



насправді доведеться поділитися з державою прибутками на суму введеної ставки ПДВ. Проте не слід забувати, що ціни на фармацевтичному ринку формуються не лише співвідношенням попиту і пропозиції, а й безвихіддю для пацієнта, що дасть можливість імпортерам виконати функцію «податкового агента», переклавши податкові зобов'язання на плечі громадян, нічого при цьому не втративши.

Держава як джерело доданої вартості

У випадку з імпортованими медикаментами також важливо розуміти, що першим джерелом створення доданої вартості після потрапляння ліків на митну територію України є сама держава, яка обкладає імпортований товар ввізним митом. При ввезенні юридичними особами на територію України лікарських засобів у митному режимі імпорту сплачується ВВІЗНЕ МИТО на загальних умовах відповідно до ч. 1 ст. 286 Митного кодексу України за ставками, визначеними Законом України «Про Митний тариф України».

Не менш важливо розуміти, яким чином держава трактує додану вартість. Наприклад, додана вартість для всіх акцизних товарів обраховується за формулою: $PДВ = (M + 3 + B + A) \times P : 100$, де М – митна вартість; 3 – митні збори; В – ввізне мито; А – акцизний збір; П – ставка ПДВ 20%.

Для непідакцизних товарів: $PДВ = (M + 3 + B) \times P : 100$, де М – митна вартість; 3 – митні збори; В – ввізне мито; П – ставка ПДВ 20%.

Таким чином, держава не просто сама створює додану вартість у вигляді ввізного мита, яку потім обкладає ставкою податку, а й (увага!) оподатковує митну вартість товару, приймаючи її по факту в повному обсязі за додану вартість, що є, м'яко кажучи, не коректним. Тобто, чим більше доданої вартості створить держава, виробник чи торговельний посередник, тим більшу суму заплатити кінцевий споживач. Така формула зайвий раз свідчить, що термін «додана вартість» використовується лише як ширма і ніякого стосунку до неї не має.

Сподівання на те, що введення ПДВ створить умови для добросовісної конкуренції, поставити у рівні умови імпортерів і вітчизняних виробників ліків, можна просто залишити без коментарів.

З вищевикладеного стає очевидно, що вирішення проблемних питань, які виникли з введенням ПДВ, може починатися з освітніх програм, які допоможуть замінити понятійний апарат та дефініції. Проте на запровадження ПДВ необхідно подивитися значно ширше. Фактично це є моментом істини, який дасть відповідь на запитання, чи наша держава й надалі вирішуватиме свої проблеми за рахунок бідних, продукуючи невігластво й експлуатуючи необізнаність, чи стане на шлях справедливості і чесних взаємин зі своїми громадянами.

Реімбурсація

У контексті обговорюваної проблеми не можна не торкнутися питання реімбурсації – часткового відшкодування

третьою стороною видатків на придбання населенням медичних препаратів.

З одного боку, противники введення ПДВ на імпортовані ліки зазначають, що в умовах відсутності відшкодування вартості ліків упродовження цього фіскального податку негативно позначиться на доступності медичних препаратів. Україна залишається єдиною європейською країною, де не запроваджено механізм реімбурсації (компенсації) амбулаторного споживання лікарських засобів на загальнодержавному рівні. З іншого боку, прихильники введення ПДВ розглядають очікувані надходження до бюджету як імовірне джерело реімбурсації.

Для початку слід зрозуміти, що реімбурсація ліків – це похідне страхової медицини та ринкових відносин. Майже в усіх європейських країнах діють закони про обов'язкове медичне страхування, що й дає змогу застосовувати ефективні механізми відшкодування вартості ліків. В українській бюджетній медицині існують інші механізми забезпечення доступності ліків, які не використовуються через брак коштів.

