



Decembrie 2011

# Industria farmaceutică în România: principalele tendințe și impactul asupra societății și economiei

# Cuprins

1	Sumar executiv .....	3
	Sumar .....	6
	Introducere .....	10
2	2. Privire de ansamblu asupra lanțului de valoare al industriei farmaceutice din România .....	11
	2.1. Structura industriei .....	11
	2.2. Dinamica vânzărilor .....	15
	2.3. Structura de costuri a producătorilor de farmaceutice .....	19
3	3. Performanța și riscul în industria farmaceutică .....	24
	3.1. Evoluții în activitatea economică a industriei farmaceutice .....	24
	3.2. Implicațiile slabei disciplinei de plata în economia României .....	31
	3.3. Activitatea financiară în industria farmaceutică .....	35
4	4. Impactul socio-economic al sectorului de sănătate .....	38
	4.1. Impactul economic .....	38
	4.2. Sănătate - cheltuieli vs efecte socio-economice pe termen lung .....	49

# Cuprins

## 5

5. Politici guvernamentale actuale și potențiale referitoare la industria farmaceutică .....	58
5.1. Strategia EU 2020 .....	58
5.2. Dezechilibre macroeconomice externe .....	60
5.3. Reproiectarea modelului de creștere economică a României .....	62
Anexa 1: Notă metodologică .....	66

# Sumar executiv

Lanțul de valoare din industria farmaceutică a crescut semnificativ în ultimul deceniu pe toate segmentele, contribuind cu peste 1% la formarea PIB (2010). Începând cu a doua jumătate a anului 2007 piața farmaceutică a intrat într-o perioadă de stagnare pentru aproape 3 ani. Motivele pentru această evoluție sunt legate în principal de efectele negative ale recesiunii economice asupra resurselor financiare ale sectorului sănătății și de măsurile de reglementare care au transferat o parte semnificativă a finanțării sistemului sanitar către lanțul de valoare din pharma, în special către producători.

Debutul crizei economice la sfârșitul anului 2008 a relevat un deficit structural mare în sectorul public de sănătate și în consecință, Casa Națională de Asigurări de Sănătate a prelungit începând cu luna octombrie 2009 termenele de plată pentru medicamentele pe bază de prescripție medicală de la 60 la 210 de zile și pentru medicamentele din cadrul Programelor Naționale de Sănătate de la 30 la 120 de zile. În practică însă termenele de plată au depășit 300 de zile, generând astfel arierate semnificative. În fapt aceasta a reprezentat o formă de finanțare forțată impusă de Guvern producătorilor de farmaceutice. Cu peste 1 miliard euro creanțe în sold<sup>1</sup> față de Casa Națională de Asigurări de Sănătate la iunie 2011, industria farmaceutică a devenit unul dintre cei mai mari creditori ai Guvernului român.

Până în prezent, producătorii de medicamente au internalizat costurile de oportunitate legate de termenele de plată prelungite; prin urmare, nu au existat efecte sociale sau economice de contaminare. Totuși, dacă arieratele se mențin și producătorii farmaceutice nu sunt în măsură să acopere costurile de oportunitate rezultate, există riscul ca la un moment dat în viitorul apropiat industria farmaceutică să reducă oferta de medicamente. Acest lucru ar avea un impact social major imediat și ar declanșa de asemenea pierderi economice suplimentare datorită legăturilor industriei farmaceutice cu celelalte sectoare ale economiei.

Directiva 7/2011 a Parlamentului European și a Consiliului Uniunii Europene privind diminuarea arieratelor bugetare și reducerea termenelor de plată în tranzacțiile comerciale va obliga autoritățile române să reducă media termenelor de plată în industria farmaceutică cu cel puțin jumătate din termenele actuale, pentru a ajunge la 60 de zile în 2013. Pentru a atenua impactul bugetar al reducerii termenelor de plată în 2013, Guvernul ar trebui să inițieze o reducere secvențială pe parcursul următorului an și jumătate.

Datoriile restante în creștere ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate față de industria farmaceutică au determinat distribuitorii de medicamente să efectueze exporturi paralele, cu scopul de a-și îmbunătăți situația financiară. În România, prețul medicamentelor RX s-a stabilit la nivelul minim al prețurilor aferente medicamentelor RX comercializate într-un număr de țări de referință ale UE, oferind astfel distribuitorilor de medicamente oportunitatea de a exploata diferențele de preț. Distribuitorii cumpără medicamente importate la un preț (foarte) mic și le re-exportă pe alte piețe, la prețuri mai mari. Practicat pe scară largă, comerțul paralel poate duce la un deficit de medicamente pe piața internă, cu consecințe sociale și economice negative. Estimăm că exporturile paralele din România au ajuns la 17,1% din totalul vânzărilor pe piața internă de medicamente în 2010, sau 18,4% din importurile totale de medicamente.

<sup>1</sup> Reprezentând atât datoriile în termen cât și restanțele.

Acest procent este posibil să crească dramatic în cazul în care Ministerul Sănătății ar impune o revizuire a prețurilor în aprilie 2012. Guvernul român a încercat în ultimii trei ani să crească veniturile în sistemul public de sănătate, păstrând în același timp ratele actuale de contribuție la asigurările de sănătate neschimbate. Una dintre aceste încercări a fost taxa clawback care vizează reducerea consumului de medicamente compensate și recuperarea de la producători și distribuitori a unei părți din sumele rezultate din creșterea pieței. Taxa relevă asumptia Guvernului că producătorii de medicamente ar fi responsabili pentru creșterea pieței de medicamente compensate peste nivelul bugetului public alocat și ignoră deficiențele politice și de reglementare care stau la baza consumului de medicamente și a sistemului de prescripție medicală. Cea mai recentă versiune a taxei din decembrie 2011 introduce un prag de referință pentru consumul de medicamente și taxează doar valoarea care depășește acest prag. Producătorii sau filialele locale ale producătorilor străini ar trebui să plătească taxa direct corelată cu cota lor de piață și creșterile trimestriale de vânzări. Veniturile trimestriale estimate din taxa clawback se ridică la aproximativ 135 mil. lei, respectiv 8% din consumul total de medicamente RX. Această variantă a taxei încorporează o serie de dezavantaje care afectează în principal producătorii locali sau filialele locale ale producătorilor străini. Valoarea taxabilă a noului mecanism include TVA-ul și marjele (distribuitorilor și comercianților cu amănuntul), în timp ce plata revine producătorilor / filialelor locale. Astfel, impactul fiscal este semnificativ mai mare pentru producătorii / filialele locale, ca procent din vânzările lor de medicamente compensate. Taxa clawback trimite un mesaj negativ investitorilor, prin crearea unui mediu de afaceri neprietenos pentru producătorii de medicamente. Guvernul încasează din impozitele și taxele plătite de către lanțul de valoare pharma la bugetul central și cele locale mai mult de 20% din valoarea totală de piață a medicamentelor RX, sau 1,7 miliarde de lei (2010). Pe termen mediu, beneficiile pe care taxa le va genera la bugetul de stat ar putea fi compensate de oportunitățile de investiții pierdute.

Taxa clawback îi va determina cel mai probabil pe mulți producători locali și străini de produse farmaceutice să-și restructureze activitatea din România. Valoarea adăugată combinată generată de aceste companii în România a fost de 2,5 miliarde lei în 2010. Cea mai mare parte din aceasta (peste 95%) este cheltuită în economia națională pentru remunerarea forței de muncă, plata impozitelor sau pentru finanțarea cheltuielilor de cercetare-dezvoltare (de exemplu, studii clinice), campanii media sau campanii de depistare și conștientizare a bolilor și educație medicală acordată cadrelor medicale. Doar o mică parte din valoarea adăugată (mai puțin de 5%) reprezintă profitul net, acumulat de către acționari. Taxa clawback va determina costuri suplimentare pentru producătorii de medicamente în valoare de aproape 40% din valoarea adăugată pe care aceștia o generează. Reacția cea mai probabilă a producătorilor la această creștere a costurilor va fi de reducere a cheltuielilor de investiții, care, conform estimărilor noastre, sunt comparabile cu sumele estimate a fi încasate din taxa de clawback.

În loc să se concentreze numai pe soluții pe termen scurt pentru a menține sistemul public de sănătate în viață (de exemplu, extinderea termenelor de plată, arierate, taxa clawback), autoritățile publice ar trebui să implementeze măsuri mai ample care să vizeze restructurarea întregului sector de sănătate – atât public cât și privat. Cu toate că este dincolo de sfera de aplicare a prezentului studiu să vină cu propuneri de politici publice în acest sens, ne propunem să arătăm beneficiile potențiale care ar putea fi fructificate pe termen mediu și lung cu măsuri adecvate.

Cheltuiala cu sănătatea ca procent din PIB se situează în prezent la un nivel apropiat de media ultimilor 15 ani, indicând faptul că autoritățile publice nu au întreprins măsurile necesare pentru reformarea sistemului sanitar. România pierde în medie aproape 16 mii de ani de viață activă la 100 mii locuitori într-un ciclu de viață, măsură prin indicatorul Ani de viață ajustați în funcție de incapacitate (DALY), ca urmare a unor boli sau leziuni, plasându-se printre țările cu cea mai mare povară a bolii din Europa Centrală și de Est (ECE). Bolile netransmisibile au reprezentat 76% din totalul DALY. Bolile netransmisibile reprezintă zona prioritară de preocupare a producătorilor de medicamente inovative. Prin cercetare și inovare continuă, aceste companii sunt capabile să producă medicamente care permit pacienților cu boli cronice să trăiască vieți mai lungi, mai sănătoase și mai productive.

Cu toate că există instrumente concrete pentru a reduce DALY, depinde doar de Guvern să implementeze politicile corecte pentru a crește accesul populației la tratamente inovatoare.

Economia românească pierde în jur de 18,6 miliarde euro (15% din PIB-ul din 2010) în termeni de PIB pe termen mediu și lung, ca urmare a stării de sănătate precară a populației măsurată prin DALY. Dacă starea de sănătate a populației din România ar fi la nivelul mediu al UE, ar exista un surplus în producția economică de 6,7 miliarde euro (6% din PIB-ul din 2010), rezultat din creșterea participării forței de muncă și a productivității. Prin creșterea cheltuielilor cu sănătatea cu 5 puncte procentuale din PIB secvențial în următorii 10 ani, starea de sănătate a populației din România ar putea ajunge la media UE.



# Sumar

## 2.1. Structura industriei

## 2.2. Dinamica vânzărilor

## 2.3. Structura costurilor producătorilor de medicamente

- Industria farmaceutică a înregistrat în ultimul deceniu creșteri considerabile pe toate segmentele sale, ajungând să contribuie cu peste 1% la formarea PIB-ului (2010).
- Cu toate că producătorii locali de medicamente sunt într-un număr restrâns, aceștia și-au extins capacitățile de producție, în timp ce jucătorii mari din industria farmaceutică au pătruns pe piața din România achiziționând producători locali sau deschizând reprezentanțe. Numărul total al producătorilor de medicamente prezenți pe piața din România este semnificativ (184), însă primii 10 jucători după volume controlează aproape 60% din aceasta piață.
- Piața distribuției de medicamente este restrânsă la un număr mic de jucători. În ciuda dificultăților întâmpinate de către industria farmaceutică de la începuturile crizei din 2008, distribuitorii au continuat să investească în extinderea capacităților de stocare.
- Comerțul cu amănuntul a crescut într-un ritm rapid în perioada de dinaintea crizei (între 2002 și 2007). În cadrul industriei farmaceutice, comerțul cu amănuntul reprezintă al doilea mare contribuabil la formarea PIB-ului, după producătorii de medicamente.
- Piața de produse farmaceutice din România a crescut cu 25% ritm de creștere anual compus (CAGR) între 2002 și 2007. Începând cu cea de a doua parte a anului 2007 piața, în EUR, a intrat într-o perioadă de stagnare de aproape 3 ani (Graficul 2.4). Motivele din spatele acestei dinamici sunt în principal legate de efectele negative ale recesiunii asupra resurselor financiare aflate la dispoziția sectorului sanitar.
- În prima parte a anului 2011 piața de farmaceutice a încetinit considerabil, atingând o creștere de doar 2,9% în EUR față de anul precedent (3,6% în lei față de anul precedent).
- Medicamentele eliberate pe baza de prescripție medicală (RX) au căpătat o pondere mai mare în totalul vânzărilor cu amănuntul, crescând de la 79% în 2005 la 84% în 2011, reprezentând un total de 1,9 miliarde EUR. Medicamentele eliberate fără rețetă (OTC) au pierdut cotă de piață în favoarea medicamentelor RX, atingând un total de 0,35 miliarde EUR în 2011, ceea ce echivalează cu o pondere de 16% în totalul vânzărilor cu amănuntul.
- Medicamentele inovative reprezintă peste 70% din totalul valorii vânzărilor și doar 25% din volum, în timp ce cele generice reprezintă 30% din totalul valorii pieței și 75% din volum. Datele despre piața medicamentelor generice din Europa sugerează de altfel că România este pe locul al cincilea după Polonia, Slovacia, Germania și Slovenia în ceea ce privește cota de piață deținută de medicamentele generice.
- Importul produselor farmaceutice reprezintă sursa principală pentru consumul intern de medicamente. Diferențele de preț ale medicamentelor RX ce apar între diferite țări au condus la o creștere a exportului paralel, în special pentru distribuitorii de farmaceutice.
- Ținând seama de toate datele statistice publice disponibile, estimăm că exportul paralel atinge 18% din totalul importurilor din România (2010).
- Producătorii de medicamente, atât cei locali cât și cei străini, au generat împreună în 2010 2,5 miliarde lei valoare adăugată în economia României.

### 3.1. Evoluții în activitatea economică a industriei farmaceutice

### 3.2. Implicații ale slabei discipline de plată din economia României

### 3.3. Activități financiare în industria farmaceutică

## 4. Efecte socio-economice ale sectorului sănătății

### 4.1. Impact economic

- Cea mai mare parte a valorii adăugate rămâne în economia României pentru a remunera principalii factori de producție (muncă, capital, creditori guvernamentali și acționari). Numai o mică parte (5%) este reprezentată de profitul net acumulat de către acționari.
- Cea mai mare parte a valorii adăugate este utilizată pentru a achiziționa servicii de la terți, reprezentând peste 800 milioane lei în 2010. Aceste servicii pot include campanii media sau campanii de depistare și conștientizare a bolilor, educație medicală adresată cadrelor medicale, cât și servicii de cercetare-dezvoltare (de ex. studii clinice). De altfel, activitățile de cercetare-dezvoltare au o pondere importantă în costurile generate cu terțele părți.
- Producătorii de medicamente au contribuit la veniturile guvernamentale din 2010 cu peste 400 milioane lei, fără TVA, reprezentând asigurări sociale, impozit pe profit precum și alte impozite și taxe.
- Cheltuielile de cercetare-dezvoltare efectuate de către producătorii de medicamente inovative sunt greu de estimat datorită lipsei datelor oficiale precum și a caracterului eterogen al surselor de finanțare.
- Estimările pieței cu privire la cheltuielile de cercetare-dezvoltare variază între câteva zeci de milioane până la câteva sute de milioane euro.
- Este în interesul industriei farmaceutice să ia măsuri pentru a crește gradul de transparență în ceea ce privește investițiile în cercetare-dezvoltare, deoarece acest lucru ar putea îmbunătăți percepția publică și ar conduce la o mai bună poziționare printre investitorii străini direcți. De asemenea, acest lucru ar rezulta într-o mai bună cooperare cu autoritățile publice.
- Industria farmaceutică<sup>2</sup> este un sector cu grad de risc scăzut, sprijinind comportamentul contra-ciclic al economiei României. Contribuția redusă a acestei industrii la totalul valorii adăugate nu permite însă acestei pârgii să conducă la rezultate pozitive majore (de ex. reducerea amplitudinii recesiunii). Generarea condițiilor pentru o mai bună dezvoltare a industriei farmaceutice din România ar constitui baza unor tampoane cu efect contra-ciclic asupra economiei.
- Profitabilitatea în cadrul lanțului de distribuție din industria farmaceutică are un caracter eterogen. Marja profitului net a înregistrat valori superioare față de alte sectoare economice, în timp ce marja EBITDA s-a situat sub nivelul înregistrat de restul economiei României. Una dintre explicații este dată de gradul de îndatorare mai scăzut pe care îl înregistrează companiile farmaceutice.
- Riscul de insolvență în cadrul lanțului de valoare din industria farmaceutică rămâne moderat. Numărul insolvențelor din cadrul lanțului de distribuție nu este semnificativ, însă insolvențele apărute printre distribuitori pot pune presiune pe această industrie în cazul în care trendul persistă.
- Guvernul înregistrează încasări de peste 20% din totalul valorii pieței de medicamente RX, aproximativ 1,7 miliarde lei (2010), din impozite și taxe achitate de către industria farmaceutică la bugetul central și la cele locale. Dacă ținem seama și de noua taxa clawback introdusă în 2011, totalul impozitelor și taxelor plătite de către această industrie va ajunge la 30% din totalul pieței medicamentelor eliberate pe bază de prescripție medicală.
- România este printre țările cu cea mai lungă perioadă oficială de colectare a creanțelor în industria farmaceutică. Termenele de plată oficiale pentru medicamentele RX compensate sunt de până la 210 zile, însă în practică achitarea acestora s-a efectuat la peste 300 zile în 2011. Termenele de colectare diferă semnificativ în funcție de tipul de medicament (OTC sau RX). Cele mai mari termene sunt înregistrate pentru medicamentele RX, unde termenele de plată între vânzătorii cu amănuntul și distribuitori se încadrează între 240 și 270 zile, iar cele între distribuitori și producători variază între 150 și 300 zile.
- Cu toate că industria farmaceutică este împovărată de constrângerile de lichiditate datorită întârzierilor semnificative în colectarea creanțelor, jucătorii de pe această piață nu transferă în totalitate aceste efecte negative asupra partenerilor lor financiari și comerciali.
- Activitatea financiară a industriei farmaceutice este sub nivelul sectorului corporațiilor din România. Companiile farmaceutice nu utilizează credite bancare<sup>3</sup> pentru a-și sprijini activitatea, dar apelează la sprijinul acționarilor pentru a se finanța. Suma totală a creditelor acordate de către instituțiile financiare locale se ridică la 1,46 miliarde lei (2010).
- Comparativ cu restul economiei, industria farmaceutică comportă un risc mai scăzut în ceea ce privește rambursarea datoriilor financiare. Rata creditelor neperformante este de trei ori mai scăzută decât media economiei.

<sup>2</sup> Când ne referim la industria farmaceutică, avem în vedere întregul lanț de distribuție.

<sup>3</sup> Conform situațiilor financiare oficiale raportate de către companii Ministerului de Finanțe.



#### 4.2. Starea sănătății, cheltuielile cu sănătatea și performanța economică

- Producătorii de medicamente joacă un rol deosebit de important în cadrul lanțului de valoare al serviciilor medicale, cu toate că au o contribuție modestă în activitatea economică. Consumul intermediar de produse farmaceutice reprezintă aproape 1% din totalul consumului intermediar din cadrul economiei României (2008). Într-un clasament efectuat pentru 103 sectoare economice care acoperă întreaga activitate economică, industria de medicamente inovative se află în jumătatea superioară, pe locul 34 după nivelul producției utilizate ca și consum intermediar în alte industrii.
- Creșterea decalajului între cererea pentru servicii medicale și resursele publice de finanțare disponibile determină populația să cheltuiască mai mult din propriile venituri decât ar fi normal în funcție de nivelul actual de acoperire al asigurării.
- Producătorii de medicamente sunt printre cei mai mari contribuabili la veniturile guvernamentale din impozite și taxe. Taxele aplicate produselor farmaceutice – care includ în principal taxa pe valoarea adăugată, impozite și taxe pentru importuri și accize – reprezintă 1.14% din totalul taxelor pe produse colectate la nivelul economiei. Astfel industria farmaceutică este al 23-lea cel mai mare contribuabil la veniturile guvernamentale din taxe dintr-un total de 103 sectoare economice.
- Sănătatea și asistența socială au o importanță sistemică în cadrul economiei, fiind printre cele mai importante surse ale cererii între industrii și în același timp se află printre cei mai mari angajatori.
- Pentru fiecare 1 RON schimbat în cererea finală de medicamente, producția totală în cadrul economiei se modifică cu doar 1,15 RON. Efectul de multiplicare al cererii finale pentru medicamente asupra producției economice totale este relativ scăzut deoarece majoritatea medicamentelor provin din importuri, astfel încât nu se generează o activitate majoră între industrii.
- Impactul indirect al cererii finale de medicamente asupra ocupării forței de muncă este important în termeni relativi, chiar dacă valoarea sa absolută este nesemnificativă: pentru fiecare 8 angajați din cadrul industriei farmaceutice, alți 3 angajați lucrează în alte sectoare ale economiei care furnizează bunuri și servicii industriei farmaceutice.
- Cererea finală de servicii de sănătate și asistență socială are un efect multiplicator mai mare asupra producției totale decât cererea finală de medicamente: pentru fiecare 1 RON cheltuit pentru servicii de sănătate și asistență socială, producția economică totală crește cu 1,8 RON.
- Cheltuielile finale guvernamentale au cea mai mare pondere în cadrul cererii finale de servicii de sănătate și asistență socială. Astfel, o modificare a politicii guvernamentale de a crește sau reduce cheltuielile în acest sector poate avea un impact semnificativ asupra întregii economii.
- Cererea între industrii generată de către serviciile de sănătate și asistență socială asigură peste 100 mii locuri de muncă suplimentare în cadrul altor sectoare economice.
- Perpetuarea arieratelor guvernamentale față de sectorul farmaceutic poate echivala ca și consecință cu o diminuare în cererea finală de servicii de sănătate și asistență socială, ce ar avea ca efect imediat diminuarea ofertei de medicamente. Pe măsură ce efectele s-ar propaga în cadrul întregii economii, ar apărea pierderi suplimentare.
- România este printre țările cu cea mai mică speranță de viață din cadrul regiunii, ceea ce poate fi explicat pe de o parte de întârzierea demarării procesului de tranziție, dar și de faptul că sănătatea nu a constituit o prioritate pe agenda politicii publice guvernamentale după '90.
- Spre sfârșitul anilor '90, starea sănătății populației din România a început să converge gradual către media regiunii, datorită creșterii resurselor disponibile pentru sănătate pe fondul dezvoltării economice. Cu toate acestea, datorită lipsei reformelor structurale, sursele disponibile pentru sănătate s-au diminuat pe măsură ce economia a intrat în recesiune în perioada 2008/2009, având ca și consecință deteriorarea stării de sănătate a populației comparativ cu țările din regiune.
- Cheltuielile cu sănătatea ca și pondere în PIB sunt aproape de nivelul mediei pe ultimii 15 ani, indicând că autoritățile publice nu au luat nicio măsură semnificativă pentru a reforma sistemul sanitar.
- România pierde în medie aproape 16 mii de ani de viață activă la 100 mii persoane într-un ciclu de viață (Anii de viață ajustați în funcție de incapacitate – DALY) ca și consecință a bolilor sau leziunilor, clasându-se printre țările cu cea mai mare povară a bolilor din cadrul FCE.

## 5. Politici guvernamentale actuale și potențiale referitoare la industria farmaceutică

### 5.1. Strategia EU 2020

### 5.2. Dezechilibre macroeconomice externe

### 5.3. Reproiectarea modelului de creștere economică a României

- Bolile netransmisibile au reprezentat 76% din totalul DALY. Pe de altă parte, bolile netransmisibile sunt cele asupra cărora se concentrează producătorii de medicamente inovative. Prin cercetare și inovare continuă, aceste companii sunt capabile să producă medicamente care permit pacienților cu boli cronice să trăiască o viață mai lungă, mai sănătoasă și mai productivă. Asadar există modalități de a reduce DALY. Decizia este însă în mâna autorităților publice și depinde într-o mare măsură de structura și gestionarea sistemului public de sănătate.
- Datorită bolilor transmisibile DALY este deosebit de ridicat comparativ cu media regională, în principal din cauza tuberculozei și a infecțiilor respiratorii. Eforturile autorităților publice din România de a controla impactul tuberculozei asupra populației au fost mai puțin eficiente decât în alte țări, ca mărturie a lipsei unor reforme structurale asupra sistemului public de sănătate.
- Pe termen mediu spre lung România pierde aproximativ 18,6 miliarde EUR (15% din PIB la 2010) de producție economică, ca rezultat al stării precare de sănătate a populației măsurată de DALY.
- Dacă starea sănătății populației din România s-ar ridica la nivelul mediei UE, ar exista un surplus de producție economică de 6,7 miliarde EUR (6% din PIB la 2010), rezultat din creșterea participării forței de muncă și a productivității.
- Crescând cheltuielile cu sănătatea cu 5 procente din PIB în următorii 10 ani, starea sănătății populației din România ar putea atinge media UE.
- Sunt în curs de desfășurare politici macroeconomice majore care derivă din noua guvernare economică a UE ce se implementează, iar un rezultat pozitiv pentru ambele sectoare (public și privat) cere o implicare proactivă a industriei farmaceutice.
- Unul dintre obiectivele principale ale Strategiei Europa 2020 este inovarea, iar România s-a angajat să crească la 2 procente din PIB până în 2020. Sectorul privat va juca rolul cel mai important, cu toate că în ultimii ani contribuția sa în această direcție a scăzut.
- Resursele financiare pe care guvernul intenționează să le pună la dispoziție pentru a stimula cercetarea și dezvoltarea sunt semnificative, iar următorul buget EU (2014-2020) va pune mai mult accent pe cheltuielile pentru inovare.
- În principal există două politici legate de strategia Europa 2020 care pot fi urmate de industria farmaceutică pentru a ajunge la o soluție de câștig împreună cu autoritățile: (i) o mai strânsă cooperare cu autoritățile pentru a îmbunătăți coordonarea programelor de cercetare-dezvoltare ale sectorului public și ale celui privat și (ii) stimulente pentru o mai bună gestiune a datoriilor neplătite față de sectorul privat.
- Dezechilibrele externe majore nu mai sunt permise în cadrul UE, iar România ar trebui să ia măsuri pentru a ține deficitul de cont curent la un nivel scăzut.
- Modelul actual de creștere economică nu a putut rezista în fața evenimentelor negative și va trebui îmbunătățit.
- Este necesară o valoare adăugată mai mare din sectoarele inovatoare de înaltă tehnologie, industria farmaceutică fiind capabilă să joace un rol important în această direcție.
- Industria farmaceutică ar trebui să ia în considerare beneficiile de a produce în România, profitând de agenda publică de încurajare și sprijinire a produselor inovatoare și de înaltă tehnologie și de asemenea, să facă lobby autorităților pentru a menține o politică fiscală stabilă pe termen mediu și lung.

