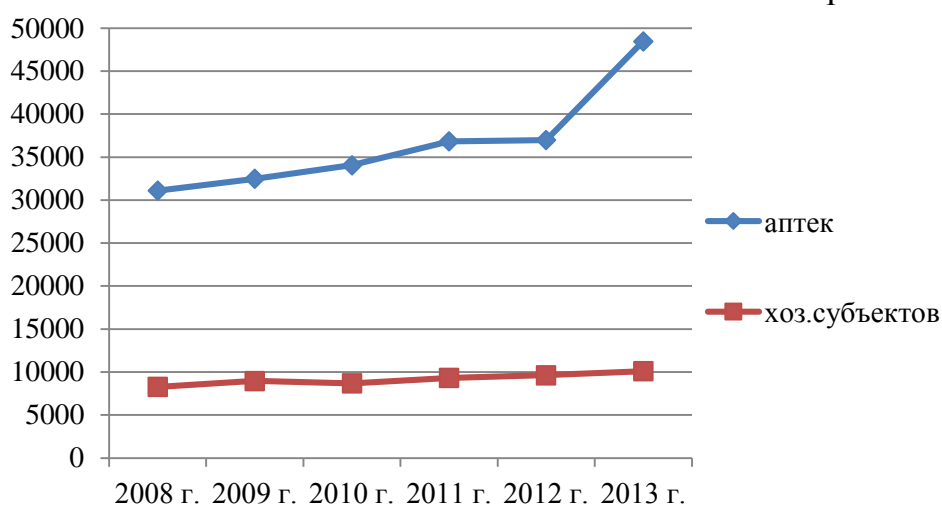


## Краткие результаты проведенного в 2014 году анализа рынка услуг розничной торговли лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения и сопутствующими товарами по итогам 2012-2013 гг. в географических границах муниципальных районов и городских округов

По данным участвующих в анализе территориальных органов ФАС России, в 2013 году на территории Российской Федерации<sup>1</sup> насчитывалось 10107 хозяйствующих субъектов, владеющих 48474 аптечными организациями, что больше, чем в 2008 году на 1831 (на 22,1 %) хозяйствующий субъект и на 17367 (на 55,8 %) аптечных организаций.

Динамика количества выявляемых ФАС России аптечных организаций, ед.



Наименьшее количество хозяйствующих субъектов и аптечных организаций действовало в субъектах Российской Федерации Дальневосточного федерального округа.

В 2012-2013 гг. продолжилась тенденция роста доли частных розничных продавцов по отношению к государственным и муниципальным. Так, если доля частных компаний в 2008 году составляла 84,52 % от общего количества розничных продавцов, то в 2013 году эта доля увеличилась на 4,55 % и составила 89,07 %.

На фоне роста частных аптечных организаций количество муниципальных аптек уменьшилось с 2008 года на 19 % и составило 2165 ед. Вместе с тем, количество аптечных организаций государственной формы собственности продолжает расти: в 2013 году их уже 6158, что на 41 % больше, чем в 2008 году.

Доля аптечных организаций частной формы собственности в общем количестве аптечных организаций составляет меньшее значение, чем доля хозяйствующих субъектов частной формы собственности. Это связано с большим количеством аптечных сетей, имеющих государственную форму собственности. Если у одного хозяйствующего субъекта частной формы

<sup>1</sup> За исключением городов Москва и Санкт-Петербург, Калужской и Ленинградской областей, Чукотского автономного округа, Чеченской Республики и Республик Ингушетия и Коми, а также 91 муниципального образования 24 субъекта Российской Федерации)

собственности имеется в среднем 4-5 аптечных организаций, то на каждого государственного хозяйствующего субъекта приходится около 11-12 аптечных организаций.

Аптечные организации частной формы собственности преобладают над государственными и муниципальными практически во всех рассматриваемых субъектах Российской Федерации. Исключение составляют 5 регионов с небольшим количеством действующих в них розничных продавцов, а именно: Республики Мордовия и Алтай, Ненецкий автономные округа, Костромская и Псковская области.