Очевидно, що ПДВ на імпортовані медикаменти є не дуже вдалим джерелом реімбурсації ліків амбулаторним хворим. Розуміючи механізм дії ПДВ, не можна залишити поза увагою той факт, що спочатку ми збираємо гроші з пацієнтів, а потім їх роздаємо. Такий механізм виглядає досить сумнівним з точки зору справедливості, навіть якщо припустити, що пацієнти з еректильною дисфункцією фінансуватимуть осіб жіночої статі з артеріальною гіпертензією.

Наразі всі програми з реімбурсації ліків з огляду на нинішні медико-правові та фармакоеконімічні відносини мають бути спрямовані на когорти пацієнтів з високою мотивацією до амбулаторного лікування (не потрібно перевіряти факт лікування; наприклад, хворі на цукровий діабет) препаратами з доведеною ефективністю. Сьогодні спроби розширити напрями фінансової підтримки амбулаторних хворих дуже нагадують протекціоністські дії на користь певних вітчизняних фармацевтичних виробників. Загалом кожна країна реалізує власну медичну політику, спираючись на наявні ресурси та механізми. Одним із таких механізмів є економічна суб'єктність державного медичного сектора, який володіє відповідною матеріально-технічною базою. До того ж треба розуміти, що держава як суб'єкт економічних відносин має суттєві переваги перед іншими операторами ринку у вигляді владних повноважень. Вона може виступити імпортером ліків з необхідних позицій, реалізувавши їх через мережі комунальних аптек з мінімальною націнкою, повідомивши в такий спосіб громадянам реальну вартість імпортованих медичних препаратів при ввезенні їх на митну територію України. І для цього не потрібно вводити ПДВ на ліки та шукати джерела для реімбурсації. Ураховуючи те, що ціни на деякі медикаменти завищені в 4 рази, такі зусилля не залишаться не поміченими.

Шеф-редактор тематичного номеру
Анатолій Якименко



Профілактика злоякісних трофобластичних пухлин, ініційованих міхуровим заносом

Н.П. Ціп, д.м.н., відділ онкогінекології Національного інституту раку, м. Київ

Трофобластична хвороба вагітності – збірне поняття, що включає групу доброякісних і злоякісних новоутворень трофобласту. Захворювання належить до рідкісних пухлин (1-2,5% серед злоякісних новоутворень жіночих статевих органів) і розвивається переважно у жінок дітородного віку. Найчастішою формою трофобластичних пухлин є міхуровий занос (МЗ).

Ще в IV ст. до н.е. міхурову вагітність описав Гіппократ, називаючи її водяною маткою. Уперше термін «міхуровий занос» використав W. Smellie у 1700 р. До пухлинних захворювань МЗ віднесений лише в 1947 р. на підставі результатів 200 спостережень А. Hertig і W. Sheldon.

МЗ – спорадичне захворювання, проте описані випадки сімейного повного МЗ, асоційовані з раніше невідомим видом місенс-мутації гена NLRP7, локалізованого в хромосомі 19q.

Спроба охарактеризувати захворюваність на МЗ пов'язана з певними труднощами. Проблема накопичення достовірних епідеміологічних даних може бути пов'язана з відсутністю узгодженості в описі клінічних випадків, неадекватній характеристиці категорій населення, що знаходяться в групі ризику, недостатній кількості якісно відібраних контрольних груп, рідкості даного захворювання. Проте найбільша проблема всіх європейських країн, у тому числі й України, – відсутність централізованих баз даних, що не дозволяє оцінити значимість проблеми в країні та вчасно діагностувати злоякісні трофобластичні пухлини, ініційовані МЗ.

значимі популяційні дослідження говорять про те, що в більшості країн Європи та Північної Америки реєструється один і менше випадок МЗ на 1000 вагітностей.

Для оцінки епідеміологічної ситуації щодо МЗ у нашій країні Українським центром з діагностики та лікування трофобластичних пухлин, що працює на базі Національного інституту раку, за сприяння Центру медичної статистики МОЗ України була зібрана інформація з регіонів про кількість випадків МЗ в Україні у 2009 р. Для підрахунку кількості випадків МЗ на 1000 вагітностей в державі та по областях використовувалися дані, представлені в статистично-аналітичному довіднику Центру медичної статистики.

