcja ma zostać przeniesiona do naszego państwa.

Sprowadzanie produkcji międzynarodowych koncernów farmaceutycznych

Jednym z pozornie najprostszymi sposobów na zapewnienie krajowej produkcji leków jest przyciągnięcie zagranicznego kapitału i skłonienie międzynarodowych koncernów farmaceutycznych (tzw. *Big Pharma*) do przeniesienia (reshoringu/nearshoringu) ich procesów produkcyjnych lub badawczych do Polski. Wymaga to jednak zupełnie innego zestawu narzędzi niż wspieranie rodzimego przemysłu. Globalni giganci operują na innych marżach oraz podejmują decyzje na podstawie globalnej optymalizacji podatkowej, stabilności prawa oraz dostępności infrastruktury.

Polski rząd powinien wdrożyć kompleksowy i atrakcyjny pakiet zachęt regulacyjnych, infrastrukturalnych i fiskalnych, który będzie pozycjonować Polskę jako główny bezpieczny port produkcyjny (tzw. *Safe Haven*) dla globalnej farmacji w regionie Europy Środkowo-Wschodniej. Celem jest przekonanie koncernów międzynarodowych, że przeniesienie produkcji zaawansowanych leków oraz API z Azji do Polski zminimalizuje ich ryzyko geopolityczne, a jednocześnie pozwoli zachować – być może nie taką samą jak w przypadku Azji – ale wciąż satysfakcjonującą efektywność kosztową.

Ustanowienie funkcji Pełnomocnika Rządu ds. Suwerenności Lekowej

Rozwój branży farmaceutycznej jest obecnie rozproszony między Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Rozwoju i Technologii, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz Ministerstwo Klimatu i Środowiska. Powołanie jednego koordynatora w randze sekretarza stanu pozwoliłoby na prowadzenie spójnej polityki przemysłowo-zdrowotnej i szybkie usuwanie barier biurokratycznych.





Jeśli zależność, to od sojuszników – *friendshoring*

Droga Polski do suwerenności lekowej nie będzie z pewnością krótka, łatwa ani szybka. Całkowita niezależność w tej dziedzinie pozostaje nie do osiągnięcia w zglobalizowanym świecie oraz przy istniejących obiektywnych ograniczeniach gospodarczych, technologicznych czy nawet społecznych (np. aspekt dostępności specjalistycznych kadr). Natomiast szukając partnerów biznesowych dla sektora uznawanego za krytyczny dla funkcjonowania państwa, powinniśmy szukać w pierwszej kolejności wśród państw sojuszniczych i dzielących te same wartości (Unia Europejska, NATO, państwa szeroko rozumianego Zachodu) i jednocześnie uznawanych za stabilne oraz wiarygodne.

W tym kontekście absolutną koniecznością staje się przeniesienie ciężaru myślenia o bezpieczeństwie farmaceutycznym z poziomu pojedynczych państw na poziom całej Unii Europejskiej. Żaden kraj członkowski nie ma bowiem potencjału pozwalającego na samodzielne zbudowanie łańcucha dostaw dla wszystkich kluczowych leków i substancji czynnych (API) – natomiast cała Wspólnota może przynajmniej aspirować do takiego celu. Odpowiedzią na to wyzwanie musi być unijna strategia oparta na nearshoringu (skracaniu łańcuchów dostaw poprzez przenoszenie produkcji w granice UE lub do jej bezpośredniego sąsiedztwa) oraz friendshoringu (współpracy z zaufanymi krajami trzecimi). Polskim celem w ramach tych działań powinno być wywalczenie roli jednego z kluczowych regionalnych hubów produkcyjnych. Zapobieganiu deficytom sprzyjałaby europejska specjalizacja i dywersyfikacja – model, w którym poszczególne regiony Wspólnoty rozwijają produkcję konkretnych grup leków (np. antybiotyków, leków onkologicznych czy biologicznych), tworząc zintegrowany oraz odporny na kryzysy geopolityczne ekosystem. Taki podział pracy, poparty unijnym finansowaniem i zachętami regulacyjnymi, pozwoli optymalizować koszty, a jednocześnie zagwarantuje realną odporność całego bloku.

Autor raportu – Bartosz Zawadzki

Współpraca redakcyjna – Dominik Wiszniewski, Radosław Żydok

Redakcja i korekta – Marta Wojas

Skład graficzny – Katarzyna Gromada

Data publikacji – sierpień 2026 r.



**CENTRUM
STRATEGII
ROZWOJOWYCH**

Fundacja Centrum Strategii Rozwojowych
ul. Wiejska 16/2, 00-490 Warszawa
centrum@fundacjacsr.pl

KRS: 0001123217
NIP: 9512603769
REGON: 529492380

Nr rachunku:
95 1020 4900 0000 8202 3706 1511
www.fundacjacsr.pl