# Introducere

Industria farmaceutică a asistat la evoluții importante de-a lungul ultimilor ani, pe întregul lanț de valoare. Multe dintre aceste evenimente și implicațiile asupra economiei românești și asupra societății nu au fost analizate în detaliu, deoarece informațiile agregate și structurale în industria farmaceutică sunt relativ puține. Mai mult decât atât, multe dintre evoluțiile importante (cum ar fi cele legate de activitățile de cercetare-dezvoltare, efectele de îmbunătățire a vieții etc.) nu sunt documentate suficient.

Industria farmaceutică românească, unul dintre cei mai mari furnizori de bunuri și servicii pentru sectorul public, se confruntă cu constrângeri financiare importante, care decurg din situația financiară dificilă a sectorului public. Perioada medie de colectare a creanțelor pe care furnizorii de medicamente le au față de sectorul public de sănătate depășește 300 de zile. Aceste lucruri transformă industria farmaceutică într-unul dintre cei mai mari creditori ai Guvernului român. Perpetuarea acestor întârzieri de plată va avea consecințe negative de-a lungul întregului lanț de valoare al industriei farmaceutice.

Scopul acestui studiu este de a evalua principalele evoluții care au loc în industria farmaceutică precum și impactul industriei farmaceutice asupra societății și economiei României. O atenție specială este acordată companiilor farmaceutice inovatoare. Performanțele și provocările industriei farmaceutice sunt evaluate comparativ cu grupurile de referință, iar în același timp sunt estimate efectele economice directe și externalitățile generate în economia românească.

Studiul folosește o gamă largă de surse de date, atât cantitative cât și calitative. Sursa principală de informare este constiuita din situațiile financiare ale societăților comerciale (pe baza rapoartelor publice disponibile), precum și din datele statistice furnizate de Institutul Național de Statistică și de EUROSTAT.

Clasificarea societăților în sectoare economice se bazează pe codurile NACE Rev 2. Pentru identificarea corectă a societăților care aparțin lanțului de valoare al industriei farmaceutice, s-a utilizat de asemenea judecata bazată pe expertiză. Analiza comparativă se desfășoară pe principalele sectoare omogene, care acoperă întreaga economie românească nefinanciară.

Studiul este structurat în cinci capitole. Primul capitol oferă o privire de ansamblu asupra lanțului de valoare al industriei farmaceutice din România, care vizează configurarea industriei, dinamica vânzărilor și structura costurilor. O atenție specială este acordată costurilor de cercetare-dezvoltare. Al doilea capitol evaluează principalele riscuri și oportunități identificate în industria farmaceutică. Implicațiile slabei discipline de plată în economia românească sunt analizate pe larg. Capitolul trei evidențiază unele contribuții ale industriei farmaceutice cu privire la efectele socio-economice. Sunt calculate efectele de multiplicare asupra economiei românești și impactul economic al medicamentelor salvatoare de vieți. Capitolul patru analizează posibile viitoare politici guvernamentale referitoare la industria farmaceutică, din perspectivele Strategiei UE 2020, dezechilibrele macroeconomice externe și reorganizarea modelului de creștere economică în România. Ultimul capitol se încheie cu principalele concluzii ale studiului.

## 2. Privire de ansamblu asupra lanțului de valoare al industriei farmaceutice din România

*Lanțul de valoare din industria farmaceutică românească a crescut în ultimul deceniu semnificativ pe toate segmentele, contribuind cu peste 1% la formarea PIB-ului (2010).*

### 2.1. Structura industriei

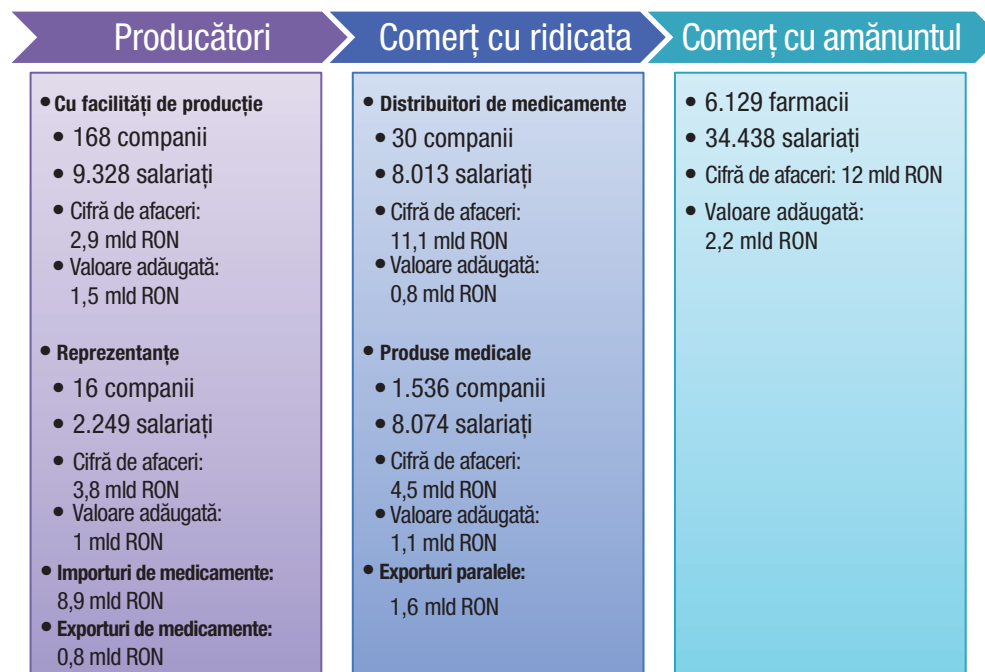
Lanțul de valoare din industria farmaceutică românească a crescut în ultimul deceniu semnificativ pe toate segmentele. Pe partea de cerere, creșterea economică rapidă de până în 2008 a generat mijloacele financiare care au permis satisfacerea unora dintre nevoile populației pentru servicii de sănătate.

Pe partea ofertei, producătorii interni, deși puțini, și-au extins capacitățile de producție, în timp ce marii producători străini de produse farmaceutice au intrat pe piața românească, fie prin achiziția de jucătorii locali, fie prin deschiderea de reprezentanțe. Distribuitorii și-au consolidat poziția pe piață pe măsură ce fluxurile comerciale au crescut, în timp ce comercianții cu amănuntul au cunoscut o expansiune rapidă a rețelei de vanzare.

Contribuția combinată a lanțului de valoare farmaceutică la formarea PIB a fost de puțin peste 1% în 2010. Doar câțiva dintre marii producători străini de farmaceutice au dezvoltat facilități de producție în România.

Incertitudinea în ceea ce privește mediul de reglementare și legislativ, un cadru fiscal care nu este favorabil mediului de afaceri și de asemenea, existența unui sector de sănătate publică sub-finanțat, care generează restanțe mari față de sectorul privat, se numără printre factorii specifici care descurajează marile companii farmaceutice străine să investească în România.

Grafic 2.1: Lanțul de valoare din industria farmaceutică din România (2010)



Sursa: Ministerul de Finanțe, MIND Research & Rating

Primii 10 producători de farmaceutice au o cotă de piață de aproape 60%.

Graficul 2.1 sintetizează elementele principale ale lanțului de valoare din industria farmaceutică din România, de-a lungul a trei segmente principale: producători, distribuitori și retailerii. Producătorii de medicamente includ atât companiile care dispun de facilități locale de producție, cât și reprezentanțe ale producătorilor străini de medicamente. În 2010 existau 168 de producători de medicamente din prima categorie, care generau vânzări cumulate de 2,9 miliarde lei, contribuind cu 1,5 miliarde lei la formarea PIB-ului și folosind o forță de muncă de 9.328 de angajați. O importantă parte a medicamentelor furnizate de către aceste companii este importată, în timp ce doar o fracțiune este produsă intern. Aceasta este, de obicei, cazul producătorilor străini de medicamente, care au dezvoltat facilități de producție locale. Reprezentanțele acționează doar ca interfață între societatea-mamă și distribuitorii de pe piața internă de medicamente. Cel mai adesea, activitatea lor se limitează la educație medicală și activități de promovare; astfel, importurile de medicamente nu trec întotdeauna prin intermediul bilanțului lor. Acesta este motivul pentru care situațiile lor financiare nu reflectă pe deplin dimensiunea activității pe care o intermediază efectiv. În 2010 în România existau 16 reprezentanțe ale producătorilor străini de medicamente, care au generat vânzări totale de 3.8 miliarde lei și o valoare adăugată de aproape 1 miliard lei prin angajarea a 2.249 de persoane. Majoritatea medicamentelor vândute pe piața din România este intermediată de aceste reprezentanțe.

Deși un număr important de producători de medicamente este prezent pe piața românească (184), primii 10 mari producători după volumul de vânzări controlează aproape 60% din piață (Graficul 2.2). Potrivit unui raport al Consiliului Concurenței din România în 2009 primii 20 de producători de medicamente controlau 78% din piață. În ultimii ani concentrarea pieței a crescut, în principal datorită fuziunilor și achizițiilor care au avut loc la nivel internațional între unii dintre cei mai mari producători de medicamente. Cele mai importante tranzacții au fost achiziția Schering Plough de către Merck & Co, cea a Wyeth de către Pfizer și a Solvay de către Grupul de Abbott. De asemenea, la nivel național, Labormed a achiziționat portofoliul de produse al Ozone în anul 2009.

Grafic 2.2: Top 10 producători de medicamente după valoarea vânzărilor pe piața din România

Companii producătoare de medicamente	Cifra de afaceri pe 12 luni în:				% modificare an la an
	Iunie 2010		Iunie 2011		
	RON mn	% of total	RON mn	% of total	
Sanofi-Aventis (incl. Zentiva)	877.3	9.6	843.9	8.6	● -3.8
Hofmann la Roche (not incl. Terapia cooperation)	835.9	9.2	838.9	8.6	● 0.4
Novartis (incl. Sandoz)	550.8	6.0	682.7	7.0	● 23.9
Pfizer (incl. Wyeth, but not cooperation with Actavis)	615.3	6.7	594.3	6.1	● -3.4
GlaxoSmithKline (incl. Europharm)	557.1	6.1	591.9	6.0	● 6.2
Servier (incl. Egis)	477.1	5.2	486.3	5.0	● 1.9
Merck&Co (inclusiv Shering Plough)	422.3	4.6	454.7	4.6	● 7.7
AstraZeneca	337.7	3.7	403.4	4.1	● 19.5
Daiichi-Sankyo (incl Terapia Ranbaxy)	333.5	3.7	352.9	3.6	● 5.8
Abbott (incl. Solvay)	252.4	2.8	295.4	3.0	● 17.0
Alți producători	3860	42.3	4256	43.4	● 10.3
Total	9119.4	100.0	9800.4	100.0	● 7.5

Sursa: Cegecim, MIND Research & Rating

Piața distribuției de medicamente este limitată la un număr relativ restrâns de jucători.

În ciuda dificultăților cu care s-a confruntat lanțul de valoare din industria farmaceutică de la declanșarea crizei din 2008, distribuitorii au continuat să investească în extinderea capacităților de stocare.

Comerțul cu ridicata de produse farmaceutice include atât distribuitorii de medicamente și distribuitorii de bunuri medicale. Pentru scopul acestui studiu ne vom concentra pe distribuitorii de medicamente. Piața distribuției de medicamente este limitată la un număr relativ mic de jucători. În 2010 existau 30 de distribuitori de medicamente activi generând vânzări de 11.1 miliarde lei și valoare adăugată de doar 0.8 miliarde lei folosind o forță de muncă total de 8,013 de angajați.

Pentru a putea activa în calitate de distribuitori, companiile trebuie să se asigure că au la dispoziție spații de depozitare și facilități de transport adecvate medicamentelor. În conformitate cu Agenția Națională a Medicamentului, există în prezent aproximativ 350 de unități de depozitare la nivel național, disponibile pentru distribuția de medicamente, dintre care majoritatea (peste 95%) este deținută de doar 30 de distribuitori mari. În ciuda dificultăților financiare cu care se confruntă lanțul de valoare farmaceutică de la debutul crizei economice în 2008, distribuitorii au continuat să investească în vederea creșterii capacității lor de depozitare, care a crescut cu peste 15% între 2008 și 2010. Raportul Consiliului Concurenței privind industria farmaceutică clasifică distribuitorii de medicamente în patru categorii, în funcție de capacitatea de stocare a acestora: (i) foarte mari (3 firme) - capacitate de stocare de peste 10,000 mp, (ii) mari (8 firme) - capacitate de stocare între 5,000 și de 10,000 mp, (iii), mijlocii (13 firme) - capacitate de stocare între 1,000 și 5,000 mp și (iv) mici (6 firme) - cu o capacitate de stocare pînă în 1,000 mp.



Grafic 2.3: Top 10 distribuitori de medicamente după cifra de afaceri (2010)

- RON mln

Distribuitori	Cifră de afaceri	Profit net
MEDIPLUS EXIM S.R.L.	2,330	37
FARMEPERT D.C.I. S.A.	1,527	54
POLISANO S.R.L.	1,044	38
FILDAS TRADING S.R.L.	925	37
EUROPHARM HOLDING S.A.	921	8
FARMEXIM S.A.	842	19
A.D.M. FARM S.R.L.	736	13
ACTAVIS S.R.L.	414	(8)
ROPHARMA S.A.	352	11
PHARMAFARM S.A.	330	(13)
Alți distribuitori	1,719	(32)
<b>Total</b>	<b>11,142</b>	<b>163</b>

Comerțul cu amănuntul a crescut într-un ritm rapid în perioada de dinaintea crizei. În cadrul lanțului de valoare din farma, acesta are a doua cea mai mare contribuție la PIB după producători.

Notă: cu verde distribuitorii foarte mari, cu portocaliu distribuitorii mari și cu violet distribuitorii de dimensiune medie. Relad Pharma lipsește din partea de sus, deoarece a intrat procedură de insolvență la sfârșitul anului 2010 și în consecință, nu a depus situațiile financiare la Ministerul de Finanțe pentru anul 2010. Insolvența a fost în principal rezultatul a politicii termenilor de plata de peste 300 de zile pentru medicamente subvenționate.

Sursa: Ministerul Finanțelor, MIND Research & Rating

Activitatea distribuitorilor este reprezentată în principal de distribuția de medicamente autorizate de către Agenția Națională a Medicamentului. Acest segment reprezintă peste 90% din activitatea lor. Produsele parafarmaceutice, medicamente, derivate din surse naturale, a reprezentat mai puțin de 10% din vânzările lor.

Comerțul cu amănuntul de produse farmaceutice a crescut într-un ritm rapid în anii de dinaintea crizei. În 2010 farmaciile au generat o valoare adăugată totală de 2,2 miliarde lei, aproape de nivelul generat de producătorii de medicamente. Rețelele farmaciilor folosesc o forță de muncă de 34.438 de angajați, reprezentând cea mai mare parte personal calificat. Creșterea cererii de produse farmaceutice, cuplată cu creșterea prețurilor în segmentul de medicamente eliberate pe bază de prescripție, a fost principalul factor care a determinat performanța pozitivă a comerțului cu amănuntul în ultimii ani. De asemenea, transferul medicamentelor din cadrul Programelor Naționale de Sănătate, care anterior erau vândute numai în farmaciile spitalelor, către farmaciile de retail, a crescut vânzările acestora din urmă (de exemplu medicamente orale anti-diabet și insulina, medicamente pentru tratarea bolilor oncologice, tratamente post-transplant sau medicamente pentru tratarea HIV / SIDA).

## 2.2. Dinamica vânzărilor

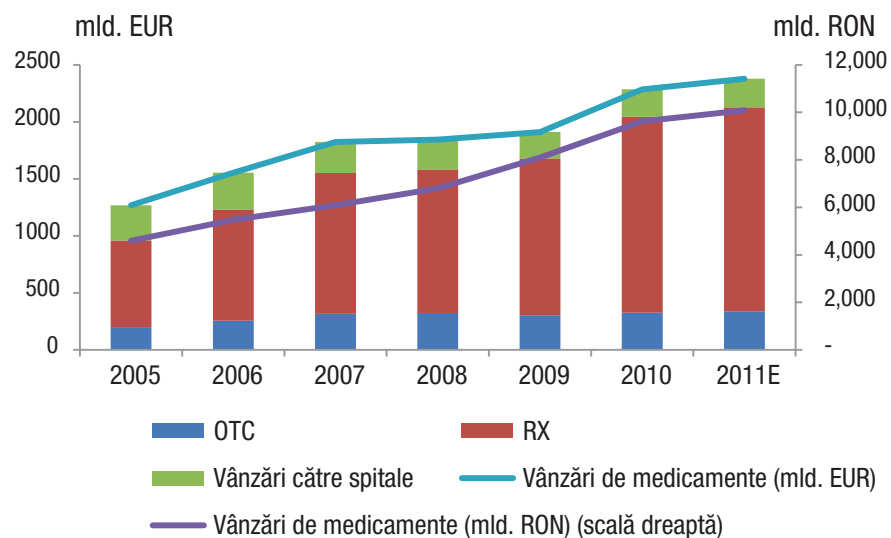
*Piața de produse farmaceutice din România a crescut cu 25% CAGR între 2002 și 2007.*

*În urma declanșării crizei, piața de produse farmaceutice a încetinit marcant, crescând cu doar 2,9% față de anul anterior în a doua jumătate a anului 2011.*

În timpul perioadei de dinaintea crizei între 2002 și 2007, piața românească de farmaceutice a cunoscut o perioadă de creștere susținută, având rata de creștere anuală compusă (CAGR) de 25%, fiind stimulată de dezvoltarea economică rapidă care a determinat o sporire a resurselor financiare atât publice cât și private. Începând cu a doua jumătate a anului 2007 piața farmaceutică, exprimată în euro, a intrat într-o perioadă de stagnare de aproape 3 ani (Grafic 2.4). Motivele pentru această dinamică sunt legate în principal de efectele negative ale recesiunii asupra resurselor financiare ale sectorului de asistență medicală. Deteriorarea cadrului legal din sectorul de asistență medicală a contribuit de asemenea la acest rezultat. Vânzările de medicamente exprimate în lei au păstrat un trend ascendent între 2007 și 2009 ca urmare a deprecierei rapide a cursului de schimb. În 2010 vânzările de produse farmaceutice au reintrat pe un trend ascendent, crescând cu 19,6% față de anul precedent, în ciuda volumelor relativ neschimbate (Grafic 2.5).

În prima jumătate a anului 2011, piața farmaceutică a încetinit semnificativ, înregistrând o creștere față de anul precedent de doar 2,9% în EUR (3,6% față de anul precedent, în RON), potrivit companiei de cercetare CegeDim. Prognostica de creștere pentru întregul an 2011 rămâne la un nivel scăzut (4,8% față de anul precedent, în RON), conform aceleiași surse. Există un risc, totuși, că vânzările de medicamente să înregistreze o rată de creștere mai mică, în cazul în care arieratele guvernamentale față de companiile farmaceutice persistă sau în cazul în care noua taxa clawback va fi aplicată începând cu trimestrul 4 al anului 2011.

Grafic 2.4: Evoluția vânzărilor de medicamente (prețuri la farmacie)



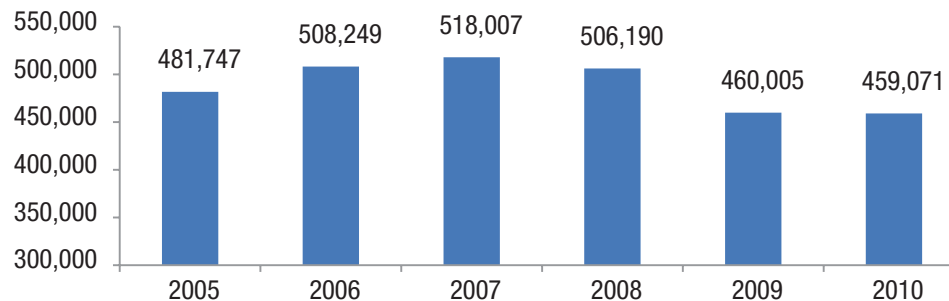
Sursa: CegeDim

Cota de piață a medicamentelor eliberate pe bază de prescripție medicală (RX) în totalul vânzărilor cu amănuntul de medicamente a crescut de la 79% în 2005 la 84% în 2011, ridicându-se la o valoare estimată de 1.9 miliarde euro. Luând în considerare vânzările spitalelor, medicamentele RX dețin o cotă de piață mai mică, de 75%.

Principalele vânzări de medicamente RX sunt generate de antibiotice și medicamente pentru tractul digestiv. Perspectivele de revizuire a sectorului public de sănătate ar putea duce în următorii ani la o cotă de piață mai mică a medicamentelor RX, dacă pachetele de beneficii de asigurari de sănătate se vor reduce.

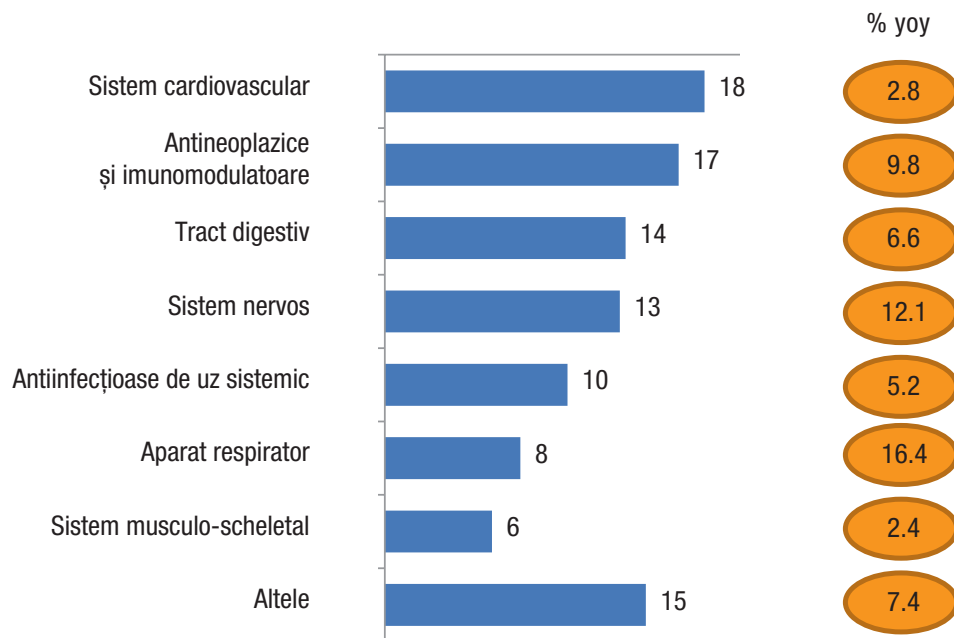
Medicamentele OTC au pierdut din cota de piață în comparație cu medicamentele RX, ajungând la vânzări totale estimate de 0,35 miliarde euro în 2011, ceea ce echivalează cu o cotă de piață de 16% din totalul vânzărilor cu amănuntul. Medicamentele de răceală și gripă (14%), analgezicele (13%), împreună cu vitaminele și mineralele (11%) au avut cea mai mare contribuție la totalul vânzărilor de medicamente OTC.