Проведений аналіз показав, що частота МЗ в Україні становить 0,34 на 1000 вагітностей і коливається на різних адміністративних територіях, досягаючи максимального значення 0,98 на 1000 вагітностей (рис. 2).

Як видно з рисунку 2, найвища частота МЗ зареєстрована у Волинській, Сумській, Житомирській, Полтавській, Івано-Франківській областях. Причому у Волинській (0,98) і Сумській (0,95)

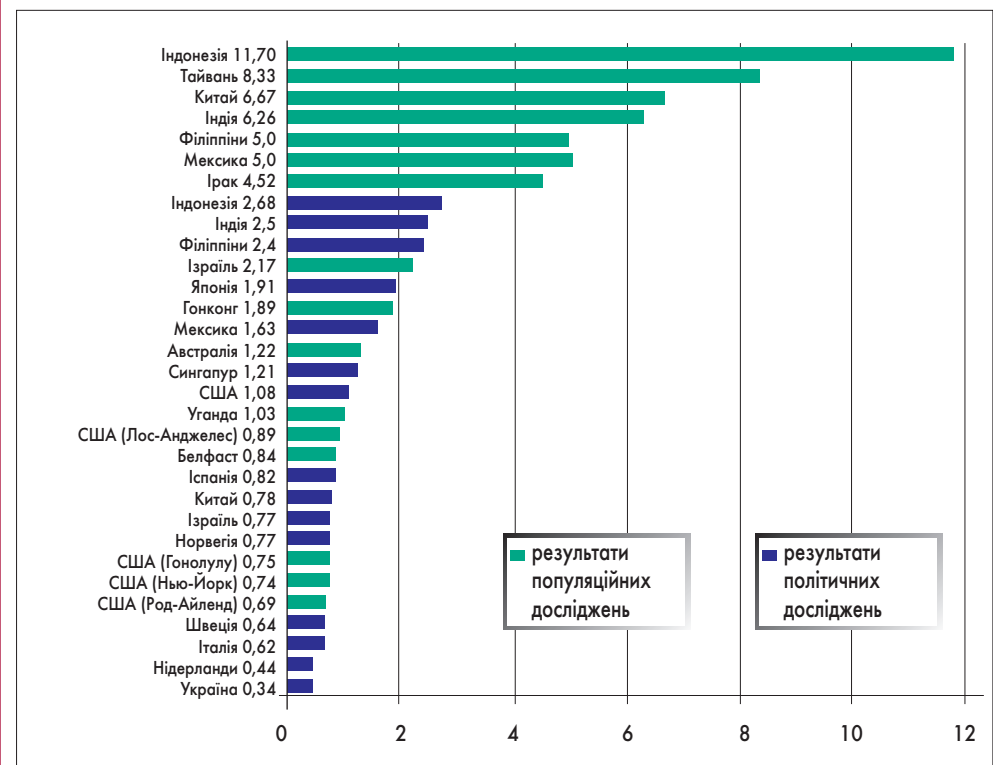


Рис. 1. Захворюваність на МЗ у світі на 1000 вагітностей

Серед фахівців утвердилася думка, що МЗ зустрічається переважно в Південно-Східній Азії, а для європейських країн, у тому числі й для України, ця проблема не є актуальною.

Однак поглиблене вивчення наявної інформації свідчить про те, що ряд досліджень (особливо ранніх епідеміологічних) можуть відображати помилкові дані, оскільки це результати госпітальних досліджень (рис. 1). Найбільш

областях захворюваність майже в 3 рази вища за загальнодержавні показники і одна з найвищих у Європі.

Високий рівень захворюваності серед підлітків у Сумській, Одеській, Дніпропетровській, Житомирській та Полтавській областях свідчить про необхідність санітарно-просвітницької роботи серед підлітків цих регіонів.

Продовження на стор. 42.