Соотношение частных и государственных (муниципальных) аптечных организаций в субъектах Российской Федерации в 2013 г., %



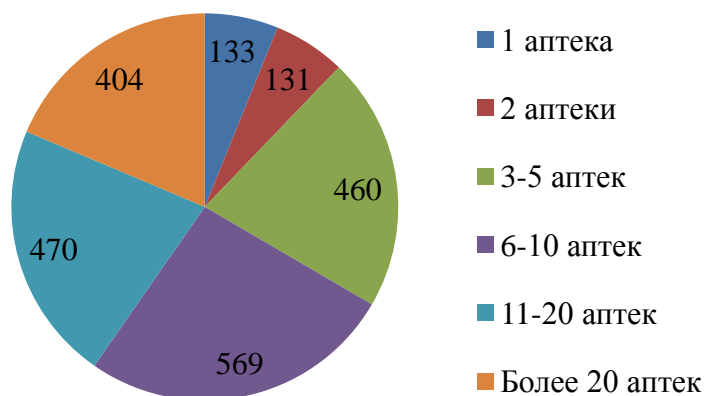
В разрезе по муниципальным образованиям наибольшее количество хозяйствующих субъектов, осуществляющих розничную торговлю

лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и сопутствующими товарами, действует в крупных городах (от 500 до 1000 тыс.чел.) и в городах-миллионниках (более 1000 чел.): в городах-миллионниках действует около 84 хозяйствующих субъектов, что в 4 раза больше, чем в больших городах (от 100 до 500 тыс.чел.), где действует около 20 компаний и в 22 раза больше, чем в небольших городах и муниципальных районах (до 50 тыс.чел.), где действует в среднем менее 4 компаний. Еще большие различаются муниципальные образования разной величины по количеству действующих в них аптечных организаций. Так, в городах-миллионниках в среднем действует около 350 аптечных организаций, что в 6,3 раза больше, чем в больших городах с численностью от 100 до 500 тыс.чел. (в среднем 55,1 аптек) и в 41 раз больше, чем в небольших городах и муниципальных районах с численностью до 50 тыс.чел. (8,54 аптек).

Развитие аптечных сетей происходит в основном в столичных и крупных муниципальных образованиях, где существует достаточный спрос на аптечный ассортимент. Среди 50 городов с наибольшим количеством аптечных организаций только Набережные Челны (Республика Татарстан), Тольятти (Самарская область), Череповец (Вологодская область) и Магнитогорск (Челябинская область) не являются региональными административными центрами. В небольших городских округах и муниципальных районах аптечных организаций гораздо меньше, особенно в небольших сельскохозяйственных и отдаленных от региональных центров муниципальных образованиях с низкой численностью и плотностью населения. Это связано с ограниченным спросом и низкой платежеспособностью населения таких муниципальных образований.

Так, по данным УФАС России в 2008 году менее трех аптечных организаций имели 392 городских округов и муниципальных районов, в том числе в 211 муниципальных образованиях действовало по две аптечных организации, а в 181 муниципальных образованиях - всего по одной. Вместе с тем, в 2009-2013 гг. на локальных рынках открывались новые аптечные организации, в связи с чем количество муниципальных образований, в которых действовало менее трех аптечных организаций уменьшилось на 128, в том числе на 80 уменьшилось число муниципальных образований, в которых действовали две аптечных организации и на 48 уменьшилось число муниципальных образований, в которых действовала только одна аптечная организация.

Ранжирование муниципальных образований по количеству действующих в них аптечных организаций в 2013 г., ед.