Grafic 2.5: Volumul de medicamente vândute (mii unități)



Sursa: Roland Berger, *Intellinews Romania Pharmaceutical Report*

Grafic 2.6: Structura vânzărilor de medicamente pe arii terapeutice (%), 12 luni până în luna iunie 2011



Sursa: Cegedim, MIND Research & Rating

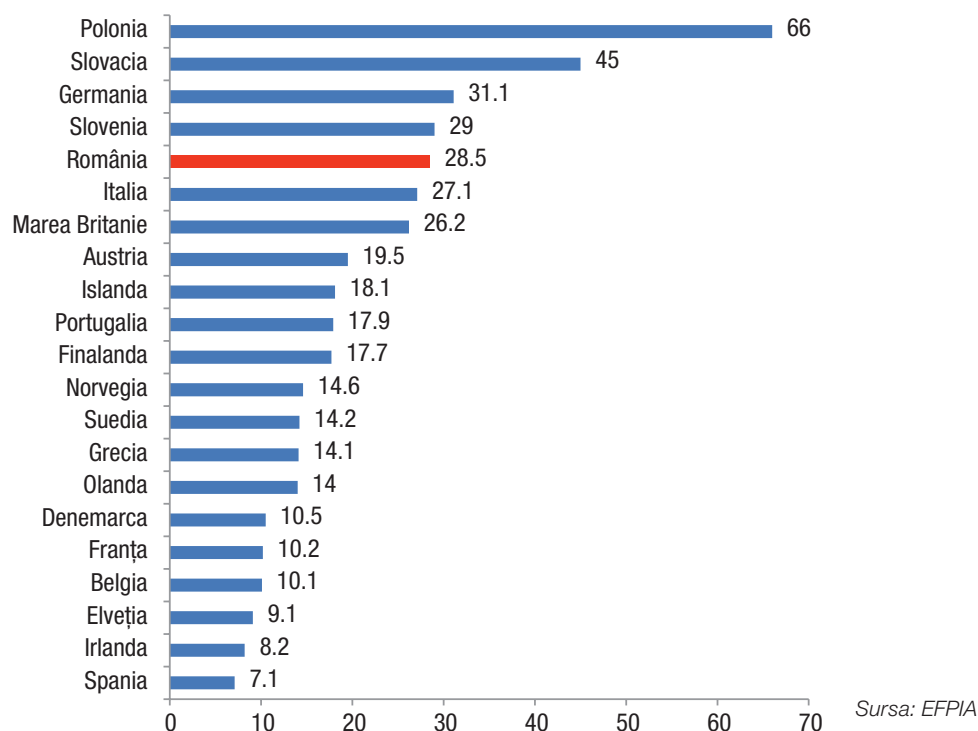
Medicamentele inovative reprezintă peste 70% din valoarea totală a vânzărilor și doar 25% din volumul de medicamente vândute.

Comparativ cu țările UE, rata de penetrare a medicamentelor generice este mai mare în România.

Importurile de produse farmaceutice reprezintă principala sursă pentru consumul intern de medicamente.

Medicamentele inovative reprezintă peste 70% din valoarea totală a vânzărilor și doar 25% din volumul de medicamente vândute. Pe de altă parte, medicamentele generice reprezintă 30% din piața totală în termeni de valoare și 75% în termeni de volum. S-a susținut de mai multe ori în spațiul public că în România medicamentele generice au o rată de penetrare scăzută, ceea ce determină ca finanțarea sectorului de asistență medicală să fie nesustenabilă. Cu toate acestea, comparațiile între țările din Europa cu privire la cota de piață a medicamentelor generice sugerează că, de fapt, România are a cincea cea mai mare cotă de piață a medicamentelor generice, după Polonia, Slovacia, Germania și Slovenia (Grafic 2.7). Cota de piață a medicamentelor generice depinde într-o mare măsură de condițiile accesului pe piață pentru medicamente noi în fiecare țară. Nivelurile scăzute de penetrare a medicamentelor generice sunt de obicei asociate cu condiții precare de stabilire a prețurilor pentru medicamentele inovative. Potrivit Raportului EFPIA 2010 asupra industriei farmaceutice din Europa, cota de piață a medicamentelor generice este semnificativ mai mică în medii în care prețurile sunt controlate, decât în cele fără restricții, cu excepția noilor State Membre ale UE cu un nivel istoric minim de protecție a proprietății intelectuale.

Grafic 2.7: Ponderea medicamentelor generice în total valoare medicamente vândute - 2008



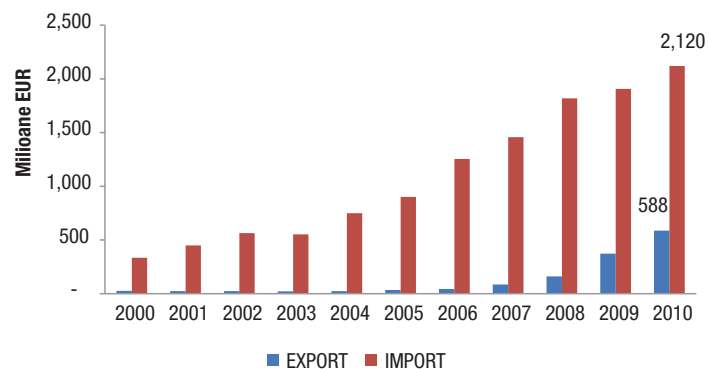
Așa cum s-a subliniat mai devreme, importurile de produse farmaceutice reprezintă principala sursă pentru consumul intern de medicamente. În 2010 importurile de medicamente s-au ridicat la 2.1 miliarde euro. Principalii parteneri comerciali pentru importurile de produse farmaceutice sunt Ungaria (16%), Germania (15%), Elveția (12%) și Franța (11%). În același timp exporturile au reprezentat doar 590 milioane euro, cele mai mari piețe de desfacere fiind Rusia (13%), Regatul Unit (11%), Franța (6%) și Bulgaria (5%). Cu toate acestea în ultimii ani dinamica exporturilor a depășit, de departe, pe cea a importurilor. Între 2007 și 2010 exporturile au crescut de aproape 7 ori în timp ce importurile au crescut de 1.5 ori. Din păcate, aceste evoluții nu au fost în principal o consecință a creșterii capacităților de producție de pe piața internă a produselor farmaceutice, ci mai degrabă rezultatul fenomenului exporturilor paralele.

*Diferențele între prețurile medicamentelor RX care apar între țări pot duce, în anumite circumstanțe, la oportunități de comerț paralel.*

Industria farmaceutică este una dintre industriile cele mai puternic reglementate din lume, având prețurile medicamentelor eliberate pe bază de prescripție medicală stabilite de către autoritățile publice. Cu toate acestea, diferențele între prețurile medicamentelor RX care apar între țări pot duce, în anumite circumstanțe, la oportunități profitabile de comerț paralel, în special pentru distribuitori. În România, prețul medicamentelor RX a fost stabilit la nivelul minim al prețurilor aferente medicamentelor RX comercializate într-un număr de țări de referință ale UE. Deprecierea bruscă a cursului de schimb începând cu a doua jumătate a anului 2007 și întârzierea autorităților publice în a transfera de șocul FX în prețurile de vânzare cu amănuntul, au determinat o comprimare semnificativă a marjelor de profit de-a lungul lanțului de valoare al industriei farmaceutice. Cei mai afectați au fost distribuitorii și comercianții cu amănuntul. Debutul crizei financiare și economice a crescut presiunea financiară, în timp scăzând veniturile în sectorul public de asistență medicală, ceea ce a condus la acumularea unor arierate semnificative față de furnizorii de produse farmaceutice. Toate aceste evenimente au încurajat distribuitorii, dar și comercianții cu amănuntul, să efectueze exporturi paralele. Astfel, furnizorii de medicamente valorifică diferențele de preț care există între diverse piețe. În cazul României, distribuitorii cumpăra medicamente importate la un preț (foarte) mic și le re-exporta pe alte piețe, la prețuri mai mari. Practicat la scară largă, comerțul paralel poate duce la un deficit de medicamente pentru piața internă, cu consecințe sociale și economice negative.

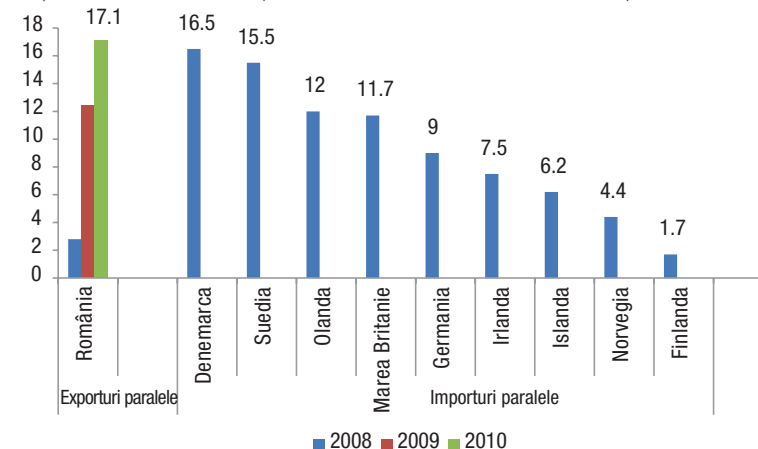
*Utilizând o abordare exhaustivă, am estimat exporturile paralele în România la 18.4% din totalul importurilor de medicamente.*

Grafic 2.8: Evoluția exporturilor și importurilor de medicamente



Sursa: Eurostat, MIND Research & Rating

Grafic 2.9: Exporturile paralele în România vs importurile paralele în țările dezvoltate din UE (% din vânzările locale de medicamente)



Sursa: Eurostat, MIND Research & Rating

În prezent nu există nicio estimare oficială a exporturilor paralele din România. Estimările din piață ale exporturilor paralele variază între 10% și 20% din vânzările totale de produse farmaceutice din 2010. Prin utilizarea tuturor datelor statistice disponibile public, am realizat pentru prima dată o estimare cantitativă a exporturilor paralele. Utilizăm o abordare exhaustivă, prin analizarea producției și a exporturilor fiecărui producător intern de farmaceutice, pe baza situațiilor financiare depuse de către aceste companii la Ministerul de Finanțe între 2007 și 2010. Rezultatele sunt ulterior corelate cu cifrele agregate privind importurile și exporturile de produse farmaceutice de la Eurostat pentru a obține valoarea exporturilor paralele.

Ca urmare a metodologiei menționate mai sus, descoperim că exporturile paralele din România au ajuns în 2010 la 17,1% din totalul vânzărilor de medicamente de pe piața internă, sau 18,4% din importurile totale de medicamente (Grafic 2.9). Distribuitorii din Danemarca, Suedia, Țările de Jos sau Regatul Unit beneficiază cel mai mult de comerțul paralel cu piețele emergente, unde prețurile de medicamente sunt semnificativ mai mici. Acest fapt nu aduce beneficii nici protecției sociale, nici pacienților și privează industria de resurse suplimentare pentru finanțarea activităților de cercetare și dezvoltare. Numai în 2008 comerțul paralel în UE a fost estimat de către EFPIA la suma de 4.4 miliarde euro (valoarea la prețul de fabrică).

## 2.3. Structura de costuri a producătorilor de farmaceutice

În această secțiune ne propunem să evidențiem modul în care valoarea adăugată generată în economia românească atât de producătorii interni de farmaceutice cât și de cei externi, este împărțită între principalii factori de producție și modul în care s-a dezvoltat în timp. De asemenea, o atenție deosebită va fi acordată activităților de cercetare și dezvoltare ale companiilor farmaceutice inovative din România și de ce este important pentru autoritățile publice să ia măsuri care vizează stimularea inovării și atragerea de fonduri pentru cercetare și dezvoltare.

*Producătorii de medicamente generează o valoare adăugată de 2,5 mld lei...*

*.....care este utilizată /cheltuită într-o proporție ridicată în economia românească.*

În 2010 producătorii de farmaceutice, atât companii cu facilități de producție cât și reprezentanțe, au generat combinat valoare adăugată de 2,5 miliarde lei în economia românească (Graficele 2.10 și 2.11). Între 2005 și 2010, valoarea adăugată creată de către aceste societăți a crescut în termeni nominali cu o rată cumulată de 109%, care se traduce printr-o creștere anuală compusă de 16%. Segmentul cel mai dinamic din punct de vedere al creării de valoare adăugată a fost cel al reprezentanțelor, care au reușit să crească mai mult de 4 ori, de la 244 milioane lei în 2005 la 1 miliard lei în 2010.

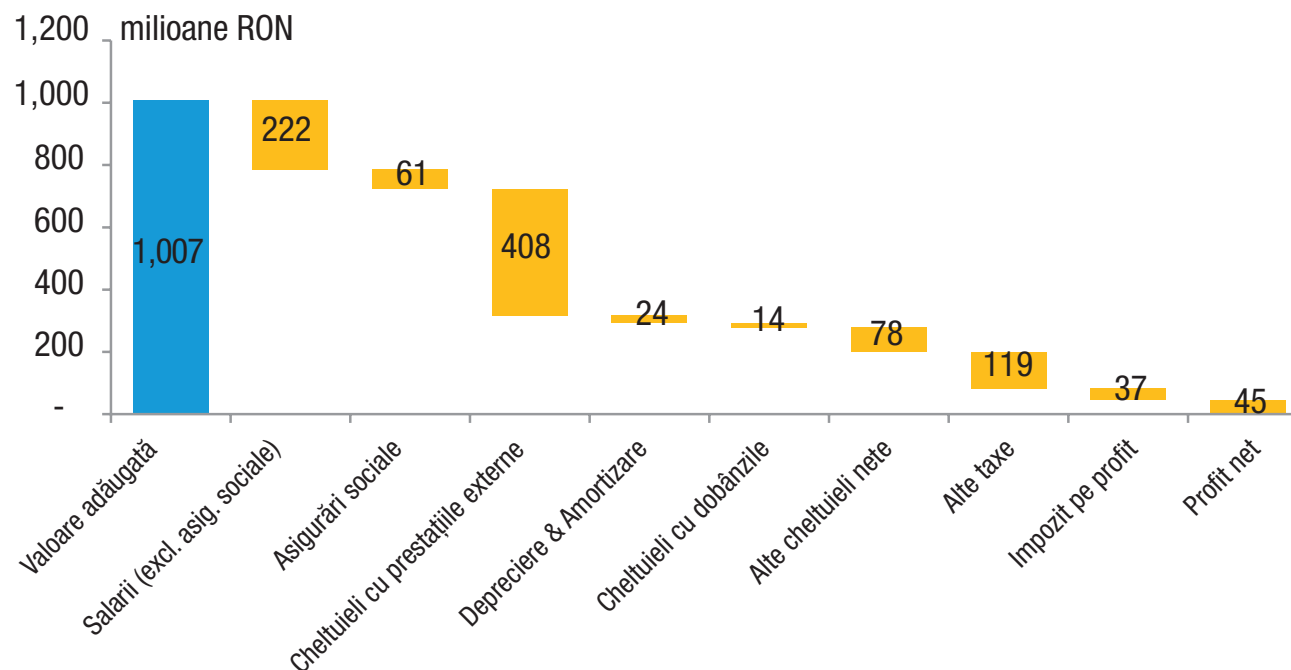
Cea mai mare parte a valorii adăugate generată de reprezentanțe rămâne în economia românească. Din valoarea adăugată compania remunerează factorii de producție (muncă, capital, creditori, acționari și guvern). În acest caz particular, dintr-o valoare adăugată totală de 1 miliard lei, cea mai mare parte (95%) este cheltuită în economia națională și doar o mică parte (5%), reprezentând profitul net, se acumulează de către acționari. Cheltuielile cu personalul reprezintă 28% din valoarea adăugată totală (282 milioane lei), care sunt împărțite între salariile brute, 22% (222 milioane lei) și cheltuieli cu asigurare socială de 6% (61 milioane lei). Cea mai mare parte din valoarea adăugată este cheltuită pe servicii achiziționate de la terți 40% (408 milioane lei).

Aceste servicii pot include campanii media sau de depistare și conștientizare a bolilor în asociere cu furnizorii de servicii medicale, educație medicală adresată cadrelor medicale și, de asemenea, servicii referitoare la activitățile de cercetare și dezvoltare (de exemplu, studii clinice). De fapt, credem că activitățile de cercetare și dezvoltare reprezintă o parte importantă a costurilor cu terțe părți suportate de producătorii străini de farmaceutice. Costurile cu activitățile de cercetare și dezvoltare pot include plățile către medici sau spitale pentru studii clinice în curs de desfășurare gestionate de către producătorii de farmaceutice sau, alternativ, plăți către organizații de cercetare clinică (OCC). Cheltuielile cu deprecierea și amortizarea sunt ne semnificative (2% din valoarea adăugată totală), deoarece reprezentanțele nu au investit sume importante în active fixe. Gradul scăzut de îndatorare financiară al reprezentanțelor a păstrat costurile cu dobânzile la un nivel scăzut de aproape 1% din valoarea adăugată totală. Impozitul pe profit și alte taxe au reprezentat mai mult de 15% din valoarea adăugată totală (156 milioane lei).



Valoarea totală a cheltuielilor de C & D suportate de companiile farmaceutice inovative din România este greu de cuantificat, întrucât nu există date publice iar, încercarea de a urmări sursele de finanțare ale studiilor clinice este, de asemenea, un proces dificil.

Grafic 2.10: Structura valorii adăugate create de producătorii străini de medicamente pe categorii de cheltuieli\* (2010)



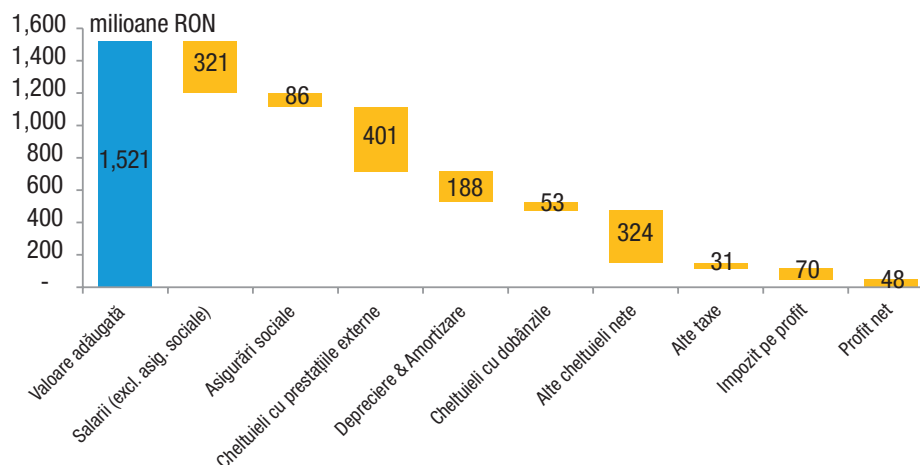
\* include toți producătorii străini de farmaceutice fără facilități de producție în România, care sunt încorporați ca persoane juridice române. Roche România este, de asemenea, exclus din eșantion, deoarece contribuția sa la valoarea adăugată totală a fost de aproape de 0 și a înregistrat o pierdere semnificativă în 2010, care ar fi denaturat statisticile agregate.

Sursa: Ministerul Finanțelor, MIND Research & Rating

Fabricanții de produse farmaceutice care au facilități de producție pe piața internă au generat o valoare adăugată totală de 1,5 miliarde lei în 2010, în creștere cu 60% în termeni nominali comparativ cu anul 2005. Structura valorii adăugate pe factori de producție este similară cu cea a reprezentanțelor (Grafic 2.11). Singura diferență notabilă constă în cheltuielile de depreciere și amortizare. În acest caz, companiile au investit în facilități de producție și, prin urmare, ele își recuperează costurile lor inițiale prin cheltuieli de amortizare. În 2010, aceste costuri s-au ridicat la aproape 13% din valoarea adăugată totală. Faptul că impozitul pe profit este mai mare decât profitul net agregat generat de aceste companii reflectă o asimetrie pronunțată negativă a distribuției profitabilității. Mulți producători de farmaceutice operează cu marje de profit negative, pentru a nu fi pasibili de plata impozitului pe profit.

Cheltuielile cu C & D variază între câteva zeci de milioane de euro și câteva sute de milioane de euro în funcție de sursa datelor disponibile.

Grafic 2.11: Structura valorii adăugate generate de producătorii locali de medicamente pe categorii de cheltuieli\* (2010)



\* include toți producătorii de medicamente, cu acționari străini sau locali, și care au facilități de producție în România.  
Sursa: Ministerul de Finanțe, MIND Research & Rating

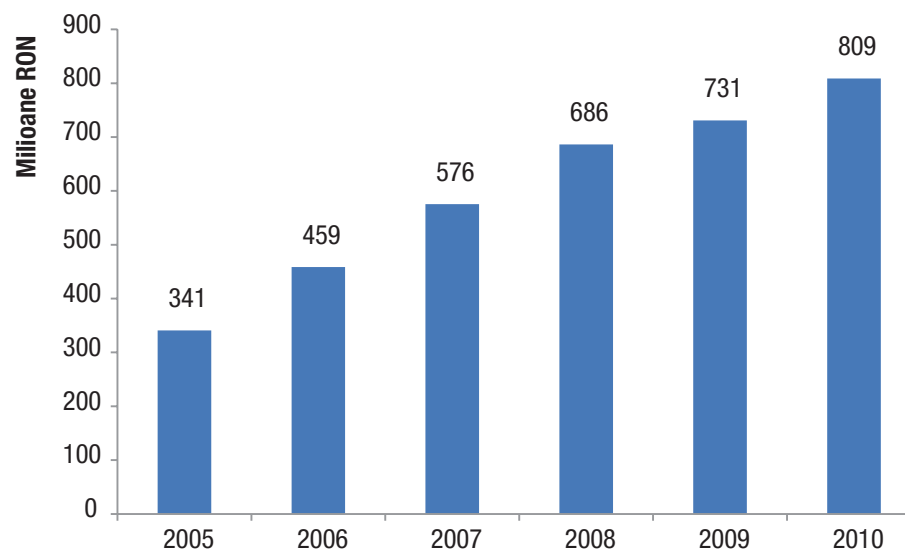
Valoarea totală a cheltuielilor de cercetare și dezvoltare suportate de companiile farmaceutice inovative din România este greu de cuantificat. Există multe motive pentru această situație. Întâi de toate, autoritățile publice (Agenția Națională a Medicamentului și Ministerul Sănătății) colectează informații cu privire la studiile clinice efectuate în România, însă nu centralizează astfel de informații într-o bază de date. În plus, informațiile colectate de către autorități nu conțin date privind costul total efectiv al unui studiu clinic (plăți către medici, spitale, investiții în echipamente, etc), ci mai degrabă un cost estimativ de cercetare pe fiecare pacient.

În al doilea rând, încercarea de a identifica sursele de finanțare ale studiilor clinice este, de asemenea, un proces dificil. Există mai multe canale prin care sunt finanțate studiile clinice. O posibilitate este ca finanțarea să fie furnizată de către producătorii străini prin filialele locale. În acest caz, astfel de cheltuieli nu apar pe situațiile lor financiare. Situațiile financiare depuse de companiile românești la Ministerul de Finanțe sunt într-un format simplificat, care nu furnizează suficiente detalii în scopul de a identifica în mod specific cheltuielile legate de cercetare și dezvoltare. În contul de profit și pierdere al producătorilor de farmaceutice înregistrați ca persoane juridice române, cheltuielile legate de cercetare și dezvoltare sunt incluse, împreună cu alte costuri în capitolul de „costurile cu terțe părți”. Așa cum s-a subliniat anterior, costurile producătorilor de farmaceutice cu terțe părți s-au ridicat la 800 milioane lei în 2010. Între 2004 și 2008, costurile cu terții au crescut de mai mult de 2 ori (Grafic 2.12).

Potrivit EFPIA producătorii de farmaceutice din România au raportat în 2008 cheltuieli cumulate de cercetare și dezvoltare în sumă de 30 milioane EUR. În același timp, membri EFPIA au raportat în total 27 miliarde euro pentru investiții în cercetare și dezvoltare în Europa. Cele mai mari țări beneficiare de au fost Marea Britanie (5.4 miliarde euro), Germania (4,8 miliarde euro) și Elveția (3,5 miliarde de euro).

*Este în interesul industriei farmaceutice să ia măsurile necesare pentru a crește transparența investițiilor în C & D, deoarece acest lucru ar putea îmbunătăți percepția publică asupra acestei industrii și ar putea duce la o poziționare mai bună în rândul investitorilor străini.*

Grafic 2.12: Dinamica costurilor cu terți a producătorilor de medicamente înregistrați ca persoane juridice române



\* include toți producătorii de farmaceutice, interni sau externi, cu facilități de producție în România sau reprezentanțe  
Sursa: Ministerul Finanțelor, MIND Research & Rating

În cazul României (dar și în cazul altor țări emergente din Europa), cifrele EFPIA ar putea subestima investițiile reale în cercetare și dezvoltare efectuate de către producătorii de medicamente inovative. Acest lucru se datorează faptului că multe studii clinice în România sunt finanțate direct de la sediul central al producătorilor, în timp ce filialele locale nu sunt întotdeauna implicate în acest proces. Prin urmare, cifrele pentru cheltuielile de cercetare și dezvoltare pe care filialele locale le raportează la EFPIA sunt semnificativ mai mici decât cele reale.

Cele mai multe studii clinice sunt gestionate de firme specializate numite organizații de cercetare pe contract sau o organizații de cercetare clinică (OCC). Un OCC este o organizație de servicii, care oferă sprijin pentru industria farmaceutică și de biotehnologie, sub forma serviciilor farmaceutice de cercetare (atât pentru medicamente cât și pentru dispozitive medicale). Așadar urmărirea activităților operaționale ale OCC-urilor înregistrate în România ar putea oferi un indiciu al dimensiunii investițiilor în cercetare și dezvoltare. Graficul 2.13 prezintă cifra de afaceri a celor mai importante OCC-uri care operează în România. Cifra de afaceri cumulată a acestor companii s-a ridicat în 2010 la 113 milioane lei. Această cifră este aproape de cifra cheltuielilor de cercetare și dezvoltare raportată de EFPIA. Cu toate acestea, cele mai multe cheltuieli legate de cercetare și dezvoltare sunt făcute direct de la sediul central al OCC-urilor și nu sunt vizibile în bilanțul filialelor locale ale OCC-urilor.

