



**АНТИМОНОПОЛЬНИЙ КОМІТЕТ УКРАЇНИ**  
**ПІВДЕННО-ЗАХІДНЕ МІЖОБЛАСНЕ ТЕРИТОРІАЛЬНЕ ВІДДІЛЕННЯ**  
**АНТИМОНОПОЛЬНОГО КОМІТЕТУ УКРАЇНИ**

вул. Героїв Майдану, 12, 8 поверх, м. Хмельницький, 29001, тел./факс (0382) 742001  
E-mail: [khmn@amcu.gov.ua](mailto:khmn@amcu.gov.ua) Сайт: [amcu.gov.ua](http://amcu.gov.ua) Код ЄДРПОУ 21312821

від \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. № \_\_\_\_\_

На № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Аптечне підприємство ТОВ «Дитяча аптека № 126»



**ВИМОГА**

Про надання інформації

У Південно-західному міжобласному територіальному відділенні Антимонопольного комітету України (далі – Відділення) на виконання доручення Голови Антимонопольного комітету України від 11.04.2024 №13-01/489 здійснюється дослідження регіональних особливостей придбання та реалізації лікарських засобів аптеками та аптечними пунктами.

Враховуючи наведене, керуючись статтями 17, 22, 22<sup>1</sup> Закону України «Про Антимонопольний комітет України», Положенням про територіальне відділення Антимонопольного комітету України, затвердженим розпорядженням Антимонопольного комітету України від 23.02.2001 року №32-р, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 30.03.2001 року за №291/5482 зі змінами та доповненнями, вимагаю протягом 15 календарних днів з дня отримання цієї вимоги забезпечити надання наступної інформації:

1. Сформувати перелік дистриб'юторів, у яких аптечні заклади, які знаходяться за адресами: **1)** м. Вінниця, вул. Маяковського, 140, (Аптека № 2); **2)** м. Вінниця, вул. Пирогова, 43, (Аптека № 1), здійснювали придбання лікарських засобів у період січень 2021 року – грудень 2023 року включно. Інформацію надати у форматі Excel за кожен рік окремо за наступною табличною формою.

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					



ДОКУМЕНТ СЕД АСКОД

Сертифікат:  
26B2648ADD3032E1040000002D5B35008612AB00  
Підписувач: Луцюк Віталій Валерійович  
Дійсний з: 28.10.2022 0:00:00 по 27.10.2024 23:59:59

Південно-західне міжобласне територіальне відділення АМКУ



№ 72-02/2644є від 04.10.2024

- 1.1. Описати поетапно механізм відбору дистриб'юторів.
- 1.2. Вказати критерії, які застосовуються при відборі дистриб'юторів лікарських засобів?
- 1.3. Чи важливими критерієм при відборі 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, код ЄДРПОУ, юридичної адреси), з якими у період січень 2021 року – грудень 2023 року включно було припинено співпрацю, із зазначенням підстав припинення такої співпраці.
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 аптек 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 мають ваші аптеки, які знаходяться за адресами: **1)** м. Вінниця, вул. Маяковського, 140, (Аптека № 2); **2)** м. Вінниця, вул. Пирогова, 43, (Аптека № 1), окремі аптечні склади? Якщо так – вказати їх місцезнаходження та площу, які ні – чітко про це зазначити.
8. Вказати щомісячні середньозважені ціни на 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, наведеної нижче:

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					

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, а саме міста Вінниці, 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 місті Вінниця.
11. Зазначте ваші думки щодо стану конкуренції між аптечними закладами/аптеками, які входять до аптечної мережі, у місті Вінниця
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.

Відповідь необхідно надати на поштову адресу місця розташування Відділу досліджень та розслідувань у Вінницькій області Відділення: вул. Хмельницьке шосе, 7, м. Вінниця, 21028. Електронна адреса: [vn@amcu.gov.ua](mailto:vn@amcu.gov.ua).

За можливості ви можете надати додаткові відомості, які, на ваш погляд, сприятимуть всебічному та об'єктивному встановленню обставин вимоги.

Просимо надати відповіді окремо на кожне поставлене питання згідно з нумерацією вимоги, а копії завірити належним чином.

Відповідь у паперовому вигляді повинна бути надана за підписом керівника або іншою уповноваженою ним особою, за умови надання копії документу на підтвердження цих повноважень.

За наявності інформації з обмеженим доступом просимо позначити її відповідним чином або подати в опечатаному конверті окремо із позначкою на конверті та кожній сторінці «інформація з обмеженим доступом». Така інформація буде використана згідно з чинним законодавством.

При цьому особа, яка надає інформацію як інформацію з обмеженим доступом (у тому числі конфіденційну інформацію), зобов'язана: (1) зазначати, яка саме інформація має обмежений доступ, у тому числі які саме документи або частини документів містять інформацію з обмеженим доступом; (2) надати обґрунтування щодо віднесення інформації до інформації із обмеженим доступом.

Крім того, Відділенню окремим супровідним листом надається не конфіденційна 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».

Відповідно до статті 22 Закону України «Про Антимонопольний комітет України» вимоги голови територіального відділення Антимонопольного комітету України є обов'язковими для виконання у визначені ним строки. Відповідно до статті 22<sup>1</sup> Закону України «Про Антимонопольний комітет України» суб'єкти господарювання, об'єднання, органи влади, органи місцевого самоврядування, органи адміністративно-господарського управління та контролю, інші юридичні особи, їх структурні підрозділи, філії, представництва, їх посадові особи та працівники, фізичні особи зобов'язані на вимогу голови територіального відділення Антимонопольного комітету України 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 територіальним відділенням Антимонопольного комітету України завдань, передбачених законодавством про захист економічної конкуренції.

Подання інформації, яка містить відповідь на вимогу повинно здійснюватись таким чином, що виключає можливість її недержання Відділенням у встановлені строки.

Сподіваємось на взаєморозуміння та належне ставлення до вимог в.о. голови Відділення

В.о. голови Відділення

Віталій ЛУЦЮК

№п/п	Найменування лікарського засобу	Характеристики лікарського засобу	Виробник/Імпортер
1	Спазмалгон	Таблетки №20 (10x2)	Teva
2	Евказолін Аква	Спрей назальний 1 мг/г по 10г	АТ «Фармак»
3	Синупрет	Таблетки, вкриті оболонкою №50 (25x2)	Bionorica SE
4	Амарил	Таблетки по 2мг №30 (15x2)	Sanofi
5	Фромілід уно	Таблетки з модифікованим вивільненням по 500мг №7	KRKA
6	Ципролет А	Таблетки, вкриті плівковою оболонкою №10	Dr. Reddy's Laboratories Ltd.
7	Нейроксон ®	Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500мг №20	Корпорація «Артеріум»
8	Дарсіл	Таблетки, вкриті оболонкою по 22,5мг №50 (10x5)	ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця»
9	Мовіназа-20мг	Таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 20мг №30 (10x3)	Movi Health
10	Біфрен	Капсули по 250мг №20 (10x2)	Acino
11	Налгезін форту	Таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 550мг №20 (10x2)	KRKA