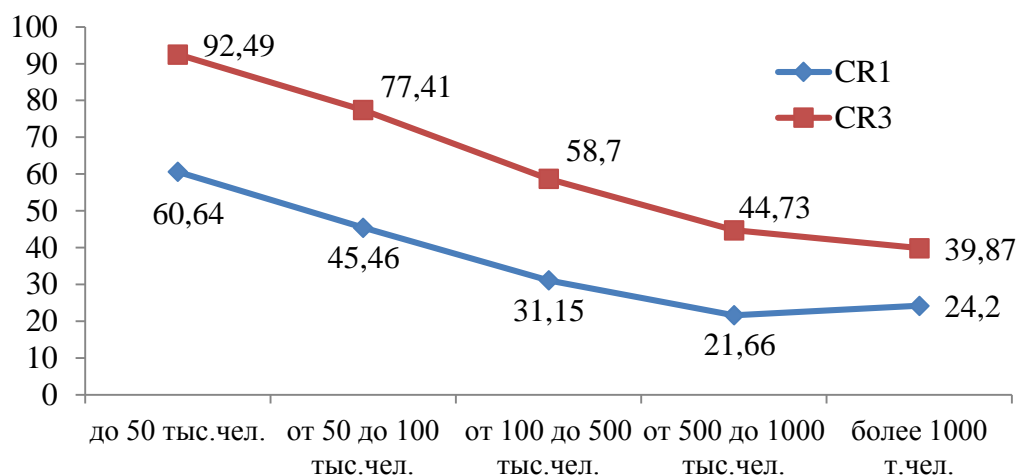


Продолжающийся рост количества аптечных организаций в субъектах Российской Федерации снижает количество муниципальных образований с высоким уровнем концентрации рынка, однако такие муниципальные образования по-прежнему составляют подавляющее большинство: по итогам 2013 года высокий уровень концентрации рынка выявлен в 1797 городских округах и муниципальных районах или 82,93 % всех рассматриваемых муниципальных образованиях. Развитая конкуренция на рассматриваемом рынке выявлена лишь в 79 муниципальных образованиях, составляющих 3,65 % всех рассматриваемых образований.

В большинстве муниципальных образований с численностью населения до 100 тыс. чел. выявлен высокий уровень концентрации (CR3 более 70 %). В муниципальных образованиях с населением от 100 до 500 тыс. человек средние значения коэффициента рыночной концентрации CR3 составляют 58,7 % – рынок умеренноконцентрированный, тяготеющий к высококонцентрированному. Только в городах с численностью населения от 500 тыс.чел. в среднем выявлен низкий уровень концентрации (CR3 менее 45 %). Вместе с тем, выявлены случаи высокого уровня концентрации рынка в таких крупных городах, как Красноярск (CR3 в 2013 г. - 79,38 %), Махачкала (CR3 в 2013 г. – 73,41 %) и Рязань (CR3 в 2013 г. – 85,28 %).

Наибольшие значения (100 %) среди больших муниципальных образований (с численностью от 100 до 500 тыс. чел.) коэффициент рыночной концентрации CR3 составил в городах Нефтеюганск (Ханты-Мансийский автономный округ), Норильск (Красноярский край), Хасавюрт (Республика Дагестан), Серовский (Свердловская область). Среди крупных муниципальных образований с численностью населения от 500 до 1000 тыс. чел., имеющих низкий уровень концентрации, только города Тольятти (Самарская область) и Новокузнецк (Кемеровская область) не являются областными центрами.

Средний уровень показателей CR1 и CR3 в различных по численности населения городских округах и муниципальных районах в 2013 г., %



Хозяйствующие субъекты с признаками доминирования в соответствии с частями 1 и 3 статьи 5 Закона о защите конкуренции имеются в 94,46 % всех рассмотренных городских округах и муниципальных районах (в 2047 ГОиМР). Это объясняется наличием в стране большого количества муниципальных образований с низкой численностью населения, в которых действует небольшое количество участников.

В 2013 г. хозяйствующие субъекты с долей на рассматриваемом рынке свыше 35 % имелись в 77,7 % городских округах и муниципальных районах, в том числе в 87,45 % муниципальных образований с численностью населения до 50 тыс. чел., в 60 % муниципальных образований с численностью населения от 50 до 100 тыс. чел., в трети больших муниципальных образований, в 35 крупных городах и в городах-миллионниках.

Наибольшее количество хозяйствующих субъектов с признаками доминирования по части 1 статьи 5 Закона о защите конкуренции на локальных рынках выявлено в Свердловской, Нижегородской, Челябинской и Тверской областях, а также в Республиках Дагестан, Башкортостан и Алтайском крае. При этом по количеству хозяйствующих субъектов с признаками коллективного доминирования лидируют Московская, Свердловская, Курская, Ростовская, Оренбургская области, а также Алтайский, Краснодарский, Ставропольский края и Республики Татарстан и Башкортостан.

Проведенный анализ показал, что в 2013 году продолжался рост количества аптечных сетей и входящих в их состав аптечных организаций. Так в 2013 г. территориальными управлениями ФАС России выявлено 4,5 тыс. групп лиц и аптечных сетей, в составе которых действовало 43,2 тыс. аптечных организаций. За 2008-2013 гг. количество аптечных организаций, принадлежащих выявленным в ходе проведения анализа аптечным сетям, увеличилось на 16494 ед. или на 61,9 % - с 26,7 тыс. до 43,2 тыс.

организаций. В 2013 г. в аптечные сети вошло 89,03 % всех рассмотренных в анализе аптечных организаций.