Pe de altă parte, estimările calitative ale experților din industrie plasează cheltuielile de C & D din industria farmaceutică undeva între 100 și 300 milioane euro anual. Deși această cifră poate părea prea mare în comparație cu statisticile oficiale privind totalul cheltuielilor C & D din economie (600 milioane Euro în 2011), ar putea reflecta mai bine situația investițiilor în C & D. Sursele de date statistice privind cheltuielile de C & D în România sunt limitate și acoperă doar parțial fenomenul. În acest context, ar putea fi în interesul industriei farmaceutice să ia măsurile necesare pentru a crește transparența investițiilor în C & D, deoarece acest lucru ar putea îmbunătăți percepția publică asupra acestei industrii și ar putea duce la o poziționare mai bună în rândul investitorilor străini direcți. În cele din urmă acest lucru ar fi, de asemenea, reflectat într-o mai bună colaborare cu autoritățile publice (a se vedea detalii în capitolul 5).

Grafic 2.13: Cifra de afaceri a celor mai mari OCC-uri care funcționează în România

Denumire OCC	Cifra de afaceri (milioane RON)					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Quintiles	...	...	...	...	15.5	...
Parexel	18.9	30.1	25.1	40.0	51.3	56.1
PPD	1.2	0.4...		2.7 ...		17.1
PSI	6.0	6.5	9.8	15.3	16.1	17.4
Covance	...	...	...	...	6.7	7.8
Kendle		8.9				
Icon	...	...	...	...	10.0	13.1
Premiere Research	0.4	1.0	1.6	1.6	1.4	1.7
<b>Total</b>	<b>26,5</b>	<b>46,9</b>	<b>36,5</b>	<b>59,6</b>	<b>101</b>	<b>113,2</b>

Sursa: Ministerul Finanțelor, MIND Research & Rating

### 3. Performanța și riscul în industria farmaceutică

#### 3.1. Evoluții în activitatea economică a industriei farmaceutice

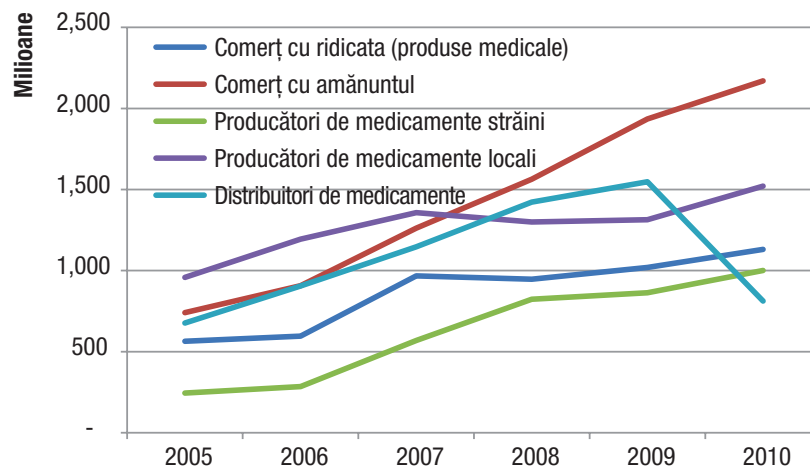
Ponderele valorii adăugate brute (VAB) generată de industria farmaceutică este relativ mică în comparație cu economia totală și s-a menținut relativ constantă în ultimii șase ani. Ponderele VAB generată de companiile farmaceutice în VAB totală generată de către societățile nefinanciare din România a fost de 1.67 la sută în 2010, iar indicatorul a variat de la 1.45 la sută la 1,76 la suta în timpul perioadei 2005-2010. VAB agregată produsă de industria farmaceutică reprezintă 6.6 miliarde lei (decembrie 2010), mai mult decât dublu în comparație cu cifrele din 2005.

Evoluțiile din subsectoarele industriei farmaceutice evidențiază unele modificări de structura. Cel mai dinamic subsector este cel al producătorilor străini, care a reușit o creștere de patru ori a VAB în 2005-2010 (în valoare nominală). Poziția a doua este ocupată de comerțanții cu amănuntul, care din 2007 au ocupat de asemenea poziția de lider în termeni de cifre agregate pentru VAB (Grafic 3.1). Valoarea adăugată generată de către aceste companii a fost de 2.1 miliarde lei în 2010. La celălalt capăt al clasamentului se află distribuitorii. Aceste firme au generat 0.8 miliarde lei în 2010, în creștere cu 20 la sută comparativ cu anul 2005 (în valoare nominală, ceea ce sugerează o scădere în termeni reali).

*În România industria farmaceutică are o contribuție redusă la valoarea adăugată a economiei.*

*Industria farmaceutică din România este un sector cu risc scăzut, jucând un rol în reducerea amplitudinii ciclului de afaceri.*

Grafic 3.1. Dinamica VAB a subsectoarelor industriei farmaceutice (milioane lei)



Sursa: Ministerul Finanțelor, MIND Research & Rating

Industria farmaceutică din România este un sector cu risc scăzut, jucând un rol în reducerea amplitudinii ciclului de afaceri.

Industria farmaceutică din România este un sector cu risc scăzut (așa cum sugerează teoria economică), jucând un rol în reducerea amplitudinii ciclului de afaceri. Această concluzie a fost atinsă prin împărțirea economiei României în trei categorii de risc (risc ridicat, risc mediu și risc scăzut), în funcție de sensibilitatea activității unui sector economic la ciclul de afaceri. Pe de altă parte, contribuția mică a industriei farmaceutice la valoarea adăugată totală nu permite ca această pârgie să genereze rezultate pozitive majore. Crearea condițiilor pentru o dezvoltare puternică a industriei farmaceutice din România ar sprijini de asemenea amortizoarele cu efect contra-ciclic ale economiei.

Tabel 3.1. Indicatori de profitabilitate (2010)\*

Sector	Marja EBITDA %	Marja EBIT %	Marja profitului net %	EBIT / cheltuieli cu dobânzile
Comerț cu ridicata (produse medicale)	9	7	5	10,6
Comerț cu amănuntul	6	5	5	10,2
Producători de medicamente străini	5	4	2	8,8
Producători de medicamente locali	22	18	5	18,7
Distribuitori de medicamente	3	3	1	4,2
Agricultură	14	7	3	2,9
Industrie	12	5	2	3,9
Construcții	10	4	-2	1,1
Comerț	4	2	1	2,5
Servicii	15	6	1	2,3

\* Cifre calculate pentru un eșantion fix (de exemplu, au fost incluse doar companiile care au rămas în același sector al industriei farmaceutice sau al economiei românești pentru întreaga perioadă 2005-2010)

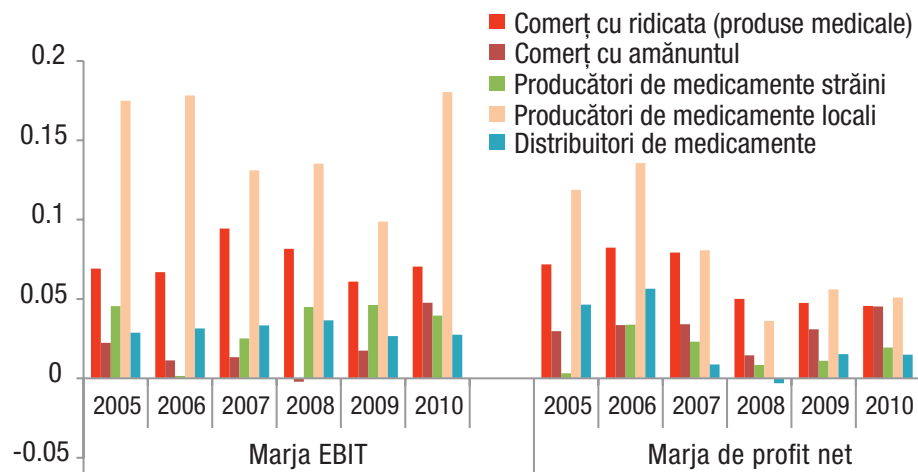
Sursa: Ministerul Finanțelor, MIND Research & Rating



*Profitabilitatea în industria farmaceutică este eterogenă de-a lungul lanțului de valoare.*

Industria farmaceutică a produs o imagine mixtă cu privire la rentabilitate. Marja profitului net a înregistrat valori mai mari în comparație cu alte sectoare economice, în timp ce marja EBITDA s-a situat sub performanțele din restul economiei (tabelul 3.1). O explicație este nivelul mai scăzut de îndatorare a companiilor farmaceutice (împreună cu rate foarte confortabile de EBIT / cheltuieli cu dobânzile permițând îndatorare suplimentară) și stocul scăzut de active fixe.

Grafic 3.2. Profitabilitatea companiilor farmaceutice



Sursa: Ministerul Finanțelor, MIND Research & Rating

Activitățile din cadrul industriei farmaceutice sunt eterogene din punct de vedere al rentabilității. În clasamentul profitabilității în partea superioară se află producătorii locali. Profitabilitatea operațiunilor lor curente (marja EBITDA) a înregistrat 22 la sută în 2010, cu mult peste alte sectoare din România (Tabelul 3.1). Acesta este un alt argument care să susțină mai multe investiții străine directe în acest domeniu (a se vedea de asemenea detaliile în Capitolul 5), inclusiv opțiunea producătorilor străini de a se transforma în producători locali.

A se nota, totuși, că rentabilitatea producătorilor externi se referă doar la operațiunile locale care, în majoritatea cazurilor, nu includ facilități de producție. De asemenea, rentabilitatea mare a producătorilor locali de farmaceutice ar putea fi explicată prin ponderea mai mare de medicamente OTC din portofoliul lor, în comparație cu producătorii străini.

Comercianții cu amănuntul și distribuitorii de medicamente au întâmpinat numai mari dificultăți în obținerea profiturilor din activitatea lor, indiferent de faza ciclului de afaceri (Grafic 3.2). Gradul foarte ridicat de reglementare a industriei - de exemplu prețul minim, marjele de distribuție - dar, de asemenea, problemele structurale din sectorul public de sănătate sunt explicații pentru acest rezultat.

*Profitabilitatea bună și perspectivele pozitive ale activității economice din industria farmaceutică au protejat destul de bine companiile din acest sector împotriva riscului de insolvență.*

Tabel 3.1: Evoluția insolvențelor (numărul insolvențelor la 100 companii active\*)

Denumire sector	2007	2008	2009	2010	2009		2010		2011			
					Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2
Total economie	1.9	2.5	3.0	3.6	0.2	1.1	1.0	0.9	0.6	1.0	1.0	0.9
Industria chimică	2.9	2.8	4.5	3.7	0.3	1.9	1.0	0.8	0.5	1.4	0.7	0.5
Industria farmaceutică	1.6	1.0	0.0	1.7	0.0	0.0	1.1	0.0	0.6	0.0	0.6	0.6
Industria electronică	1.0	1.3	1.7	1.7	0.1	0.5	0.8	0.4	0.2	0.4	0.5	0.5
Echipeamente electrice	0.5	0.7	1.1	1.1	0.1	0.4	0.2	0.6	0.1	0.2	0.2	0.6
Comerț cu amănuntul (farmacii)	0.6	1.1	2.1	2.0	0.2	0.8	0.6	0.5	0.4	0.5	0.5	0.5
Comerț cu amănuntul (cosmetice)	0.7	1.1	1.7	3.0	0.0	0.5	0.7	0.5	0.8	1.0	1.0	1.1
Comerț cu amănuntul (automotive)	1.1	1.5	2.4	3.0	0.2	0.9	0.9	0.9	0.5	0.7	0.8	0.7
Comerț cu ridicata (cosmetice)	1.5	1.9	2.6	2.2	0.3	1.1	0.3	0.6	0.4	0.9	0.6	1.6
Comerț cu amănuntul (medicamente)	1.3	1.6	1.4	2.1	0.1	0.7	0.7	0.4	0.3	0.6	0.4	0.4
Comerț cu ridicata produse chimice	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.2
Telecomunicații	0.0	0.0	0.1	0.2	0.0	0.0	0.1	0.2	0.0	0.0	0.1	0.0
IT și servicii de informații	0.2	0.5	0.6	0.8	0.0	0.2	0.1	0.3	0.1	0.3	0.3	0.2

Deși numărul de insolvențe nu este semnificativ, dar evoluția insolvențelor din sectorul distribuției ar putea pune presiune suplimentară pe această industrie dacă trendul persistă.

\*\* Definiim "societăți active", acele companii care au încheiat situațiile financiare (bilanț și cont de profit și pierdere), și le-au transmis autorităților (Registrului Comerțului sau Ministerul Finanțelor Publice), în conformitate cu cerințele legale.

Sursa: Ministerul Finanțelor, Registrul Comerțului, MIND Research & Rating

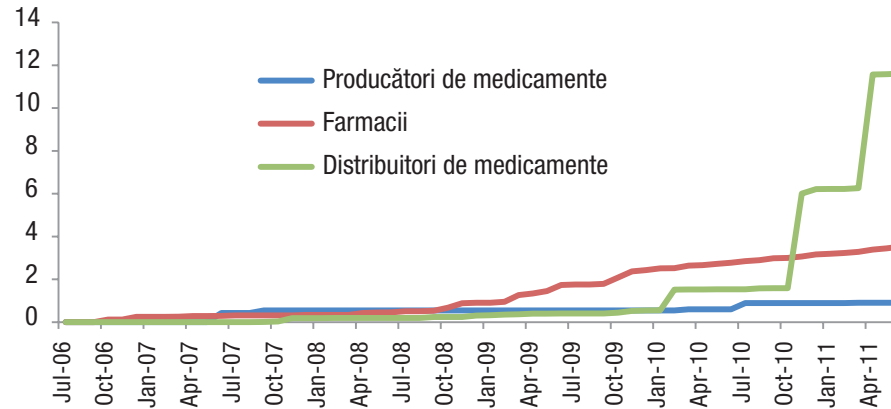
Profitabilitatea bună și perspectivele pozitive ale activității economice din industria farmaceutică au protejat destul de bine companiile din acest sector împotriva riscului de insolvență. Riscul de insolvență este mai mic comparativ cu alte sectoare economice, dar unele evoluții ar trebui să fie monitorizate mai atent.

Dinamica insolvențelor în cadrul economiei românești a luat avânt în ultimii ani, din cauza consecințelor crizei. Cazurile de insolvență nu au atins valori critice (ca număr) și nu există un astfel de risc, cel puțin pe termen scurt. Numărul de insolvențe la 100 de companii active a crescut de la 1.9 la 2.3 în perioada 2007–2010 (tabelul 3.1), iar valorile din H1/2011 scot în evidență o situație normală de curățare a entităților non-viabile din economie. Potrivit unei analize a Băncii Naționale a României, companiile care se confruntă cu insolvența joacă un rol relativ minor în sectorul real, dat fiind că acestea (i) dețin aproximativ 3,7 la sută din salariile totale ale societăților nefinanciare (decembrie 2010), (ii) reprezintă 2,1 la sută din valoarea adăugată a societăților nefinanciare (decembrie 2010) și (iii) au contribuit cu aproximativ 2,4 la sută la exporturile și importurile totale ale României în 2010 și cu 2,3 la sută la cele raportate în Q1/2011.

Companiile cele mai afectate de insolvență în H1/2011 activează în: fabricarea produselor de piele și a produselor conexe, industria en-gros a metalelor și agricultură (3,1 insolvențe la 100 de companii). Efectul de contaminare a industriei farmaceutice este redus, deoarece companiile din aceste sectoare au o interacțiune redusă cu companiile farmaceutice.

În ceea ce privește numărul de insolvențe, industria farmaceutică este mult sub nivelul național, iar mișcările din H1/2011 evidențiază o scădere în comparație cu cifrele la H1/2010 (de exemplu, numărul de insolvențe la 100 de companii a scăzut în comerțul cu ridicata de la 1.1 la 0.8 în perioada H1/2010-H1/2011, în timp ce cifrele pentru comerțul cu amănuntul au înregistrat o modificare de la 1.1 la 1.0 în același interval).

Grafic 3.3. Ponderea cifrei de afaceri a societăților comerciale aflate în insolvență în cifra de afaceri totală a sectorului (în procente)

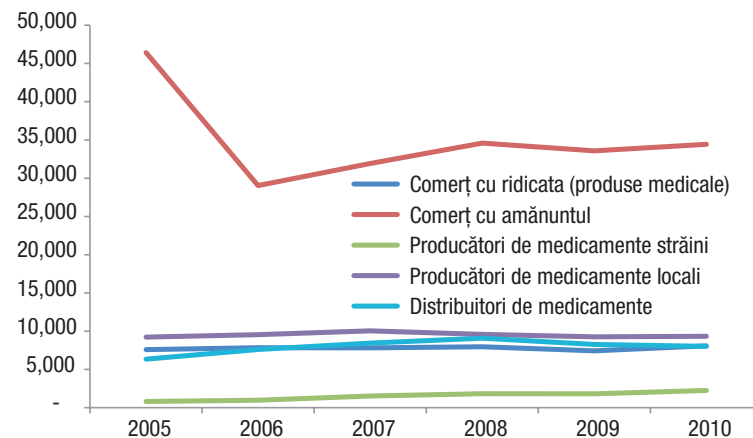


Sursa: Ministerul Finanțelor Publice, Registrul Comerțului, MIND Research & Rating

Deși numărul de insolvențe nu este semnificativ, dar evoluția insolvențelor din sectorul distribuției ar putea pune presiune suplimentară pe această industrie dacă trendul persistă.

Deși numărul de insolvențe nu este semnificativ, evoluția insolvențelor ar putea genera riscuri sistemice pentru anumite subsectoare ale industriei farmaceutice. În timp ce companiile insolvente care acționează în subsectoarele producției de farmaceutice și comerțul cu amănuntul nu afectează cifra de afaceri totală din aceste industrii, evoluțiile din comerțul cu ridicata ar putea genera riscuri sistemice. Ponderea cifrei de afaceri a societăților aflate în insolvență în cifra de afaceri totală a comerțului cu ridicata a ajuns la aproape 12 la sută în iunie 2011, de la sub 1 la sută în luna iunie 2009 (Grafic 3.3). Principala contribuție la acest rezultat a avut-o deschiderea procedurii de insolvență împotriva companiei Relad International, unul dintre cei mai mari distribuitori de medicamente.

Grafic 3.4. Numărul de angajați în subsectoarele industriei farmaceutice



Source: Sursa: Ministerul Finanțelor Publice, Registrul Comerțului, MIND Research & Rating

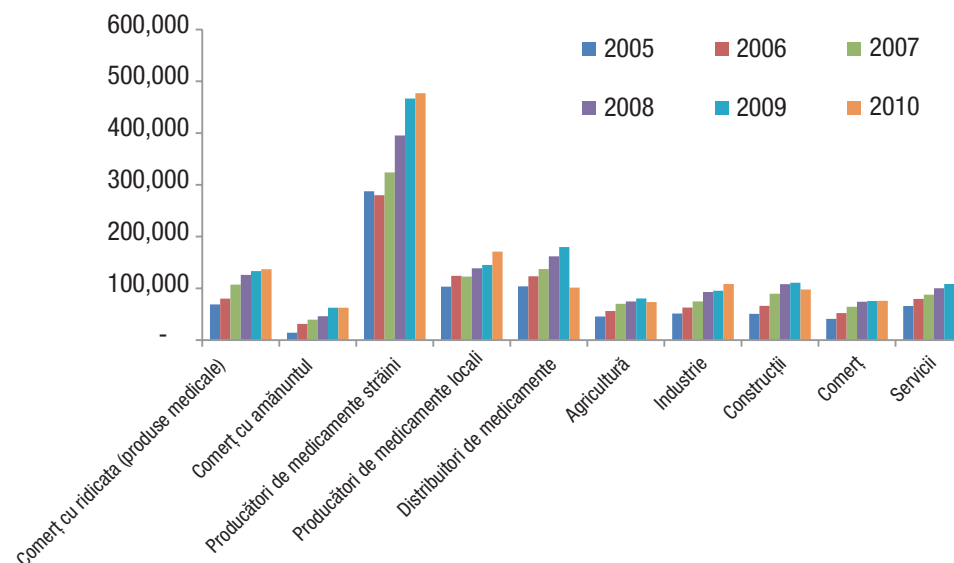
Numărul de angajați din companiile farmaceutice reprezintă 1.52 % din numărul total de salariați angajați în companiile nefinanciare din România...

...comerțul cu amănuntul a deținut cea mai mare parte a angajaților.

Costurile mai mari sunt justificate de o mai mare productivitate a muncii.

Un alt instrument important de diminuare a riscurilor de creștere a falimentului în industria farmaceutică este nivelul mai ridicat al competitivității forței de muncă. Piața forței de muncă din industria farmaceutică deține o pondere scăzută în totalul forței de muncă din România. Numărul de angajați din companiile farmaceutice se ridica la 62,100 în 2010, reprezentând 1.52 la sută din numărul total de salariați angajați în companiile nefinanciare din România. Acest procent a s-a situa între 1.3–1.7 în perioada 2005-2010.

Grafic 3.5. Productivitatea muncii (valoare adaugata/numar de angajați, RON)\*



\* Cifre calculate pentru un eșantion fix (de exemplu, au fost incluse doar companiile care au rămas în același sector al industriei farmaceutice sau al economiei românești pentru întreaga perioadă 2005-2010)

Sursa: Ministerul Finanțelor, MIND Research & Rating

La nivelurile subsectoriale ale industriei farmaceutice pe parcursul perioadei 2005–2010 comerțul cu amănuntul a deținut cea mai mare parte a angajaților, dar și cea mai mare volatilitate (Grafic 3.4). Producătorii străini au înregistrat cea mai mare creștere a numărului de salariați (numărul s-a triplat în 2005–2010), în timp ce producătorii locali au avut o abordare conservatoare, indiferent de stadiul ciclului de afaceri. Aceleași evoluții s-au înregistrat cu privire la costurile legate de forța de muncă.

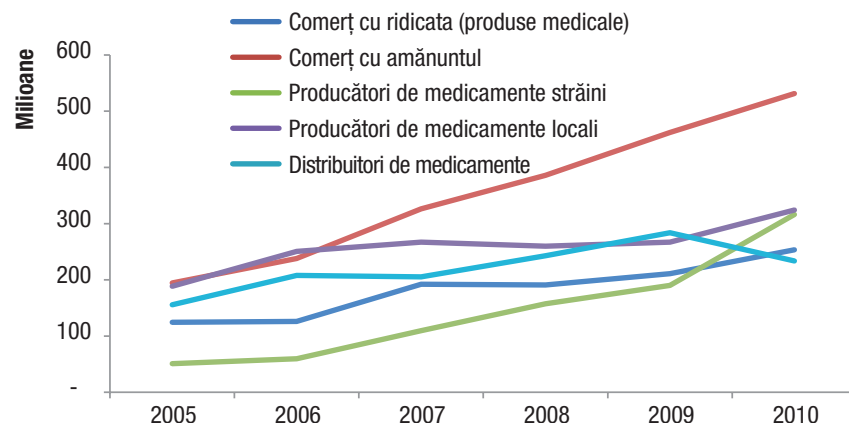
Toate subsectoarele industriei farmaceutice au înregistrat creșterea reală în ceea ce privește aceste costuri în 2005–2010, dar cu intensități diferite. Producătorii străini au crescut cheltuielile cu personalul în timp ce producătorii locali și distribuitorii au reușit să păstreze costurile cu personalul la un nivel constant în perioada 2007–2010 (Grafic 3.4).

Costul unitar cel mai ridicat cu forța de muncă este deținut de producătorii străini de farmaceutice, care sunt urmați de producătorii locali și de distribuitori. Aceste costuri unitare depășesc media tuturor sectoarelor economice mari (agricultură, industria prelucrătoare, comerțul și serviciile). Costurile mai mari sunt justificate de o mai mare productivitate a muncii (calculată ca valoare adăugată medie per angajat).

În topul productivității forței de muncă din industria farmaceutică s-au situat producătorii străini (productivitate medie anuală de 477 mii lei în 2010). Această productivitate și-a continuat trendul ascendent în perioada 2005–2010 (Grafic 3.5). Toate celelalte subsectoare din industria farmaceutică au cunoscut creșteri ale productivității muncii în aceeași perioadă, cu excepția distribuitorilor de medicamente (care au înregistrat o încetinire în 2010 datorită unei scăderi importante în valoarea adăugată, concomitent cu o creștere ușoară a numărului de salariați).

Contribuția industriei farmaceutice la bugetele centrale și locale s-a ridicat în 2010 la 1.7 miliarde lei, reprezentând aproximativ 20% din valoarea totală a medicamentelor vândute pe piață.

Grafic 3.6. Cheltuielile industriei farmaceutice cu taxe și impozite către bugetul central și local \*

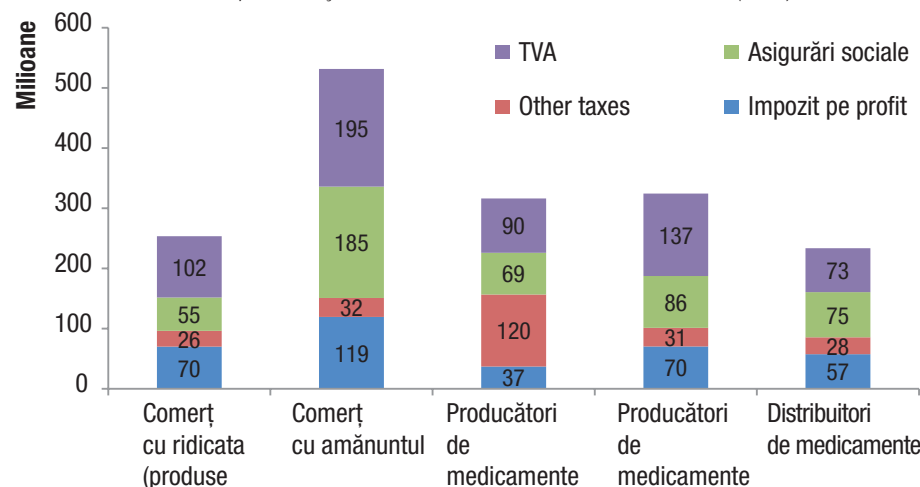


\* Costurile legate de TVA, asigurări sociale, impozit pe profit și alte taxe.

