



**АНТИМОНОПОЛЬНИЙ КОМІТЕТ УКРАЇНИ**  
**ПІВНІЧНЕ МІЖОБЛАСНЕ ТЕРИТОРІАЛЬНЕ ВІДДІЛЕННЯ**

03035, м. Київ,  
вул. Митрополита Василя Липківського, 45  
E-mail: kv@amcu.gov.ua

тел./факс (044) 248-08-92  
код ЄДРПОУ 21602826

№ \_\_\_\_\_ На Ваш \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_

**Аптека № 3 «Аптека нашого міста»**

м. Ніжин, Чернігівська обл.,

Копія: **ФОП Могильна Маргарита Анатоліївна**

м. Ніжин, Чернігівська обл.,

**ВИМОГА**

*Про надання інформації*

На виконання доручення Голови Антимонопольного комітету України від 11.04.2024 № 13-01/489 (вх. № 60-01/100К від 12.04.2024) Північне міжобласне територіальне відділення Антимонопольного комітету України (далі - Відділення) проводить дослідження регіональних особливостей ринків придбання та реалізації лікарських засобів аптеками та аптечними пунктами.

Враховуючи викладене, керуючись статтями 7, 16, 22 та 22<sup>1</sup> Закону України «Про Антимонопольний комітет України», Положенням про територіальне відділення Антимонопольного комітету України, затвердженого розпорядженням Антимонопольного комітету України від 23 лютого 2001 року № 32-р, зареєстрованого у Міністерстві юстиції України від 30 березня 2001 року за № 291/5482 (із змінами та доповненнями), **вимагаю у 15-денний строк з дня отримання цієї вимоги** надати Відділенню наступну інформацію, пояснення та копії документів:

1. Сформулювати перелік дистриб'юторів, у яких аптечний заклад/аптека, яка входить до аптечної мережі, здійснювала придбання лікарських засобів, у період січень 2021 року – грудень 2023 року включно. Інформацію надати у форматі Excel за кожен рік окремо за формою таблиці 1, наведеної нижче.
  - 1.1. Описати поетапно механізм відбору дистриб'юторів.
  - 1.2. Вказати критерії, які застосовуються при відборі дистриб'юторів лікарських засобів.
  - 1.3. Чи важливим критерієм при виборі дистриб'ютора є наявність саме широкого асортименту лікарських засобів, доступних до поставки, чи все ж таки вирішальним критерієм відбору є ціна, за якою придбається товар?
  - 1.4. Вказати, яка сторона ініціює початок співпраці: аптека чи дистриб'ютори.
  - 1.5. Вказати перелік дистриб'юторів (із зазначенням найменування, коду ЄДРПОУ, юридичної адреси), з якими у період січень 2021 року – грудень 2023 року включно було припинено співпрацю, із зазначенням підстав припинення такої співпраці.



ДОКУМЕНТ СЕД АСКОД

Сертифікат:  
3FAA9288358EC00304000000875039001C3DD500  
Підписувач: Кашнікович Андрій Григорович  
Дійсний з: 06.06.2024 0:00:00 по 05.06.2026 23:59:59

Північне міжобласне територіальне відділення АМКУ



№ 60-02/6615e від 06.11.2024

Таблиця 1

| Період      | Найменування дистриб'юторів | Реквізити дистриб'юторів    |            | Обсяги придбання лікарських засобів (в натуральному вигляді, шт, уп, фл, амп.) | Обсяги придбання лікарських засобів (у вартісному вигляді, грн) (без ПДВ) |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
|             |                             | Адреса (юридична/ фактична) | Код ЄДРПОУ |                                                                                |                                                                           |
| За 2021 рік |                             |                             |            |                                                                                |                                                                           |
| ...         | ...                         | ...                         | ...        | ...                                                                            | ...                                                                       |
| За 2023 рік |                             |                             |            |                                                                                |                                                                           |

2. Детально поетапно описати процес формування замовлення у дистриб'юторів (через особисті кабінети, за особистими домовленостями, через електронну пошту, у телефонному режимі тощо).