Наибольшее количество аптек, принадлежащих аптечным сетям, действует в Московской, Омской, Ростовской, Нижегородской, Новосибирской, Самарской, Челябинской и Свердловской областях, Республиках Татарстан и Башкортостан, в Пермском, Краснодарском, Ставропольском и Алтайском краях. Аптечные сети формируют основные объемы продаж на рассматриваемом рынке. Наибольшие доли товарооборота аптечных сетей от общего товарооборота аптечных организаций субъектов Российской Федерации выявлены в Красноярском крае, Рязанской, Курганской, Челябинской и Саратовской областях, Республиках Башкортостан и Татарстан.

Таким образом, в результате проведенных ФАС России исследований выявлено, что развитие аптечной торговли происходит, в основном, в столичных, крупных и больших муниципальных образованиях, где существует достаточный спрос на товары аптечного ассортимента. В подавляющем большинстве отдаленных от региональных центров и малообеспеченных муниципальных образованиях с низкой численностью и плотностью населения выявлен высокий уровень концентрации и большое количество доминирующих хозяйствующих субъектов. В таких муниципальных образованиях существуют проблемы доступности лекарственных препаратов в связи с низкой рентабельностью работы аптечных организаций, недостатком фармацевтов и снижением количества аптек, оказывающих спектр социально значимых услуг (индивидуальное изготовление лекарственных препаратов, отпуск кислорода, наркотических средств и т.д.).

По результатам проводимого исследования выявлено, что одной из серьезных проблем являются проблемы помещений, так как большинство аптечных организаций располагается в арендуемых помещениях. Высокая арендная плата помещений является одним из основных составляющих их высоких затрат на ведение деятельности, при этом стоимость аренды постоянно растет.

Стоит иметь в виду, что к помещениям и оборудованию, в которых будет осуществляться фармацевтическая деятельность, предъявляются жесткие лицензионные требования, включающие в себя требования к площадям помещений, наличию складских и административно-бытовых помещений, соответствию помещений санитарным правилам, наличию необходимого оборудования, мебели и инвентаря, обеспечивающими в соответствии с требованиями стандартов особые условия хранения лекарственных средств, сохранение их качества и безопасности при их хранении и реализации. Данные требования требуют больших финансовых вложений еще до начала хозяйственной деятельности. К аптечным пунктам в сельской местности со стороны лицензирующего органа также применяются

жесткие требования по торговым и складским площадям, что создает сложности в поиске помещений для размещения аптеки.

При этом после истечения срока действия договоров аренды нежилых помещений, заключенных с аптечными организациями, органами государственной власти и местного самоуправления даже в малонаселенных муниципальных образованиях проводятся конкурсные процедуры на заключение новых договоров аренды объектов недвижимости, находящихся в государственной и муниципальной собственности, на которых имеют явные преимущества хозяйствующие субъекты и индивидуальные предприниматели, осуществляющие иную хозяйственную деятельность в условиях рыночного ценообразования (например: деятельность ресторанов, баров и кафе, салонов красоты, реализация товаров бытовой химии, промышленных и/или продовольственных товаров и др.) по сравнению с аптечными организациями, осуществляющими фармацевтическую деятельность, отпуск наркотических средств и психотропных веществ и льготное обеспечение лекарствами в условиях жесткого государственного регулирования (в том числе цен) и высокой социальной нагрузки, которую они несут. В результате у аптечных организаций отсутствует возможность получения в пользование соответствующих объектов недвижимого имущества для осуществления деятельности в сфере обращения лекарственных средств.

Эта проблема является не только барьером входа на рынок новых продавцов, но и создает риск снижения обеспеченности населения лекарственными средствами. С целью лекарственного обеспечения населения в небольших, малочисленных, удаленных или труднодоступных муниципальных образованиях и на территориях с низкими доходами населения ФАС России считает целесообразным предоставление государственных и муниципальных преференций аптечным организациям в указанных территориях, например, льготной аренды помещений, предоставления помещений без конкурсов, снижения налоговой нагрузки для таких аптечных учреждений.

В целях унификации практики правоприменения антимонопольного законодательства в сфере контроля за предоставлением государственных и муниципальных преференций ФАС России письмом от 05.07.2013 № АК/26062/13 направлены всем территориальным управлениям ФАС России Методические рекомендации по антимонопольному контролю за предоставлением государственных или муниципальных преференций (одобрены Методическим советом ФАС России, протокол от 28.06.2013 № 9/11), в рамках которых дано разъяснение пункта 12 части 1 статьи 19 Закона о защите конкуренции, а именно, что аптечные организации входят в системы здравоохранения, на базе которых осуществляется охрана здоровья граждан, в связи с чем возможно предоставление преференций аптечным организациям в целях охраны здоровья граждан.