Sursa: Ministerul Finanțelor, MIND Research & Rating

Contribuția industriei farmaceutice la bugetele centrale și locale s-a ridicat în 2010 la 1.7 miliarde lei, reprezentând aproximativ 20% din valoarea totală a medicamentelor vândute pe piață. Contribuția fiscală a industriei farmaceutice a crescut cu 132 la sută în 2005–2010 (Grafic 3.6), în timp ce pentru totalul societăților nefinanciare creșterea a fost de 77 la sută (în termeni nominali, în același interval de timp).

Grafic 3.7. Structura impozitelor și taxelor achitate de industria farmaceutică (2010)



Sursa: Ministerul Finanțelor, MIND Research & Rating

Cel mai mare contribuabil la bugetul central și la cele locale este comerțul cu amănuntul de produse farmaceutice (aproape o treime din totalul cheltuielilor industriei farmaceutice din această categorie în 2010). Producătorii străini de produse farmaceutice au înregistrat cea mai mare creștere a obligațiilor fiscale (de șase ori în perioada 2005–2010 în termeni nominali), datorită dezvoltării semnificative a activității lor. Cheltuielile legate de TVA au cea mai mare pondere în totalul cheltuielilor cu taxe și impozite ale companiilor farmaceutice, în timp ce cheltuielile cu asigurările sociale se află în multe cazuri pe poziția a doua (Grafic 3.7).

Disciplina de plată în economia românească s-a deteriorat în ultimii ani.

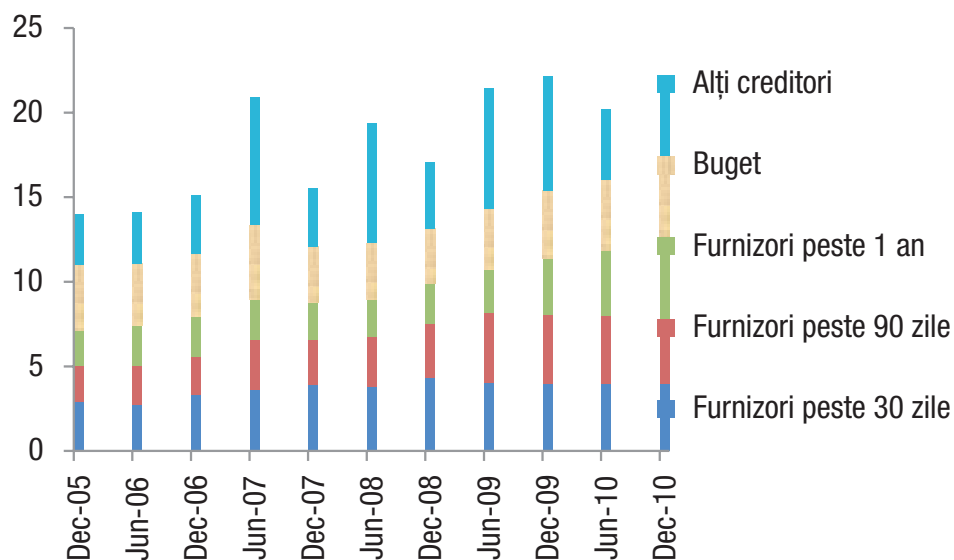
Slaba disciplină de plată se observă în ambele direcții – companiile nu își achită la timp obligațiile către stat, iar statul întârzie plata datoriilor către companii.

## 3.2. Implicațiile slabei disciplinei de plată

Disciplina de plată în economia românească s-a deteriorat în ultimii ani, dar există diferențe importante între sectoarele economice, dimensiunile companiilor, tipul de proprietate, etc. Slaba disciplină de plată nu este o caracteristică generală a economiei românești. Din aproape 100.000 de firme cu plăți restante către furnizorii lor (decembrie 2010), primii 1.000 au reprezentat aproape 60 la sută din totalul restanțelor (în cadrul cărora companiile de stat au înregistrat o pondere importantă). Din aproape 41,000 companii cu incidente de plată majore (ianuarie 2010 - iunie 2011), primii 50 au recunoscut aproape 20 la sută din sumele restante totale (conform datelor BNR).

Plățile restante în economia românească a crescut cu 28 la sută de la începutul crizei (decembrie 2008 - decembrie 2010), depășind 20 miliarde EUR (în decembrie 2010, Grafic 3.8). Cu toate acestea criza ar putea explica doar o fracțiune din dinamica plăților restante. Deteriorarea disciplinei de plată s-a observat pe parcursul ciclului economic, indiferent de fazele acestuia (creștere și recesiune, Grafic 3.8).

Grafic 3.8. Plăți restante în economia românească (în echivalent miliarde euro)



Source: Ministry of Public Finance, MIND Research & Rating

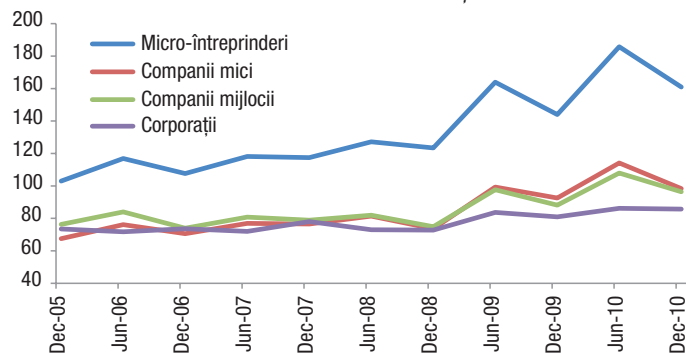


Termenul mediu de încasare a creanțelor a crescut la 102 zile (decembrie 2010), microîntreprinderile fiind cele mai afectate.

Industria farmaceutică înregistrează în prezent perioade medii de de colectare a creanțelor mai mari comparativ cu restul economiei.

Autoritățile publice joacă de asemenea un rol important în deteriorarea disciplinei de plată în economia românească. Restanțele totale ale statului față de furnizori s-au ridicat la aproape 4 miliarde lei la decembrie 2010. Din această sumă, 40% a fost înregistrată de către autoritățile locale și alte 40% de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate. În continuare arieratele guvernamentale față de societățile nefinanciare au reprezentat 1.12 miliarde lei (decembrie 2010), fiind în scădere; din acest total peste 80% au fost înregistrate de către autoritățile locale. Pe de altă parte nici societățile nefinanciare nu își achita la timp datoriile lor către autoritățile publice (plățile restante către autorități au fost de 20.5 miliarde lei în iunie 2010). Majoritatea acestor întârzieri este înregistrată de către întreprinderile de stat.

Grafic 3.9. Termenul mediu de încasare a creanțelor în economia României (număr de zile)



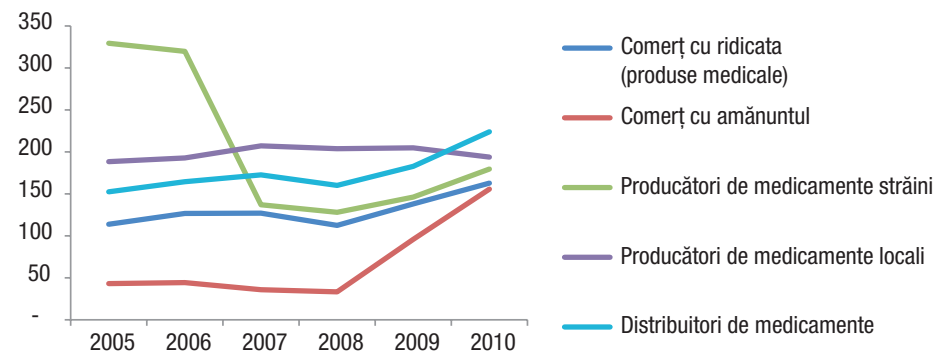
Sursa: Ministerul Finanțelor Publice, MIND Research & Rating

Termenul mediu de încasare a creanțelor a crescut cu aproape 25 la sută în perioada decembrie 2008 - decembrie 2010, de la 82 de zile la 102 zile. Microîntreprinderile au fost cele mai afectate (media perioadei de colectare a crescut la 186 de zile, la decembrie 2010), Grafic 3.9. Acordul nou de creditare cu FMI și UE, precum și modificările legislative ar îmbunătăți disciplina de plată în economie. Se ia în considerare (i) o reformă cuprinzătoare a întreprinderilor de stat, (ii) o scădere a arieratelor generate de către autorități, (iii) plata la timp a obligațiilor financiare ale statului etc.

Perioada de colectare medie din industria farmaceutică este caracterizată de două trăsături principale: (i) este cu mult peste media din economie și (ii) eterogenitatea crescută ce exista anterior între segmentele farmaceutice dispăre treptat.

Toate segmentele farmaceutice înregistrează în prezent perioade medii de colectare a creanțelor mai mari comparativ cu restul economiei (de exemplu față de agricultură, industria prelucrătoare, construcții, comerț și servicii). Cele mai mari constrângeri de lichiditate generate de creșterea perioadei medii de colectare a creanțelor sunt suportate de distribuitori (224 de zile, Grafic 3.10).

Grafic 3.10. Perioada medie de colectare a creanțelor în industria farmaceutică\* (număr de zile)



\* Include creanțe referitoare la întregul portofoliu de produse medicale vândute (nu numai medicamentele RX)  
Sursa: Ministerul Finanțelor Publice, MIND Research & Rating

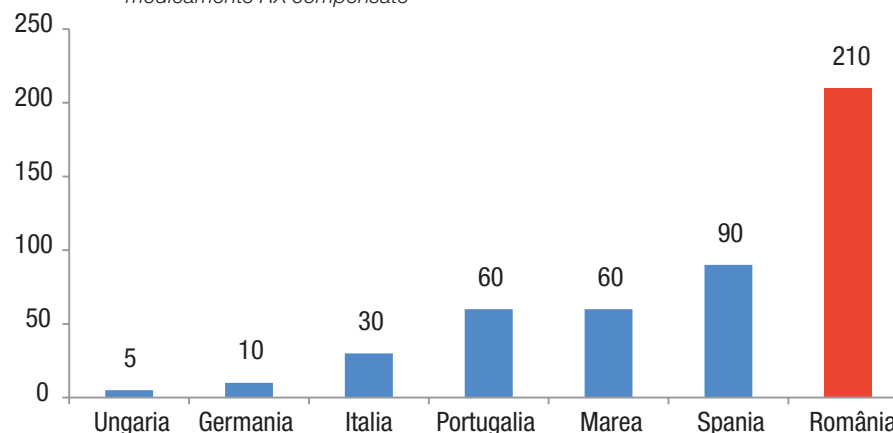
*Industria farmaceutică din România se confruntă cu termene medii de colectare semnificativ mai lungi față de alte țări.*

*Deși industria farmaceutică se confruntă cu mari constrângeri de lichiditate din cauza întârzierilor în încasarea creanțelor, companiile nu transferă în totalitate aceste efecte negative către partenerii lor financiari și comerciali.*

Perioada de colectare diferă semnificativ în funcție de tipul de medicament (OTC sau RX compensate). Cele mai mari termenele de plată sunt înregistrate pentru medicamentele RX compensate, unde plățile de la comercianții cu amănuntul la distribuitori variază de la 240 la 270 zile și cele de la distribuitori la producători de la 150 la 300 de zile.

Comparații între țările europene evidențiază faptul că societățile care activează în industria farmaceutică din România se confruntă cu termene medii de colectare semnificativ mai lungi față de alte țări (Grafic 3.11). Termenele oficiale de plată pentru medicamentele compensate sunt de până la 210 zile și cu toate acestea în realitate termenele au depășit 300 zile pe parcursul anului 2011. Fondul Național de Sănătate a extins în octombrie 2009 termenele de plată pentru medicamentele RX compensate de la 60 la 210 de zile, iar pentru medicamentele din cadrul Programelor Naționale de Sănătate de la 30 de zile la 120 de zile. Acesta a fost în principal rezultatul deficitului structural al sectorului public de sănătate, care a devenit vizibil după declanșarea crizei economice și financiare și care a cerut măsuri de urgență pentru a menține sistemul în funcțiune.

Grafic 3.11: Media termenelor de colectare a creanțelor în industria farmaceutică în țările selectate, 2010 (număr de zile), aferente portofoliului de medicamente RX compensate



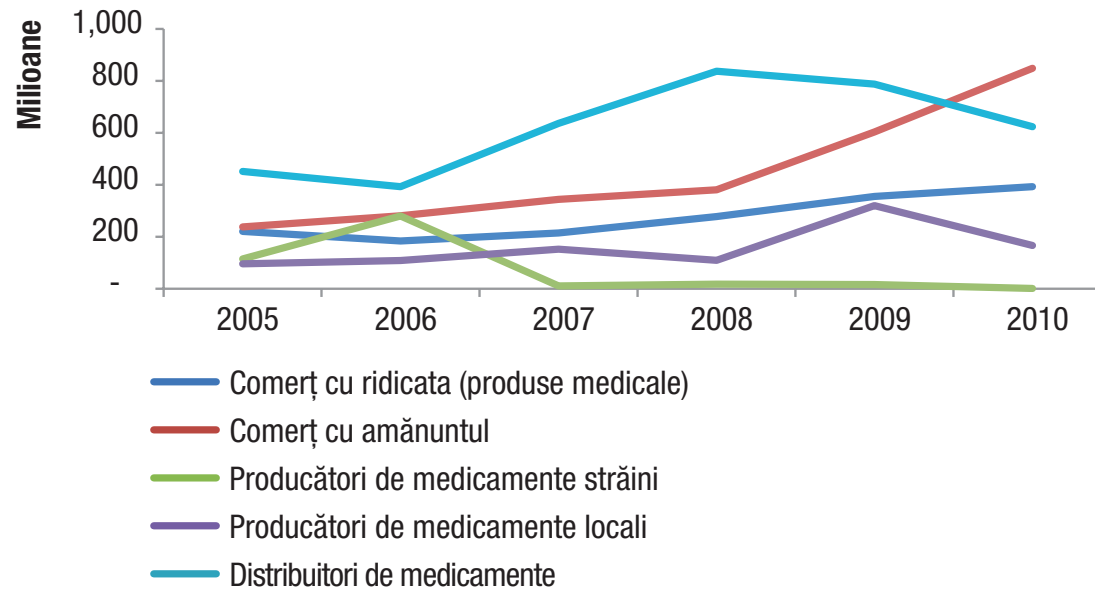
Sursa: CNAS, Asociația Națională a Farmaciștilor

Perioada de colectare a creanțelor de la CNAS ar trebui redusă până în 2013. Directiva 7/2011 a Parlamentului European și a Consiliului Uniunii Europene privind combaterea întârzierilor la plată în tranzacțiile comerciale obligă autoritățile publice ale statelor membre la reducerea termenelor de plată față de furnizori la nu mai mult de 60 de zile de la primirea facturii; în sectorul sănătății această perioadă poate fi prelungită până la 90 de zile (din care 30 de zile sunt aferente acceptării serviciilor sau de verificării facturilor). Directive trebuie implementate în legislațiile naționale până în martie 2013. România va trebui să se alinieze de asemenea acestor reguli, ceea ce presupune reducerea termenelor medii de plată în industria farmaceutică la cel puțin jumătate din termenii actuali. Pentru a diminua impactul bugetar de reducere a termenelor de plată în 2013, guvernul ar trebui să introducă reduceri secvențiale în următorul an și jumătate.

Deși industria farmaceutică se confruntă cu mari constrângeri de lichiditate din cauza întârzierilor semnificative în încasarea creanțelor, companiile nu transferă în totalitate aceste efecte negative către partenerii lor financiari și comerciali. Industria farmaceutică are o contribuție mică la restanțele generale din economie. Suma arieratelor datorate de către industria farmaceutică față de restul economiei este de 2,62 miliarde lei (decembrie 2010), reprezentând 2,78 la sută din totalul arieratelor generate de companiile nefinanciare.

Cea mai mare parte a acestor arierate generate de industria farmaceutică sunt față de proprii lor furnizori (92 la sută din totalul arieratelor, echivalentul a 2.41 miliarde lei, la decembrie 2010). Obligațiile financiare către autoritățile publice (bugetul de stat sau cele locale) sunt de obicei plătite la timp. Arieratele aferente asigurărilor sociale, fondurilor speciale, bugetului de stat sau bugetelor locale sunt de dimensiune redusă (0.18 miliarde lei).

Grafic 3.12: Dinamica arieratelor generate de subsectoarele industriei farmaceutice (milioane lei)



Notă: Cifre calculate pentru un eșantion fix (de exemplu, au fost incluse doar companiile care au rămas în același sector al industriei farmaceutice sau al economiei românești pentru întreaga perioadă 2005-2010)

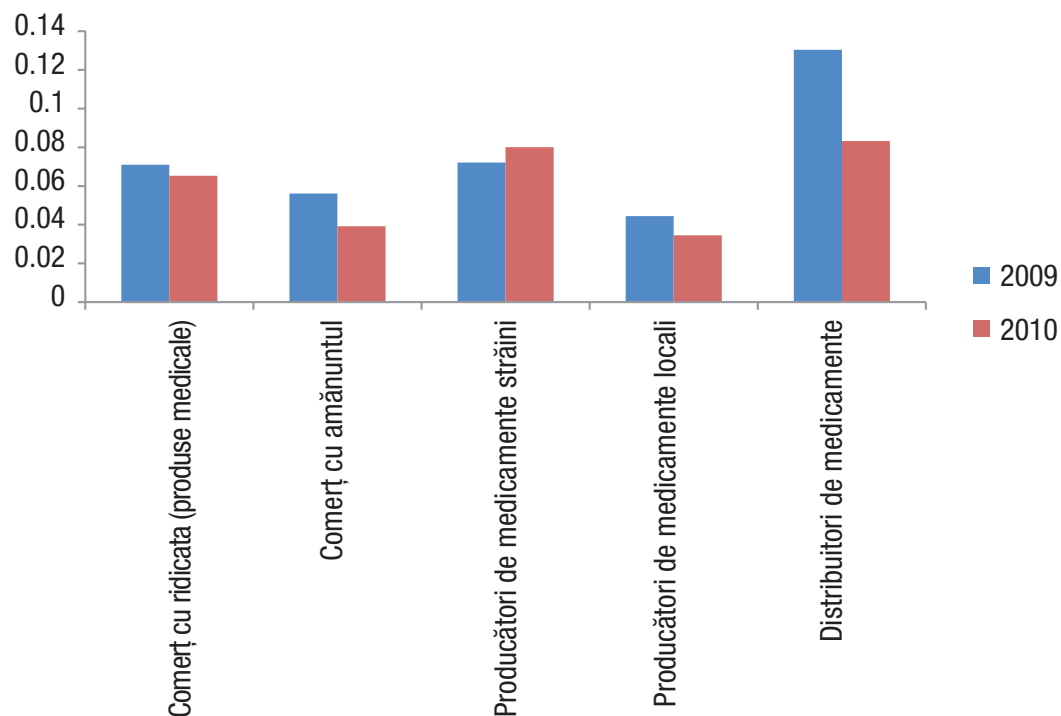
Sursa: Ministerul Finanțelor, MIND Research & Rating

Ritmul de creștere a arieratelor generate de către industria farmaceutică este mai redus decât ritmul mediu de creștere a arieratelor în economie. Rata de creștere a fost de 60 la sută în perioada 2005–2010 (în termeni nominali) în timp ce media a economiei a înregistrat o creștere de 84 la sută (în același interval). La nivelul subsectoarelor industriei farmaceutice companiile au un comportament diferențiat. Cele mai bune performanțe din punct de vedere al arieratelor este al producătorilor străini (plățile restante restante au scăzut de la 114 milioane lei la 1.3 milioane lei în perioada 2005–2010). La colțul opus se află comercianții cu amănuntul de farmaceutice. Arieratele acestora au crescut de 3,5 ori în timpul 2005–2010, de la 238 milioane lei la 848 milioane lei (Grafic 3.12).

### 3.3. Activitatea financiară în industria farmaceutică

Activitatea financiară a industriei farmaceutice este sub media companiilor din România. Companiile farmaceutice nu utilizează credite bancare în scopul de a-și sprijini activitățile, dar apelează la acționari pentru a sprijini nevoile lor de finanțare. Valoarea totală a împrumuturilor contractate de la instituțiile de finanțare locale se ridică la 1.46 miliarde lei (1,2 la sută din totalul creditelor acordate de băncile românești companiilor nefinanciare, la decembrie 2010) și este pe un trend descendent. Suma este cu 25 la sută mai mică decât cea înregistrată la decembrie 2009.

Grafic 3.13: Ponderea creditelor bancare în total active, pe subsectoare ale industriei farmaceutice (%)



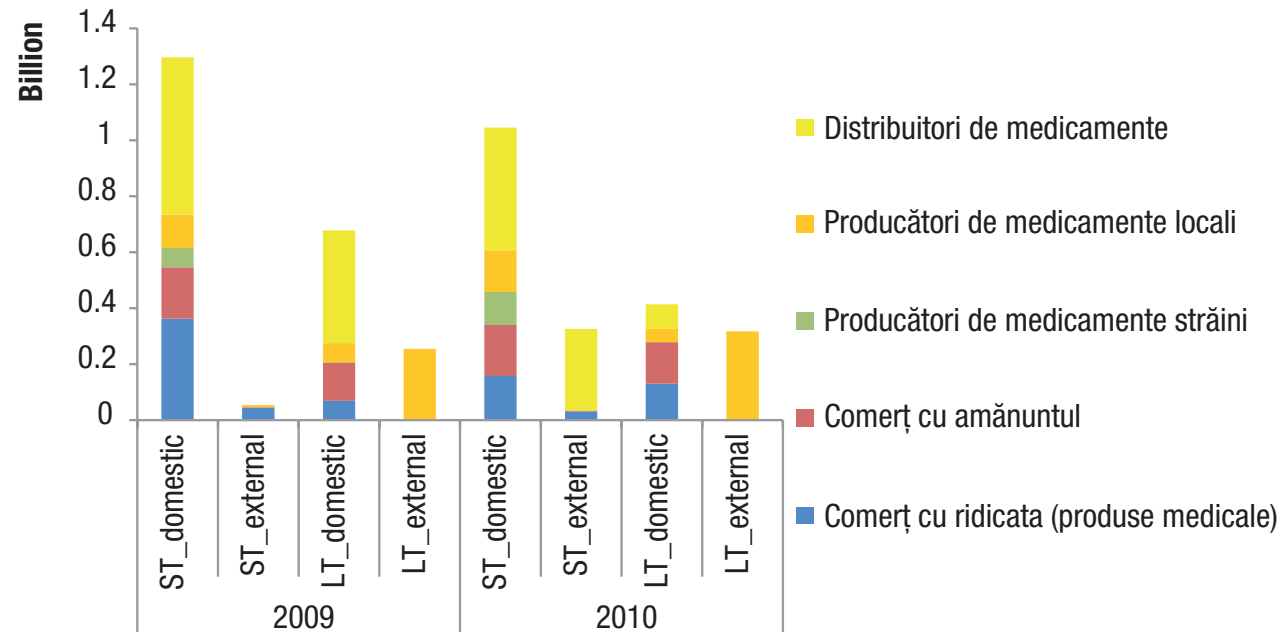
Notă: Cifre calculate pentru un eșantion fix (de exemplu, au fost incluse doar companiile care au rămas în același sector al industriei farmaceutice sau al economiei românești pentru întreaga perioadă 2005–2010)

Sursa: Ministerul Finanțelor, MIND Research & Rating

Volumul de credite contractate de la creditorii externi este de asemenea scăzut (0.64 miliarde lei, reprezentând 2,1 la sută din totalul creditelor externe acordate companiilor nefinanciare din România, la decembrie 2010), dar reflectă o majorare importantă față de anul precedent (0.31 miliarde lei, la decembrie 2009).

Structura pe scadențe a datoriei industriei farmaceutice evidențiază o înclinare spre termene scurte. Ponderea datoriei bancare pe termen scurt este de 65 la sută (la decembrie 2010). Acest tip de finanțare este contractat preponderent de la băncile locale (71 la suta din creditele bancare emise de către băncile locale, comparativ cu 51 la sută în cazul băncilor străine).