3. Описати систему розрахунків аптеки з дистриб'юторами за поставлений товар (передплата, післяплата, відстрочка платежу тощо)

4. Вказати чи були випадки відмови постачання чи обмеження асортименту лікарських засобів, замовлених аптекою до постачання, зі сторони дистриб'ютора. Якщо так – вказати про такі випадки та надати копії підтверджуючих документів.

5. Вказати яким чином та з врахуванням яких факторів формуються планові обсяги закупівлі лікарських засобів у дистриб'юторів.

6. Описати процес реалізації лікарських засобів населенню, зокрема, методи вибуття запасів.

7. Вказати чи має ваша аптека окремі аптечні склади. Якщо так – вказати їх місце знаходження та площу, якщо ні – чітко про це зазначити.

8. Вказати щомісячні середньозважені ціни придбання та реалізації лікарських засобів, вказаних у Додатку, у період січень 2021 року – грудень 2023 року включно, помісячно, окремо за кожен рік. Інформацію надати у форматі Excel за кожним найменуванням лікарського засобу окремо за формою таблиці 2, наведеної нижче:

Таблиця 2

| Період       | Назва лікарського засобу | Дистриб'ютор (найменування, код ЄДРПОУ) | Середньозважена ціна придбання грн (без ПДВ) | Середньозважена ціна реалізації грн (без ПДВ) | Торговельна надбавка, % |
|--------------|--------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------|
| Січень 2021  |                          |                                         |                                              |                                               |                         |
|              |                          |                                         |                                              |                                               |                         |
| Грудень 2023 |                          |                                         |                                              |                                               |                         |

Додаток

### Перелік лікарських засобів, щодо яких необхідно надати інформацію

| № | Найменування лікарського засобу | Характеристики лікарського засобу                   | Виробник/Імпортёр                   |
|---|---------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 1 | 2                               | 3                                                   | 4                                   |
| 1 | Спазмалгон                      | Таблетки №20 (10x2)                                 | Teva                                |
| 2 | Евказолін Аква                  | Спрей назальний 1 мг/г по 10 г                      | АТ «Фармак»                         |
| 3 | Синупрет                        | Таблетки, вкриті оболонкою №50 (25x2)               | Bionorica SE                        |
| 4 | Амарил                          | Таблетки по 2 мг №30 (15x2)                         | Sanofi                              |
| 5 | Фромілід уно                    | Таблетки з модифікованим вивільненням по 500 мг №7  | KRKA                                |
| 6 | Ципролет А                      | Таблетки, вкриті плівковою оболонкою №10            | Dr. Reddy's Laboratories Ltd.       |
| 7 | Нейроксон®,                     | Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг №20 | Корпорація «Артеріум»               |
| 8 | Дарсил                          | таблетки, вкриті оболонкою по 22.5 мг №50 (10x5)    | ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця» |

| 1  | 2              | 3                                                               | 4           |
|----|----------------|-----------------------------------------------------------------|-------------|
| 9  | Мовіназа-20 мг | Таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 20 мг №30 (10x3) | Movi Health |
| 10 | Біфрен         | Капсули по 250 мг №20 (10x2)                                    | Acino       |
| 11 | Налгезін форте | Таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 550 мг №20 (10x2)       | KRKA        |

9. Зазначити хто сплачує витрати, пов'язані з перевезенням, доставкою лікарських засобів до аптечних закладів/аптек, які входять до аптечної мережі.

10. Які проблемні питання у відповідному регіоні під час придбання лікарських засобів аптеками та аптечними пунктами у дистриб'ютора(-ів) можете зазначити, починаючи з січня 2021 року по дату отримання вимоги? Зазначте ваші думки щодо стану конкуренції між суб'єктами господарювання, які здійснюють оптову реалізацію лікарських засобів (дистриб'юторів) у вашому регіоні.

11. Зазначте ваші думки щодо стану конкуренції між аптечними закладами/ аптеками, які входять до аптечної мережі, у вашому регіоні.

12. Як, на вашу думку, змінювався попит та пропозиція на лікарські засоби у період з січня 2021 року - грудень 2023 року включно? Вкажіть причини таких змін.

13. Інформацію про особу (прізвище, ім'я по батькові, посада, номер контактного телефону), яка готувала інформацію на дану вимогу.

Крім того, Аптека № 3 «Аптека нашого міста» може надати будь-яку інформацію, яка може сприяти повнішому, всебічному та об'єктивному встановленню обставин предмету вимоги.