Grafic 3.14: Structura datoriei financiare, pe subsectoare ale industriei farmaceutice și maturități



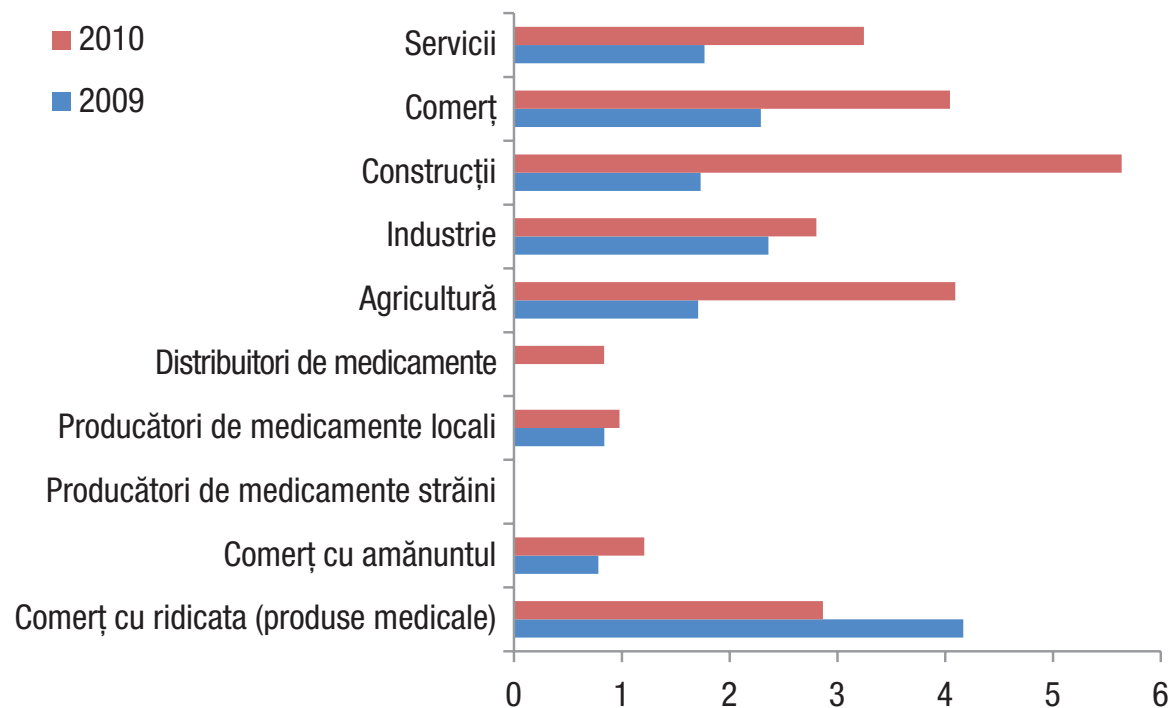
Sursa: Ministerul Finanțelor Publice, MIND Research & Rating

Distribuitorii de medicamente înregistrează cea mai mare pondere în creditele acordate de către băncile locale industriei farmaceutice. Aceștia înregistrează peste 50 la sută din totalul activității de creditare a băncilor locale cu această industrie (56 la sută în 2009 și 55 la sută în 2010). Poziția a doua este ocupată de către producători (27 la sută în 2009 și 20 la sută în 2010 din totalul împrumuturilor interne acordate industriei farmaceutice). Aceste companii sunt de asemenea importante pentru creditorii externi pe termen lung.

Industria farmaceutică este mai puțin riscantă comparativ cu restul economiei, în termeni de rambursare a datoriilor financiare.

Industria farmaceutică este mai puțin riscantă comparativ cu restul economiei, în termeni de rambursare a datoriilor financiare. Rata creditelor neperformante (NPL) raportate de companii în situațiile lor financiare a fost de 1.19 la sută, în timp ce toatul companiilor din economie a înregistrat credite neperformante de 3.71 la sută (la decembrie 2010). Ritmul de deteriorare a capacității de a acoperi serviciul datoriei financiare de este de asemenea mai scăzut pentru industria farmaceutică (NPL a crescut de la 1.14 la sută la 1,19 la sută în 2010, comparativ cu 2009, în timp ce întreaga economie afisat o majorare a creditelor neperformante de la 2,03 la sută la 3.71 la sută în același interval de timp).

Grafic 3.15: Credite neperformante\*, pe subsectoare ale industriei farmaceutice și sectoarele principale ale economiei



\* Creditele neperformante sunt calculate ca raport între totalul datoriilor restante față de bănci ale companiilor (principal și dobândă) și totalul creditelor contractate de la instituții financiare locale și străine

Sursa: Ministerul Finanțelor Publice, MIND Research & Rating

# 4. Impactul socio-economic al sectorului de sănătate

## 4.1 Impactul economic

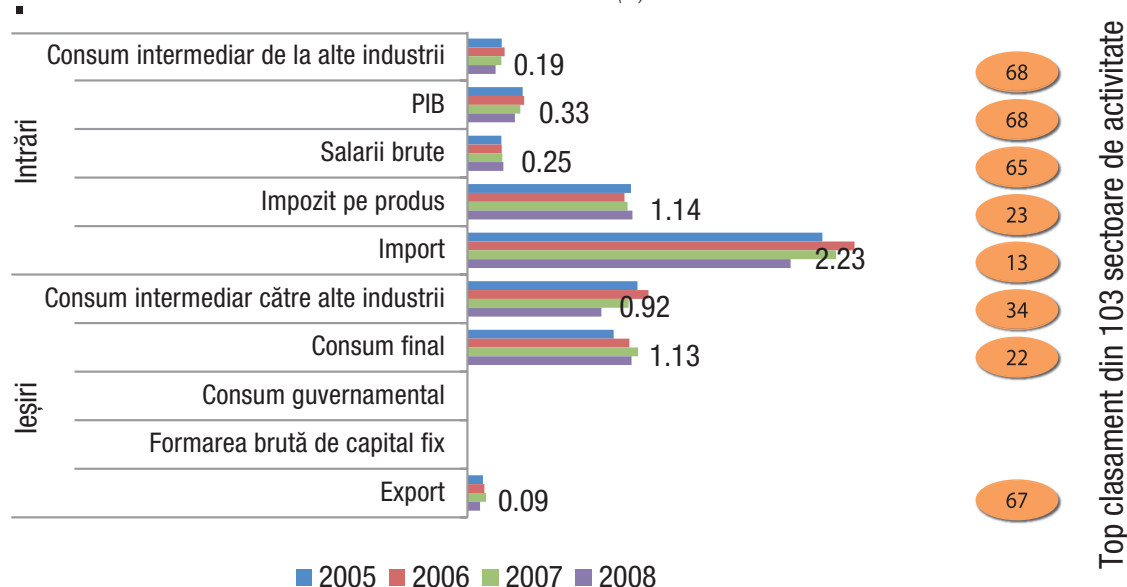
Notă: A se vedea Anexa 1 pentru detalii legate de notele metodologice ale analizei de intrări – ieșiri

Impactul economic al sectorului sănătății asupra economiei românești este evaluat printr-o analiză de intrări-ieșiri și se referă la efectele directe și indirecte ale industriei farmaceutice cât și ale sectorului serviciilor de sănătate asupra formării și utilizării PIB-ului, veniturilor bugetare, ocupării forței de muncă și a balanței comerciale.

**Efectele directe.** Industria farmaceutică are un rol major în lanțul de valoare al sectorului sănătății, în ciuda contribuției relativ reduse la activitatea economică (PIB), prin furnizarea de intrări-cheie, de exemplu, medicamente pentru sectorul de sănătate. Consumul intermediar de produse farmaceutice reprezintă aproape 1% din consumul total intermediar din economia românească (2008). Într-un clasament în cadrul a 103 sectoare economice care acoperă întreaga activitate economică, industria farmaceutică inovativă se află în jumătatea superioară a distribuției, pe locul 34, după de nivelul de producție utilizată drept consum intermediar în alte industrii.

*Industria farmaceutică are un rol major în lanțul de valoare al sectorului sănătății, în ciuda contribuției relativ reduse la activitatea economică.*

Grafic 4.1: Ponderea industriei farmaceutice în totalul economiei (%)



Sursa: Institutul Național de Statistică

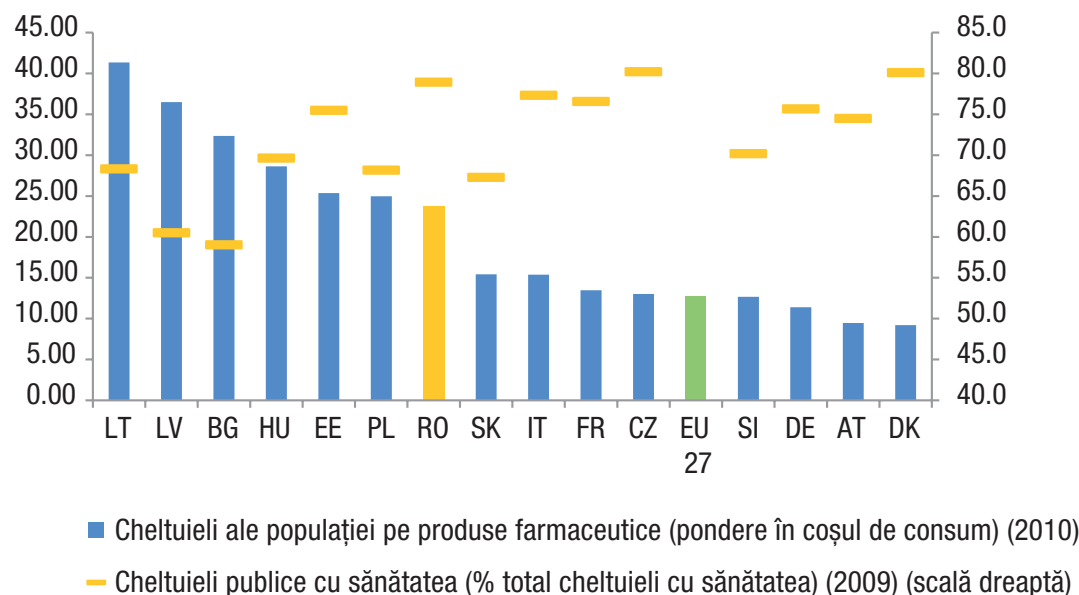


*Diferența dintre cererea pentru servicii de sănătate și de disponibilitatea resurselor publice care să le finanțeze determină populația să cheltuiască mai mult din buzunarele proprii.*

În același timp, consumul final al produselor farmaceutice reprezintă mai mult de 1% din totalul cheltuielilor pentru consumul final (cumulând gospodăriile și guvernul), ocupând locul 22 din 103 de sectoare economice. Consumul final de produse farmaceutice cuprinde numai cheltuielile efectuate de populație cu privire la medicamente necompensate sau compensate parțial (pentru partea care este necompensată) și nu include achiziția de medicamente a statului - în cadrul tabelelor de intrări-ieșiri, cheltuielile statului cu produse farmaceutice sunt reflectate în cheltuielile publice totale cu serviciile de asistență medicală și socială. Astfel, produsele farmaceutice reprezintă mai mult de 1,4% din cheltuielile gospodăriilor. În coșul mediu de consum al unei gospodării tipic românești, care este luat în considerare atunci când se estimează rata inflației, produse farmaceutice au o pondere de 2,5% (2010). Diferența dintre ponderea medicamentelor în cheltuielile gospodăriilor și cea calculată pe baza coșului mediu de consum este în principal legată de universul de acoperire, acesta din urmă excluzând unele categorii de cheltuieli ale gospodăriilor (de exemplu, tranzacții imobiliare).

Ponderea cheltuielilor farmaceutice în coșul de consum populației este determinată în principal de nivelul de acoperire a cheltuielilor de sănătate de către stat, prin intermediul sistemelor naționale de asigurări de sănătate, dar este influențat și de alți factori, precum nivelul general de dezvoltare a economiei sau starea de sănătate a populației. Un nivel mai mare de acoperire de către stat ar trebui să fie asociat, caeteris paribus, cu o pondere mai mică a produselor farmaceutice în cheltuielile gospodăriilor. În România însă, ponderea cheltuielilor gospodăriilor cu produsele farmaceutice în coșul IAPC este de două ori cât media europeană, în timp ce contribuția statului în totalul acheltuielilor de sănătate este una dintre cele mai ridicate. Acest rezultat se explică prin diferența dintre cererea pentru servicii de sănătate și de disponibilitatea resurselor publice care să le finanțeze. Astfel, populația trebuie să cheltuiască mai mult din buzunarele proprii pentru a-și acoperi nevoile de sănătate, având în vedere subfinanțarea constantă și ineficiența sistemului public de sănătate din ultimii 20 de ani.

Grafic 4.2: Cheltuielile populației cu produse farmaceutice vs acoperirea cheltuielilor cu sănătatea de către stat



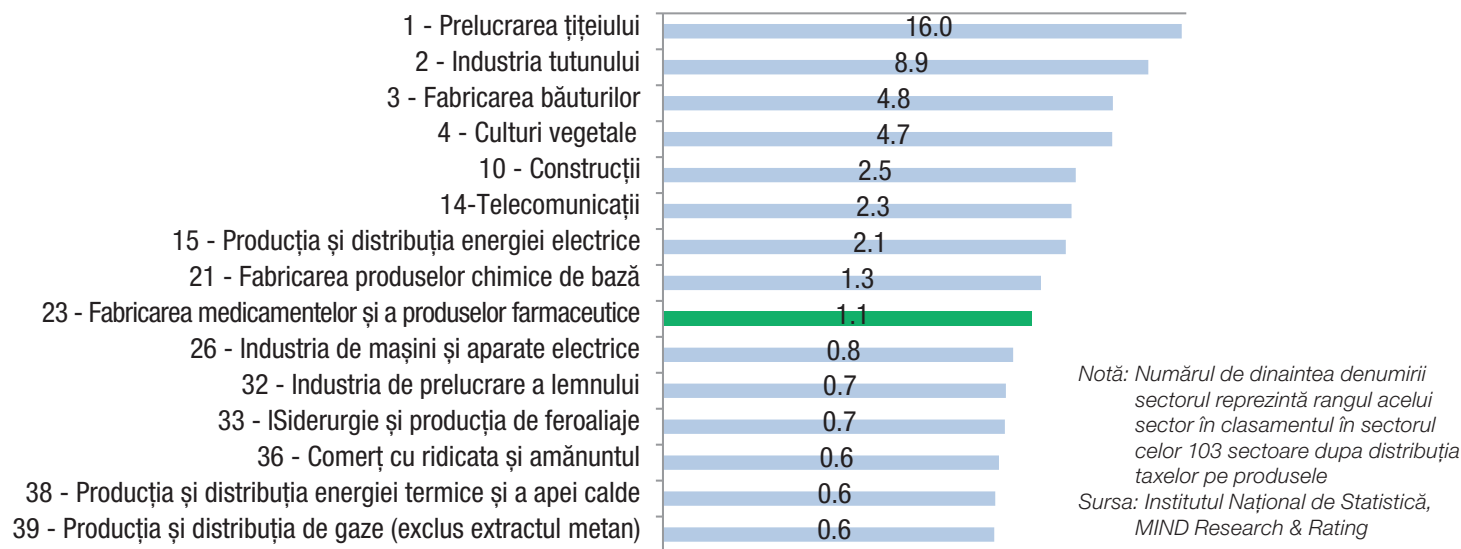
Sursa: Eurostat, WHO, MIND Research & Rating

Contribuția directă a industriei farmaceutice la formarea PIB și ocuparea forței de muncă este relativ modestă, deoarece cele mai multe produse farmaceutice sunt importate, în timp ce doar câțiva dintre producătorii mari de farmaceutice au facilități de producție în România. Astfel, contribuția totală la PIB a industriei farmaceutice este de 0,33%, în timp ce contribuția la totalul câștigurilor salariale brute ale angajaților totale reprezintă doar 0,25% (2008).

Cu toate acestea, volumul mare al importurilor de medicamente generează venituri importante din impozite și taxe pentru bugetul statului. Taxe pe produse - care includ în principal taxa pe valoarea adăugată, impozite și taxe la import și accize - aplicate produselor farmaceutice reprezintă 1,14% din totalul impozitelor pe produse colectate la nivel de economie. Acest lucru înseamnă că industria farmaceutică este al 23-lea cel mai mare contribuabil la veniturile fiscale ale statului dintr-un total de 103 de sectoare economice.

Primele trei industrii care au cea mai mare contribuție la veniturile fiscale ale statului produc bunuri supuse accizelor (petrol, tutun și băuturi), în timp ce pentru restul sectoarelor cea mai mare parte a taxelor pe produse este generată din taxa pe valoarea adăugată. Industria farmaceutică generează venituri mai ridicate din taxe pe produse decât alte industrii mult mai mari, cum ar fi industria metalurgică, industria lemnului, comerțul cu ridicata și cu amănuntul, apă, încălzire și industria de gaze.

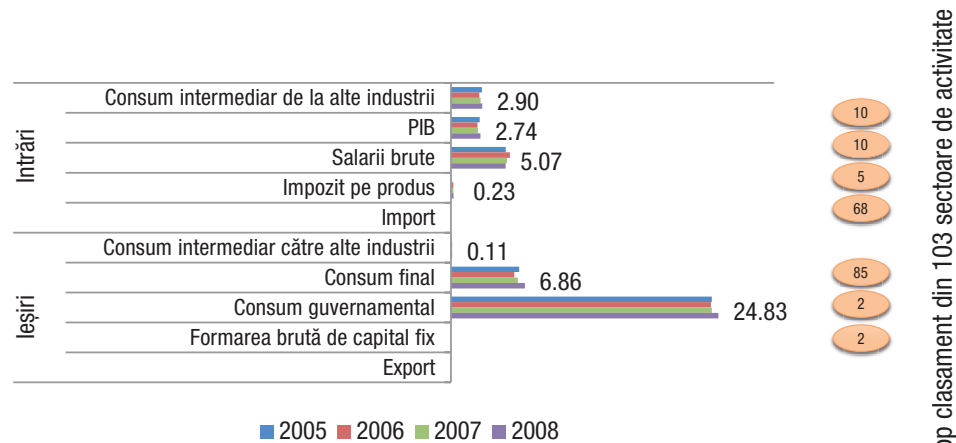
Grafic 4.3: Impozite pe produse colectate de la sectoare economice selectate (% din totalul taxelor) (2008)



Sectorul serviciilor de sănătate și asistență socială reprezintă una dintre cele mai importante surse de cerere între industrii pentru întreaga economie. Acesta absoarbe 2,9% din consumul total intermediar, fiind al zecelea cel mai mare sector economic din 103, în ceea ce privește cererea între industrii (2008). Printre cele mai importante intrări din alte industrii utilizate în serviciile de sănătate și asistență socială sunt medicamentele, produsele textile, alte servicii sociale, alimente, energie sau telecomunicații.

Contribuția serviciilor de asistență medicală și socială la formarea PIB este, de asemenea, semnificativă, 2,74%, fiind printre principalele sectoare din economie cu forță de muncă intensivă (2008). Câștigurile salariale brute ale angajaților din serviciile de sănătate și asistență socială au reprezentat 5,1% din câștigurile salariale brute totale din economie. Cea mai mare parte a serviciilor de sănătate și de asistență socială sunt furnizate gratuit populației, fiind finanțate de stat prin bugetul central și cele locale, cât și prin sistemului public de asigurări de sănătate. Cheltuielile guvernamentale cu aceste servicii, care includ în principal salariile plătite angajaților din acest sector și achiziționarea de medicamente, au reprezentat aproape 25% din cheltuielile guvernului pentru consum final.

Grafic 4.4: Ponderea serviciilor de sănătate și asistență socială, în total economie (%)



Sursa: Institutul Național de Statistică, MIND Research & Rating

**Efectele indirecte.** Industria farmaceutică are un impact mai mare asupra economiei globale decât este relevat de efectele directe. În scopul de a satisface cererea finală de produse farmaceutice, producătorii se bazează pe lângă importuri, pe interacțiunea cu alte sectoare economice, generând astfel cerere suplimentară între industrii, care se traduce în cele din urmă prin mai multă valoare adăugată, impozite, taxe și ocuparea mai mare a forței de muncă în economie.

Multiplicatorul simplu al producției oferă o evaluare inițială a dimensiunii efectului indirect. Acesta cuantifică impactul monetar a modificării cu o unitate a cererii finale de bunuri sau servicii produse de către o industrie specifică asupra producției totale a economiei.

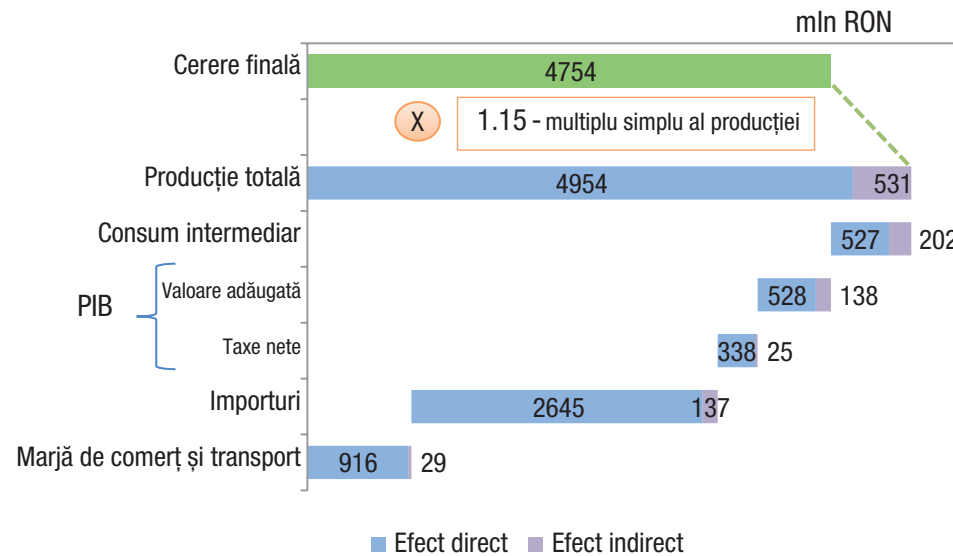
Modelul de intrare-ieșire este deschis cu privire la gospodăria, care se presupune că sunt deconectate de la sectoarele productive interdependente (adică exogene). În acest caz, cererea finală de produse farmaceutice este compusă din consumul populației de medicamente necompensate sau parțial compensate (pentru partea care este necompensată), variația stocurilor și a exporturilor; medicamentele necompensate sunt reflectate separat, în cheltuielile totale ale guvernului privind serviciile de sănătate și asistență socială.

Cererea finală de produse farmaceutice a generat un efect multiplicativ simplu de 1,15 asupra producției economice totale. Pe baza datelor din 2008 aceasta înseamnă că exporturile și achizițiile de medicamente ale populației, care s-au ridicat la 4,8 miliarde lei, au determinat o producție economică totală de 5.5 miliarde lei. Cea mai mare parte din aceasta este produsă de industria farmaceutică, 90% (efect direct), restul de 10% fiind generat de celelalte industrii care interacționează cu industria farmaceutică (efect indirect).

Graficul 4.5 subliniază diferența dintre efectul direct și cel indirect pentru principalii factori de producție. Consumul intermediar a reprezentat 13% din producția totală, sau 729 milioane lei, din care 72% a reprezentat consumul intermediar în industria farmaceutică. Restul de 28%, sau 202 milioane lei, este efectul indirect, reprezentând suma consumului intermediar suplimentar generat de alte industrii, în scopul de a satisface cererea de resurse din industria farmaceutică. PIB-ul a avut o pondere de 19% din producția totală, sau 1 mlrd lei. Din acesta, PIB-ul suplimentar generat de alte industrii care interacționează cu industria farmaceutică s-a ridicat la 138 milioane lei. Cea mai mare parte din producția totală este reprezentată de importurile de produse farmaceutice, care au un efect multiplicativ foarte mic asupra economiei, deoarece nu stimulează relațiile între industrii, nu generează valoare adăugată suplimentară și ocupare suplimentară a forței de muncă. Importurile totale în valoare de 2.8 miliarde lei au fost necesare în scopul de a satisface cererea finală de medicamente.

*Cererea finală de produse farmaceutice a generat un efect multiplicativ simplu de 1,15 asupra producției economice totale.*

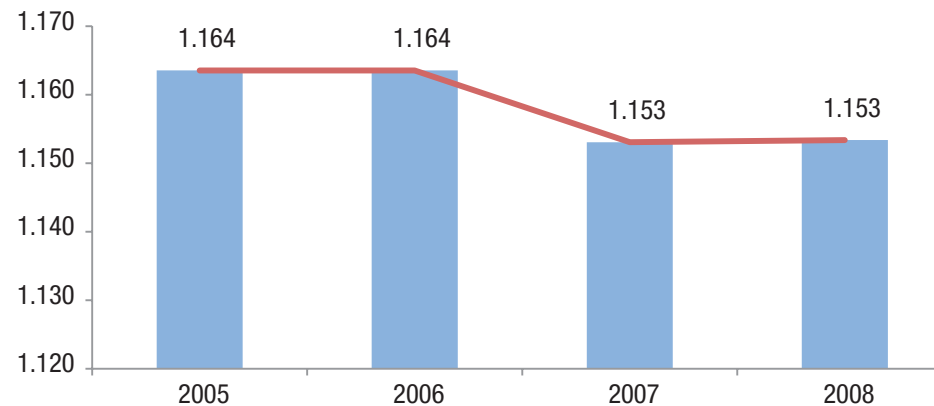
Grafic 4.5: Efect multiplicativ simplu a cererii finale de medicamente (2008)



Evoluția multiplicatorului simplu al producției pentru industria farmaceutică relevă o ușoară scădere începând cu anul 2007 (Graficul 4.6). Creșterea importurilor de produse farmaceutice, care a fost favorizată de eliminarea taxelor vamale cu privire la comerțul intracomunitar atunci când România a devenit membră a Uniunii Europene, a scăzut interacțiunile industriei farmaceutice cu alte sectoare economice interne, rezultând într-un declin al efectului multiplicativ.

Evoluția multiplicatorului simplu al producției pentru industria farmaceutică relevă o ușoară scădere începând cu anul 2007 (Graficul 4.6). Creșterea importurilor de produse farmaceutice, care a fost favorizată de eliminarea taxelor vamale cu privire la comerțul intracomunitar atunci când România a devenit membră a Uniunii Europene, a scăzut interacțiunile industriei farmaceutice cu alte sectoare economice interne, rezultând într-un declin al efectului multiplicativ.

Chart 4.6: Dynamics of simple output multiplier for pharmaceutical industry



Source: National Institute of Statistics, MIND Research & Rating

Deși în termeni absoluți nivelul total al ocupării forței de muncă generat în economie de către industria farmaceutică nu este substanțial, impactul indirect este semnificativ în termeni relativi: pentru fiecare 8 angajați care lucrează în industria farmaceutică, alți 3 angajați lucrează în alte sectoare ale economiei.

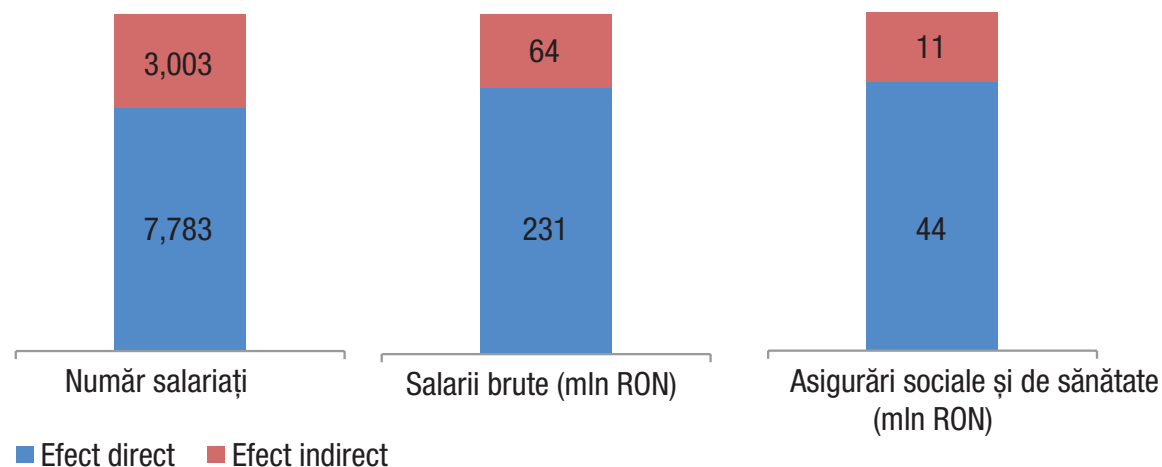
Cererea finală pentru serviciile de asistență medicală și socială are un efect multiplicativ mult mai mare în producția economică totală în comparație cu cererea finală de medicamente.

În ceea ce privește forța de muncă, industria farmaceutică a necesitat 7.783 de angajați (efect direct) în scopul de a satisface cererea finală de medicamente (anul 2008). O suplimentare de 3.000 de locuri de muncă (efect indirect) a fost necesară în alte sectoare ale economiei cu care industria farmaceutică a interacționat. Cele mai multe dintre aceste locuri de muncă au fost concentrate în industria textilă (386), alte servicii de transport (226), servicii sociale (203), servicii prestate companiilor (191), industria sticlei (150), aprovizionarea cu apă și servicii conexe de canalizare (125) și serviciile financiare (111).

Deși în termeni absoluți nivelul total al ocupării forței de muncă (efect direct și indirect) generat în economie de către industria farmaceutică nu este substanțial, impactul indirect este semnificativ în termeni relativi: pentru fiecare 8 angajați care lucrează în industria farmaceutică, alți 3 angajați lucrează în alte sectoare ale economiei pentru furnizarea de bunuri intermediare și de servicii pentru industria farmaceutică.

Acest lucru are implicații importante asupra politicilor economice promovate de către autoritățile publice, care ar trebui să se concentreze mai mult pe stimularea dezvoltării industriei farmaceutice interne. Astfel nu ar scădea doar dezechilibrele macroeconomice, prin reducerea dependenței față de importuri, dar va avea de asemenea un efect pozitiv de pârghie pe piața forței de muncă.

Grafic 4.7: Efect multiplicativ simplu al cererii finale de medicamente asupra forței de muncă (2008)



Sursa: Institutul Național de Statistică, MIND Research & Rating

Am analizat până în prezent impactul cererii finale de medicamente asupra producției economice totale. După cum s-a subliniat mai de vreme, cererea finală de medicamente include numai exporturile și achizițiile populației de medicamente necompensate sau compensate parțial. Mai departe evaluăm impactul cererii finale de servicii de sănătate și asistență socială asupra producției economice totale.

Cererea finală de servicii de asistență medicală și socială este compusă în principal din (i) cheltuielile statului cu salariile angajaților care lucrează în domeniul public de sănătate și de asistență socială și din achizițiile de produse farmaceutice (75%) și (ii) cheltuielile populației cu servicii private de sănătate și asistență socială (25%) (2008).

Cererea finală pentru serviciile de asistență medicală și socială are un efect multiplicativ mult mai mare în producția economică totală în comparație cu cererea finală de medicamente. În 2008 serviciile publice și private de sănătate și asistență socială furnizate populației s-au ridicat la 29 miliarde lei, generând o producție economică totală de 52 miliarde lei. Acest lucru implică un factor de multiplicare simplă a producției de 1,8 față de 1.15 în industria farmaceutică.

Instituțiile publice și private care furnizează servicii de sănătate și de asistență socială populației necesită intrări de la o mai multe sectoare economice, de la industria prelucrătoare la comerț și servicii, stimulând astfel întreaga activitate economică. Cererea între industrii generată de sectorul medical și de asistență și socială (efect direct) sa ridicat la aproape 15 miliarde lei în 2008. Principalii furnizori de bunuri și servicii provin din industria farmaceutică, industria textilă, servicii sociale și transporturi.

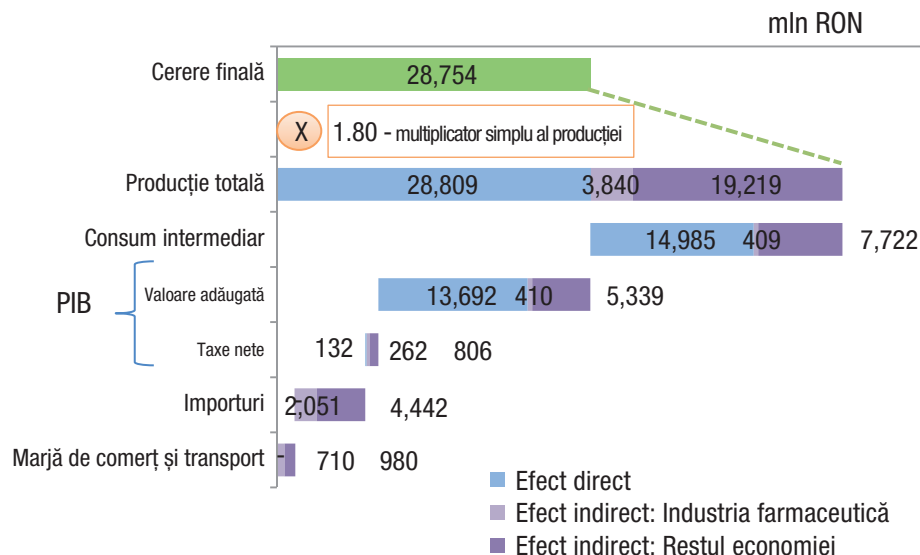
De exemplu, industria farmaceutică a furnizat medicamente în valoare de 3,7 miliarde lei în sectorul de serviciilor de sănătate (2008) ; aceste medicamente au fost utilizate pentru tratamente pe care populația le primește în spitalele publice sau private și clinici. La rândul lor, furnizorii de servicii de sănătate și asistență socială din sectorul au nevoie de intrări de la alte sectoare economice, în scopul de a produce bunurile și serviciile necesare. Cererea suplimentară între industrii generată de acești furnizori (efect indirect), a fost de 8.1 miliarde lei, din care 400 milioane lei a reprezentat consumul intermediar din industria farmaceutică.

Contribuția sectorului de asistență medicală și socială la formarea PIB-ului, cu efectele directe și indirecte, s-a ridicat la 21 miliarde lei, sau 4% din PIB (2008). Valoarea adăugată brută produsă direct în sectorul de sănătate și asistență socială, care include în principal salariile angajaților din sectorul public al sănătății, a reprezentat cea mai mare parte din această contribuție (66%). PIB-ul suplimentar generat în economie din la interacțiunea sectorul sănătății și asistenței sociale cu alte sectoare ale economiei a fost de 6.8 miliarde lei, sau 1,3% din PIB, din care industria farmaceutică a reprezentat 410 milioane lei.

Industria furnizoare de bunuri intermediare pentru sectorul de sănătate și asistență socială, s-au bazat în mare măsură pe importuri. În 2008 aceste importuri s-au ridicat la 6.5 miliarde lei. Importurile de medicamente folosite în spitale și clinici au reprezentat cea mai mare parte, 31% sau 2 miliarde lei. Alte categorii majore de import includ produse textile (16%), produse chimice (7%), ulei (5%), gaze (4%) și echipamente medicale (2,4%).

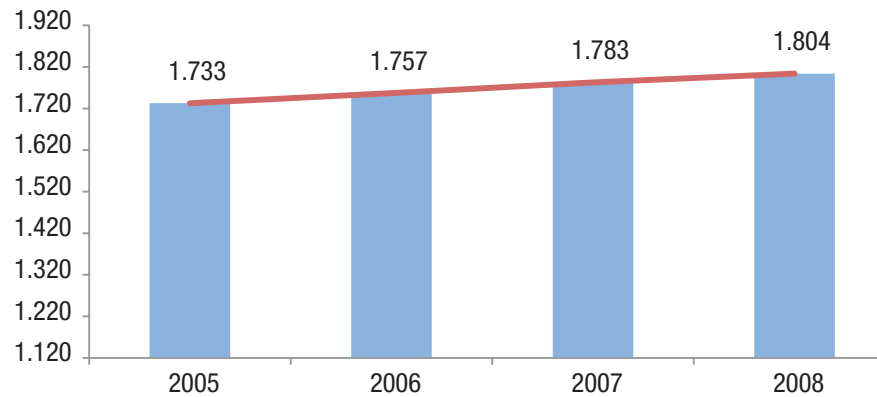
Interconectivitatea sectorului de sănătate și servicii de asistență socială cu alte industrii a crescut ușor în ultimii ani, rezultând într-un factor de multiplicare (simplu) de producție mai mare . Dezvoltarea sectorului privat de sănătate în ultimii ani a contribuit pozitiv la amplificarea interacțiunilor cu restul economiei.

Grafic 4.8: Efect multiplicativ simplu a cererii finale de servicii de sănătate și asistență socială (2008)



Sursa: Institutul Național de Statistică, MIND Research & Rating

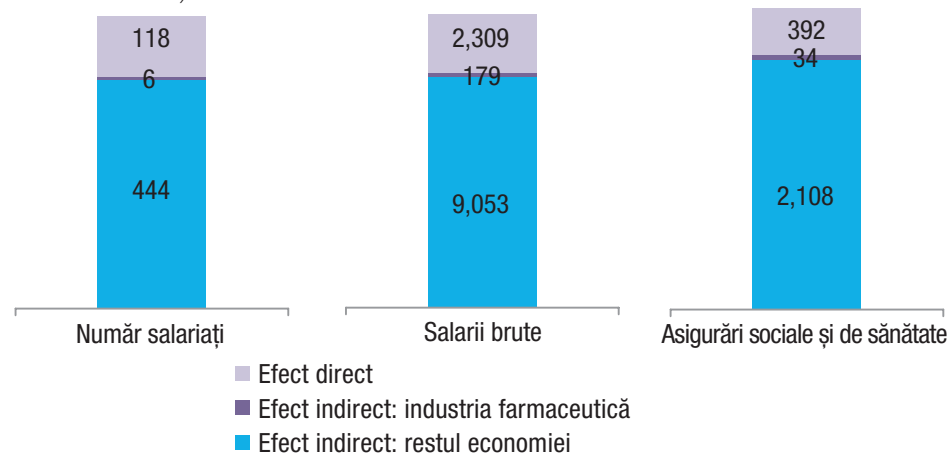
Grafic 4.9: Evoluția multiplicatorului de producție simplu pentru sectorul de sănătate și asistență socială



Sursa: Institutul Național de Statistică, MIND Research & Rating

Sectorul sănătății și asistenței sociale este unul dintre cei mai mari angajatori din economia românească. Acesta este, de asemenea, motivul pentru care are o contribuție importantă la formarea PIB. Cele mai mare parte din valoarea adăugată creată în acest sector reprezintă remunerarea forței de muncă. Începând cu 2008 erau aproximativ 444 mii de angajați care lucrau în serviciile de asistență medicală și socială, dintre care cei mai mulți au fost angajați în sectorul public. Prin interacțiunea cu alte industrii, serviciile de sănătate și asistență socială asigură 124 mii de locuri de muncă suplimentare în întreaga economie. De exemplu, aproximativ 6 mii de angajați au fost necesari în 2008 în industria farmaceutică pentru a asigura producția și furnizarea de medicamente pentru sectorul serviciilor de sănătate. Salariile brute ale angajaților care lucrează direct sau indirect pentru a satisface nevoile medicale și de asistență socială ale populației reprezintă 6,5% din câștigurile salariale brute totale din economie, sau 11.5 miliarde lei..

Grafic 4.10: Efectul multiplicativ al cererii finale de servicii medicale și de asistență socială asupra forței de muncă (2008) (milioane lei, dacă nu se specifică astfel)



Sursa: Institutul Național de Statistică, MIND Research & Rating



Standardizarea cifrelor la 2008 și presupunând că coeficienții tehnici ai matricei de intrari-ieșiri rămân neschimbate, pot fi trase următoarele concluzii:

**Pentru fiecare 1 miliard de lei modificați în cererea finală de medicamente și servicii de sănătate și asistență socială,**

- **Totalul producție în economie se modifică cu 1.7 miliarde lei, cu un efect multiplicativ de 1,7;**
- **Activitatea între industrii (consum intermediar) este ajustată cu 0.7 miliarde lei, cu un efect multiplicativ de 1,54;**
- **Valoarea adăugată brută se modifică cu 0.6 miliarde lei, cu un efect multiplicativ de 1,4;**
- **Taxele nete pe produse - de exemplu, TVA, accize și alte taxe – se modifică cu 46 milioane lei, cu un efect multiplicativ de 3,3;**
- **Totalul importurilor de bunuri și servicii variază cu 0.28 miliarde cu un efect multiplicativ de 3,5;**
- **Numărul total de salariați va fluctua cu până la 17 mii, câștigurile brute cu până la 0.35 miliarde lei și contribuțiile la asigurările sociale și de sănătate cu până la 80 milioane lei. Efectul multiplicativ asupra numărului de angajați este 1.28.**

Variația în cererea finală poate avea loc, de exemplu, ca urmare a unei schimbări în politica guvernului cu privire la sectorul de sănătate, prin alocarea de fonduri suplimentare sau reducerea cheltuielilor publice de sănătate. Existența arieratelor (guvernamentale) poate fi, de asemenea, echivalentă în termeni de consecințe cu o schimbare (negativ) în cererea finală. De exemplu, una dintre problemele structurale actuale ale finanțelor publice din România, care a apărut cu declanșarea crizei economice și financiare când veniturile publice au scăzut brusc, este deficitul persistent în sectorul public de asistență medicală. Soluția imediată a Guvernului la această problemă a fost creșterea termenelor de plată la aproape 1 an pentru produsele farmaceutice achiziționate. În cele din urmă aceste plăți restante s-au transformat în arierate deoarece guvernul nu a putut onora facturile la scadență. Într-adevăr, aceste arierate reprezintă o formă de finanțare forțată impusă de guvern producătorilor de farmaceutice.

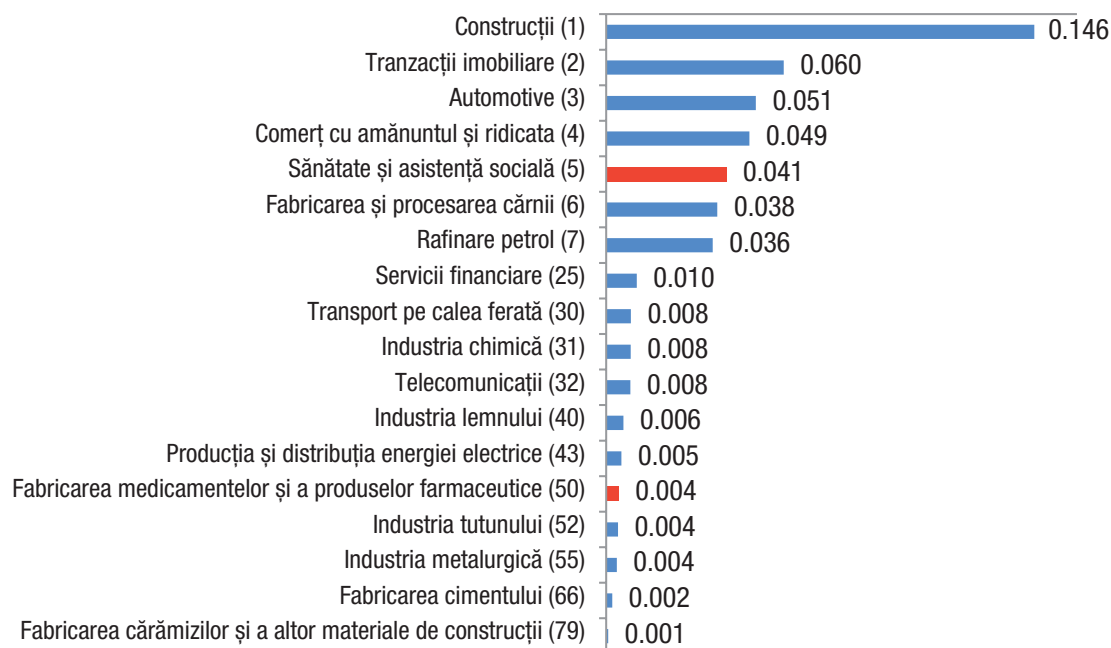
Atât timp cât producătorii de farmaceutice sunt dispuși și capabili să accepte rolul de creditor și să internalizeze costurile de oportunitate legate arierate, nu există efecte de contagiune în economie -producătorilor de produse farmaceutice continuă să interacționeze cu alte sectoare ale economiei, în scopul de a produce medicamente. Totuși, dacă aceste arierate persistă și producătorii de farmaceutice sunt în măsură să acopere costurile de oportunitate, există riscul ca industria farmaceutică să își ajusteze producția în jos (de exemplu, scăderea ofertei de medicamente). În afară de impactul social major al unui astfel de eveniment, efectele de reducere a producției s-ar putea propaga în întreaga economie, pe baza legăturilor între industrii, determinând pierderi suplimentare.

Următorul pas în cuantificarea efectelor industriei farmaceutice asupra economiei este de a analiza elasticitatea producției. Până acum ne-am uitat doar la impactul nominal (multiplicatorul producției). Cu toate acestea, în scopul de a compensa diferențele de dimensiune între industrii pentru a putea compara efectele multiplicative din industrii, trebuie utilizată elasticitatea producției în loc de multiplicatorii producției. Elasticitatea producției cuantifică impactul în puncte procentuale a unei schimbări de 1% în cererea finală a unui anumit sector asupra producției totale din economie. În plus, elasticitatea producției poate fi descompusă în elasticitățile factorilor de producție (de exemplu, valoarea adăugată, ocuparea forței de muncă, taxe, importurile etc.)

În figura de mai jos sunt enumerate o serie de sectoare economice și elasticitatea producției lor totale. Sectorul de construcții are cea mai mare elasticitate a producției în funcție de cererea finală, deoarece interacționează cu o gamă largă de industrii, în scopul de a satisface cererea finală.

În acest caz, o schimbare de 1% în cererea finală de servicii de construcții generează o schimbare de 0,146% în producția totală al economiei. Serviciile de sănătate și asistență socială au a 5-a cea mai mare elasticitate a producției în funcție de cererea finală din 103 de sectoare economice. Industria farmaceutică este în mijlocul distribuției, pe poziția 50, și are o elasticitate a producției în funcție de cererea finală apropiată de cea a industriei lemnului sau de cea a sectorului energetic (producția de energie electrică), dar este înaintea industriei tutunului, industria metalurgică sau a materialelor de construcții.

Grafic 4.11: Elasticitățile producției în funcție de cererea finală în sectoarele economice selectate (%) (2008)



Notă: Numărul între paranteze după denumirea sectorului indică poziția sectorului în clasamentul elasticității producției în funcție de cererea finală pentru 103 sectoare economice

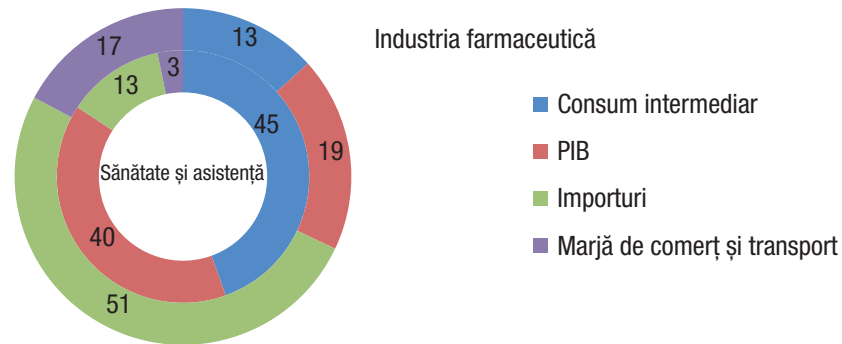
Sursa: Institutul Național de Statistică, MIND Research & Rating

Următorul pas este de a analiza contribuția factorilor de producție la elasticitățile de producție. În special vrem să vedem cât de mult din modificarea procentuală a producției totale în economie, ca urmare a unei schimbări de 1% în cererea finală a unui anumit sector, se datorează unei schimbări în consumul intermediar, PIB, import sau transport și adaos comercial.

Mai mult de jumătate (51%) din modificarea procentuală a producției totale din economie, care este declansată de o modificare cu 1% a cererii finale de medicamente este cauzată de importuri și doar 19% din aceasta reprezintă valoare adăugată (PIB) (Graficul 4.12).

În cazul serviciilor de asistență medicală și socială, PIB-ul și consumul intermediar au o contribuție mult mai mare la modificarea producției economice, de 40% și respectiv 45%.

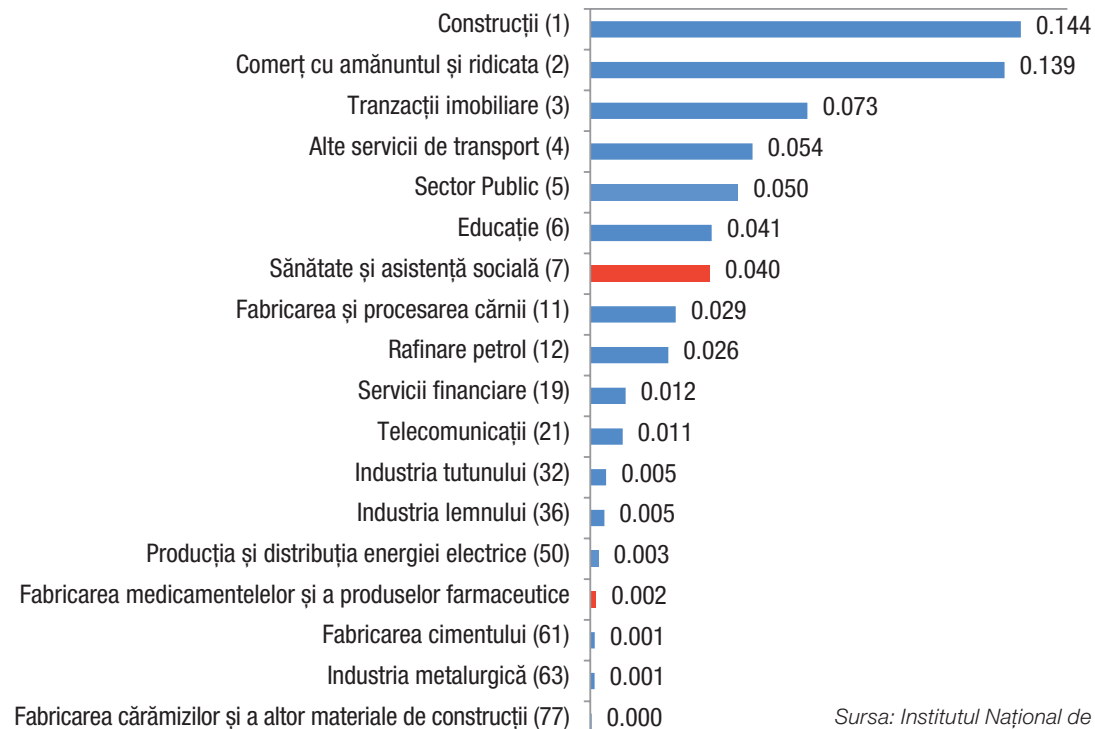
Grafic 4.12: Descompunerea elasticităților producției în funcție de cererea finala pe principalii factori de producție (%) (2008)



Sursa: Institutul Național de Statistică, MIND Research & Rating

Dacă ne uităm la elasticitatea PIB-ului în funcție de cererea finală, putem observa mici modificări în clasamentul industriilor, comparativ cu clasamentul pe baza elasticității producției în funcție de cererea finală, depinzând de ponderea bunurilor intermediare fabricate pe piața internă pe care o industrie o folosește față de bunurile intermediare importate. Serviciile de sănătate și asistență socială se află pe locul 7 în timp ce industria farmaceutică este pe poziția 52 din 103 de industrii.