Копії документів слід надати згідно з нумерацією пунктів цієї вимоги, з підписом керівника підприємства/товариства або уповноваженої особи у паперовому вигляді. Інформацію, що запитується в табличному вигляді, необхідно надати в електронному вигляді у форматі «.xls» (Microsoft Office Excel 2003) на оптичному диску CD-R або DVD-R із зазначенням серії та номеру диску.

Відповідь прошу надати згідно з нумерацією пунктів цієї вимоги, підписану керівником товариства, у паперовому [та електронному] вигляді.

У разі підписання відповіді уповноваженою особою, яка не є керівником, до відповіді має бути долучено оригінал довіреності або іншого документа, який належним чином посвідчує повноваження особи-підписанта.

Відповідно до статті 22 Закону України «Про Антимонопольний комітет України», вимоги органу Антимонопольного комітету України є обов'язковими для виконання у визначені ними строки. Згідно із статтею 22<sup>1</sup> зазначеного Закону, суб'єкти господарювання, інші юридичні особи, їх структурні підрозділи, філії, представництва, їх посадові особи та працівники, фізичні особи зобов'язані на вимогу органу Антимонопольного комітету України, голови територіального відділення Антимонопольного комітету України, уповноважених ними працівників Антимонопольного комітету України, його територіального відділення подавати документи, предмети чи інші носії інформації, пояснення, іншу інформацію, в тому числі з обмеженим доступом, банківську, нотаріальну таємницю, податкову, статистичну звітність незалежно від її місцезнаходження, що перебуває у їх володінні та/або користуванні або доступна їм, необхідну для виконання Антимонопольним комітетом України, його територіальними відділеннями завдань, передбачених законодавством про захист економічної конкуренції та про державну допомогу суб'єктам господарювання. Інформація, що становить банківську таємницю, надається у порядку та обсязі, визначених Законом України «Про банки і банківську діяльність».

У разі надання інформації з обмеженим доступом (зокрема, конфіденційної інформації) необхідно: 1) зазначити, яка саме інформація має обмежений доступ, у тому числі які саме документи або частини документів містять інформацію з обмеженим доступом; та 2) надати обґрунтування щодо віднесення інформації до інформації із обмеженим доступом.

Крім того, Відділенню надається неконфіденційна версія документів чи іншої інформації, зокрема з виключеною, зачорненою чи в інший спосіб зміненою інформацією, яка забезпечує

достатній її захист та досягнення цілей, передбачених пунктами 2 та 3 частини шостої статті 22<sup>1</sup> Закону України «Про Антимонопольний комітет України».

У разі відсутності можливості надання запитуваної інформації у визначений вимогою строк не пізніше кінцевої дати на надання відповіді, визначеної у цій вимозі, ви можете звернутися до Відділення з обґрунтованим клопотанням про продовження строку на надання інформації на вимогу, із поясненням причин неможливості надання запитуваної інформації у визначений у вимозі строк.

Контактна особа Відділення – Маракіна Людмила Іванівна, начальник Першого відділу досліджень і розслідувань, телефон - (044) 248-05-93, електронна адреса - kv@amsu.gov.ua.

Згідно із пунктами 13, 14, 15 статті 50 та статтею 52 Закону України «Про захист економічної конкуренції» неподання органу Антимонопольного комітету України інформації в установлені строки, подання інформації в неповному обсязі у встановлені строки, подання недостовірної інформації визнаються порушенням законодавства про захист економічної конкуренції і тягнуть за собою відповідальність у вигляді штрафу у розмірі до одного відсотка доходу (виручки) суб'єкта господарювання від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг) за останній звітний рік, що передував року, в якому накладається штраф.

Голова Відділення застерігає підприємство/товариство від знищення інформації, яка використовується під час підготовки відповідей на запитання цієї вимоги. Оскільки голова Відділення може запитувати додаткову або уточнюючу інформацію у межах вжиття заходів державного контролю та/або розгляду інших пов'язаних питань, підприємство/товариство повинно запобігти знищенню інформації у будь-якому вигляді, яка має відношення до відповідей на поставлені у вимозі питання.

**В.о. голови Відділення**

**Андрій КАШНІКОВИЧ**