Graficul 4.13: Elasticitatea PIB-ului în funcție de cererea finală în sectoarele economice selectate (%) (2008)



Sursa: Institutul Național de Statistică, MIND Research & Rating

## 4.2. Sănătate – cheltuieli vs efecte socio-economice pe termen lung

*În România speranța de viață la naștere a intrat pe un trend ascendent spre sfârșitul anilor '90, mult mai târziu decât în cazul altor țări din ECE.*

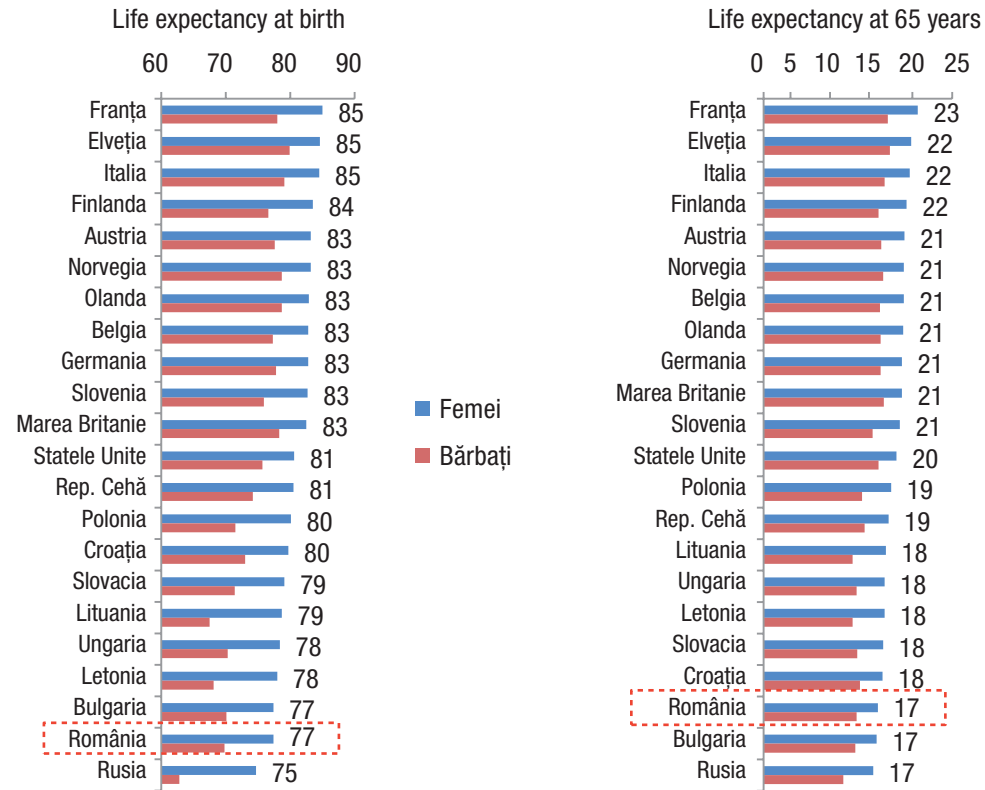
Această secțiune analizează relația dintre sănătate și dezvoltarea economică și evaluează măsura în care politicile economice din sectorul sanitar românesc pot afecta starea sănătății și în cele din urmă pot contribui la o îmbunătățire a nivelului de trai. Sănătatea este un factor cheie al bunăstării sociale și economice. Starea bună de sănătate duce la creșterea pe termen lung a participării forței de muncă și a productivității, prin urmare, fiind unul dintre principalele motoare ale creșterii economice pe termen lung. Starea sănătății este determinată de o gamă largă de factori, de la stilul de viață și obiceiurile culturale la dezvoltarea economică, accesul la tratamente inovative, resurse pentru servicii sanitare și politici publice. Ultimii doi factori sunt de o importanță majoră în rezultatul pe termen lung al stării de sănătate. Nivelului și eficiența resurselor de asistență medicală, care depind în primul rând de calitatea politicilor publice aplicate, determină măsura în care starea sănătății poate fi îmbunătățită.

Conform definiției OMS, sănătatea poate fi definită în termeni generali ca “o stare de completă bunăstarea fizică, mentală și socială și nu doar absența bolii sau a infirmității”. Indicatorul cel mai utilizat care măsoară starea de sănătate a populației este speranța de viață, care indică numărul mediu de ani de viață suplimentari, care o persoană este de așteptat să trăiască în cazul în care ratele de vârstă specifice de deces sunt considerate să rămână neschimbat pe tot parcursul vieții persoanei rămase.

În România speranța de viață este printre cele mai mici dintr-un grup de referință de țări emergente (Graficul 4.14), cu speranța de viață la naștere în jurul valorii de 77,4 ani pentru femei și 69,8 ani pentru bărbați, comparativ cu o medie de 79.2 și respectiv 71.2 ani în țările ECE (2009). În același timp speranța de viață la 65 de ani în România s-a situat la 17,2 ani pentru femei și 14 de ani pentru bărbați, sub media ECE de 18,4 și respectiv 14,5 ani.

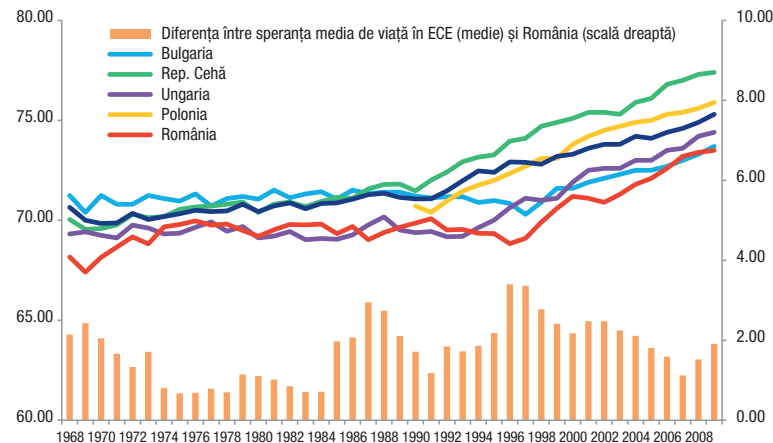
Privind evoluția speranței de viață în țările ECE în ultimii 50 de ani, putem vedea că perioada de timp corespunzătoare regimului comunist, până în anii '90, nu a adus nicio îmbunătățire în starea de sănătate a populației (Graficul 4.15). De fapt, în România speranța de viață la naștere a intrat pe un trend ascendent spre sfârșitul anilor '90, mult mai târziu decât în cazul altor țări din ECE. Există mai multe explicații pentru acest lucru. Pe de o parte, România a trăit o formă mai dură de comunism decât alte țări din ECE și, pe de altă parte, în primii ani de tranziție la economia de piață, asistență medicală nu a fost o prioritate pe agenda Guvernului. Astfel, în '97, diferența dintre speranța medie de viață în țările ECE (exclusiv România) și speranța de viață în România a atins un maxim de 3,36 ani. Între '97 și 2007 starea de sănătate a populației din România a început să se îmbunătățească treptat și să recupereze o parte din acest decalaj. Cu toate acestea, după cum vom vedea mai târziu această secțiune, această îmbunătățire în starea de sănătate a populației nu a fost o urmare a politicilor de sănătate mai bune și mai eficiente, ci mai degrabă rezultatul natural al unei perioade de creștere economică prelungită, care a generat o creștere a resurselor la dispoziția bugetului de stat și, implicit, a sectorului public de sănătate. Incepând cu anul 2008 când economia românească a intrat în recesiune, evoluția speranței de viață în România a înregistrat performanțe mai scăzute decât media regională.

Grafic 4.14 Speranța de viață în România vs țări selectate (în ani) (2009)



Sursa: Eurostat, adaptat după Young and Wilkie

Grafic 4.15: Evoluția pe termen lung a speranței de viață (în ani) în țările ECE



Sursa: Eurostat, MIND Research & Rating

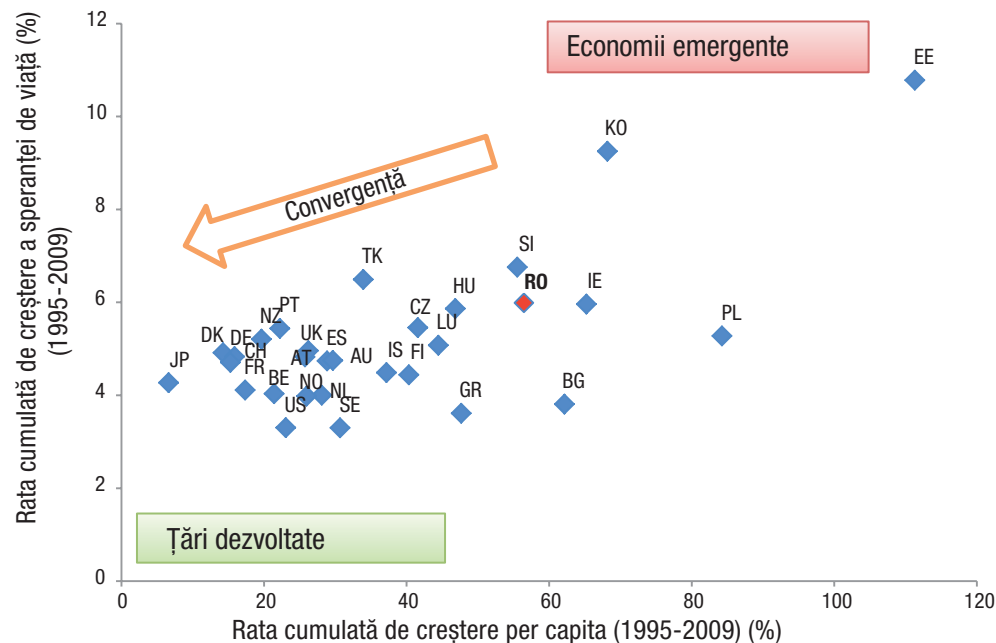
În România cheltuielile totale cu sănătatea (care rezultă atât din sectorul privat și cât și cel public) ca procent din PIB au rămas relativ constante din anul 2000, la aproximativ 5,4% din PIB.

Creșterea economică este un factor determinant major pentru starea sănătății pe termen lung, în special în cazul economiilor în curs de dezvoltare. Venitul mai mare facilitează accesul la asistență medicală, educație, nutriție și locuințe, iar toate acestea contribuie în timp la o stare de sănătate mai bună (Young and Wilkie, Jourmand et al 2008). Această relație este mai puternică în cazul economiilor de piață emergente, unde o creștere a nivelului de venituri va avea un impact mai mare asupra stării de sănătate decât în cazul țărilor dezvoltate. Relația funcționează, de asemenea, în direcția opusă, o stare de sănătate mai bună contribuie pe termen lung la un nivel crescut de venituri, prin participarea forței de muncă și productivitate.

În ultimii 15 ani, economia românească a cunoscut o proces de convergență rapidă, care a fost susținută de intrările de capitaluri străine (în special începând cu anul 2005 când a fost liberalizat contul de capital) (Grafic 4.16). PIB-ul real pe cap de locuitor a crescut cu o rata cumulată de 56% în această perioadă de timp. În același timp speranța de viață în România a crescut cu 6%, sau 4,16 ani. În ciuda acestor evoluții, în prezent, starea de sănătate a populației din România rămâne una dintre cele mai slabe din Europa.

Una dintre cauzele acestui rezultat a fost lipsa de inițiativă publică în ultimul deceniu de a lua măsurile necesare pentru reformarea sectorului sănătății. Întrucât în alte țări din ECE (Polonia, Slovacia, Slovenia, Estonia) resursele de asistență medicală ca procent din PIB au crescut în ultimii ani, indicând faptul că autoritățile publice au considerat sectorul sanitar ca pe o prioritate pentru creșterea economică pe termen lung, în România cheltuielile totale cu sănătatea (care rezultă atât din sectorul privat și cât și cel public) ca procent din PIB au rămas relativ constante din anul 2000, la aproximativ 5,4% din PIB (Grafic 4.17).

Grafic 4.16: Creșterea economică și speranța de viață



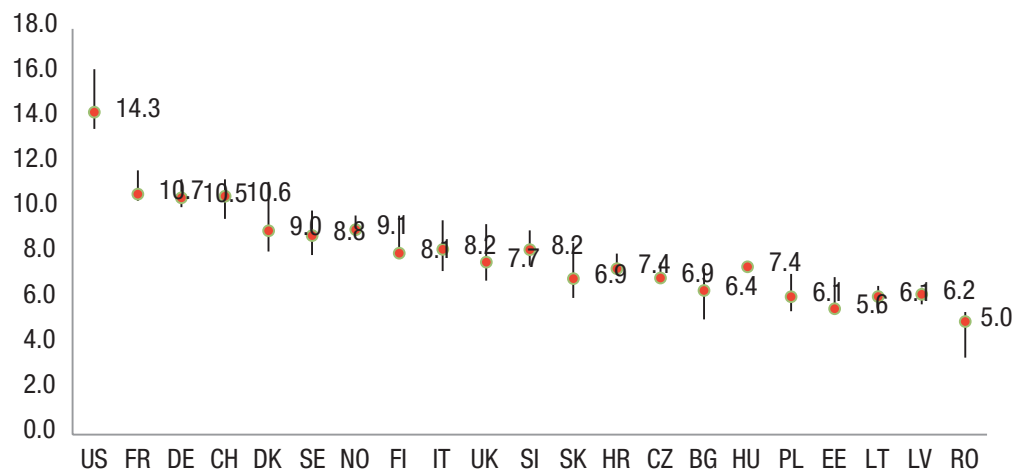
Sursa: OMS, Eurostat, MIND Research & Rating

România a avut unul dintre cei mai ridicați DALY la 100 mii locuitori dintre țările ECE, cu 15.651 DALY.

Principalul factor pentru DALY în România sunt bolile netransmisibile.

...în principal datorită tuberculozei și a infecțiilor respiratorii.

Grafic 4.17: Evoluția cheltuielilor sanitare totale (% din PIB) între 1995 și 2009



Notă: pentru fiecare țară cel mai de jos punct de pe bara reprezintă totalul cheltuielilor cu sănătatea ca procent din PIB în 1995, cel mai înalt punct de pe bara reprezintă valoarea cheltuielilor de sănătate ca % din PIB în 2009, în timp ce **punctul roșu este media pentru perioada 1995-2009.**

Interpretare: în cazul României cheltuielile cu sănătatea ca procent din PIB în 2009 au fost aproape de media din ultimii 15 ani, ceea ce este un indiciu al faptului că autoritățile publice nu au întreprins măsuri reale pentru a îmbunătăți finanțarea sectorului de sănătate.

Sursa: OMS, MIND Research & Rating

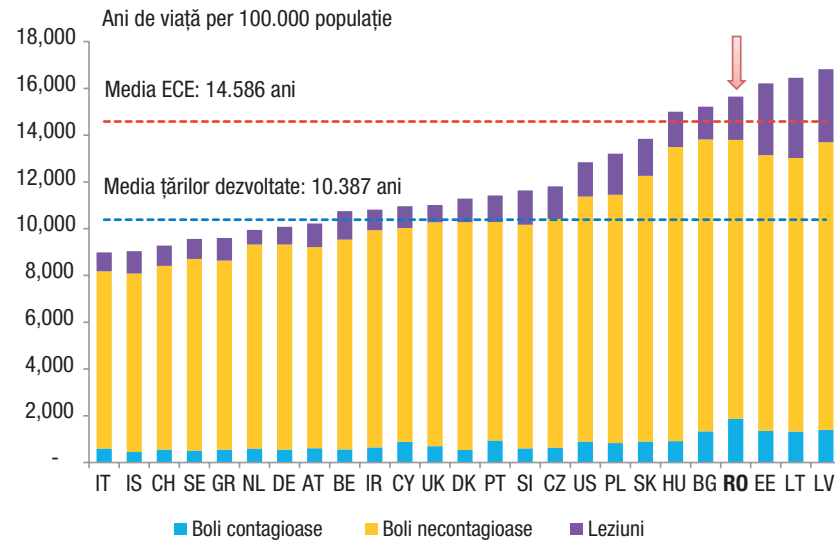
Unul dintre principalele dezavantaje ale speranței de viață ca indicator al stării de sănătate a populației este incapacitatea sa de a cuantifica calitatea vieții, povara bolii, leziuni sau handicap. Indicatorul Anii de viață ajustate în funcție de incapacitate (DALY) dezvoltat de Organizația Mondială a Sănătății, oferă o măsură a anilor de viață sănătoasă pierduți din cauza stării de sănătate precară sau a handicapului. Acesta combină timpul trăit cu handicap și timpul pierdut ca urmare a mortalității premature. Un DALY poate fi gândit ca o pierdere ani "sănătoși" de viață. În fapt DALY măsoară diferența dintre starea actuală de sănătate a populației și o situație ideală în cazul în care întreaga populație trăiește până la o vârstă avansată fără boală sau de invaliditate.

În 2004, România a avut unul dintre cei mai ridicați DALY la 100 mii locuitori dintre țările ECE, cu 15.651 DALY (Grafic 4.18). În același timp, media ECE a fost de 14.586 DALY în timp ce media pentru țările dezvoltate a fost semnificativ mai mică, de 10.387 DALY. În cadrul structurii, principalul factor pentru DALY sunt bolile netransmisibile, reprezentând peste 80% din anii de viață pierduți în economiile dezvoltate și între 70% -80% în economiile emergente. În România bolile netransmisibile au reprezentat 76% din total DALY. Bolile netransmisibile reprezintă zona de prioritate a producătorilor de medicamente inovative. Prin cercetarea și inovarea continuă aceste companii sunt capabile să producă medicamente care permit pacienților cu boli cronice să trăiască vieți mai lungi, mai sănătoase și mai productive. Astfel, instrumentele pentru reducerea DALY există. Cu toate acestea decizia revine autorităților publice și depinde în mare măsură de proiectarea și gestionarea sistemului public de sănătate.

România a înregistrat un DALY neobișnuit de mare din cauza afecțiunilor transmisibile, maternale, perinatale și nutritive, 12% din total DALY, plasându-se pe ultima poziție în UE. Spre comparație, media în țările dezvoltate a fost de 6%, în timp ce țările din ECE au înregistrat o medie de 7%. Povara acestor afecțiuni asupra populației poate fi ușurată pe termen scurt și mediu prin politici adecvate și eficiente de prevenire și tratare, cu o rată de succes mai mare decât în cazul bolilor netransmisibile, deoarece cele mai multe dintre bolile transmisibile pot fi tratate eficient în zilele noastre. Astfel, în acest context, este discutabil de ce autoritățile publice nu au luat până în prezent măsuri eficiente pentru a controla bolile transmisibile la un nivel comparabil cu cel din alte țări din ECE.



Graficul 4.18: DALY în țările dezvoltate și emergente selectate (2004)

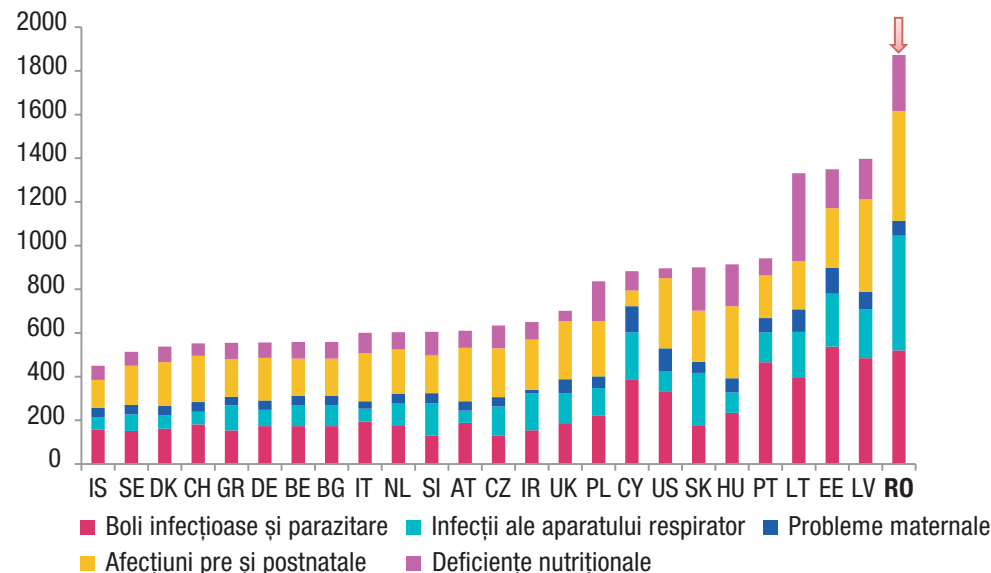


Notă: DALY nu sunt disponibile ca serii de timp, ultimul punct în timp fiind anul 2004

Sursa: OMS, MIND Research & Rating

Tuberculoza și infecțiile respiratorii sunt principalele cauze pentru DALY datorită afecțiunilor transmisibile, maternale, perinatale și nutriționale din România, reprezentând 39% din totalul anilor de viață pierduți. Condițiile perinatale, cum ar fi infecțiile neonatale sau prematuritate au de asemenea o incidență ridicată comparativ cu alte țări din jurul nostru.

Grafic 4.19: DALY datorită afecțiunilor transmisibile, maternale, perinatale și nutriționale (2004)

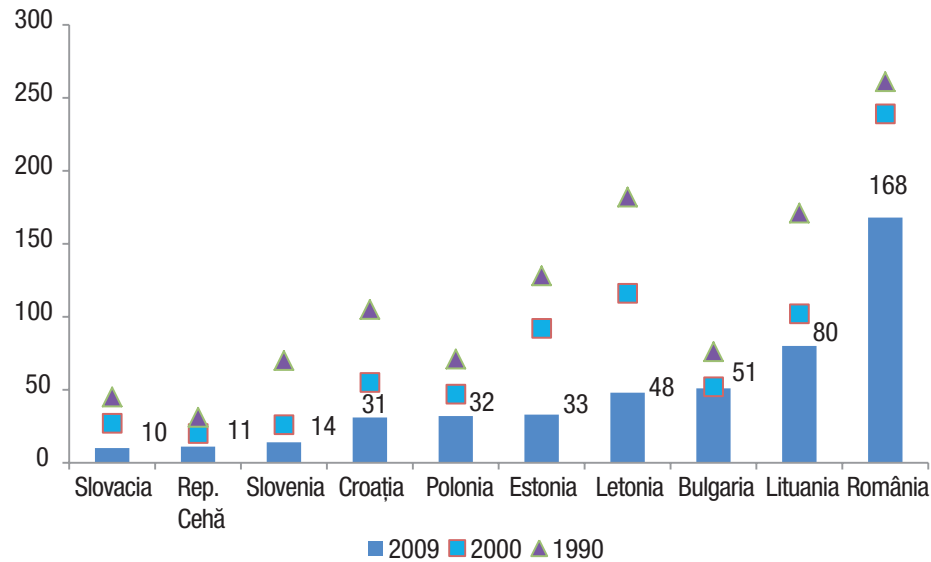


Sursa: OMS, MIND Research & Rating

Dacă DALY (la 100 mii locuitori) în România ar converge de la 15.651 ani la media UE, care este de aproximativ 10.000 de ani, va determina o creștere în producția economică de 6,7 miliarde euro (6% din PIB).

Prevalența tuberculozei în România este nu numai de mai multe ori mai mare decât în alte țări din ECE dar, de asemenea, eforturile autorităților române de-a lungul ultimelor două decenii pentru a limita impactul acestei boli asupra populației au fost mai puțin eficiente decât în alte părți. De exemplu, între 1990 și 2009, prevalența tuberculozei a fost redusă în Slovacia cu 78%, în Republica Cehă cu 65%, în Slovenia cu 80%, în Polonia cu 65%, în timp ce în România a scăzut cu doar 36% (Grafic 4.20).

Grafic 4.20: Prevalența tuberculozei la 100,000 locuitori



Sursa: OMS, MIND Research & Rating

Deci, în acest context, este important să avem o idee clară despre impactul pe care povara bolii îl are pe termen lung asupra potențialului de creștere economică. Reducerea impactului poverii bolii asupra economiei ar trebui să constituie obiectivul principal al politicilor publice de sănătate.

DALY poate fi transformat în echivalent al producției economice pierdute pe termen mediu și lung. Valoarea economică a unui DALY poate fi aproximat prin PIB pe cap de locuitor. Cu alte cuvinte, un an de la viața activă a pierdut într-un ciclu de viață de către un individ poate fi considerat echivalent cu un an a pierdut de participare la activitatea economică, cu toate implicațiile ce decurg din aceasta (de reducere a producției, veniturilor, taxelor, consumului etc).

Pentru a estima valoarea actuală a producției economice pierdute (OL) pe termen mediu și lung din cauza DALY-ului total, avem nevoie de proiecția populației de-a lungul ciclului de viață medie rămasă -  $P_0$  populației în anul de bază, și  $p$  creștere pe termen lung a populației -, PIB-ul pe cap de locuitor în anul de bază, rata de creștere pe termen mediu și lung a PIB-ului pe cap de locuitor ( $g$ ), rata rentabilității cerută în economie ( $r$ ), precum și fracțiunea din total DALY ( $\gamma_k$ ) care este a pierdut într-un anumit an ( $k$ ) din totalul anilor ciclului de viață rămase ( $n$ ). Transpunând în termeni matematici, relația este:

$$OL = DALY \cdot \sum_{k=1}^n \frac{P_0 \cdot (1+p)^k \cdot GDP \text{ per capita}_0 \cdot (1+g)^k \cdot \gamma_k}{(1+r)^k}, \text{ where } \sum_k \gamma_k = 1$$

Dacă pentru simplitate presupunem că rata de creștere a PIB-ului pe cap de locuitor este egală cu rata rentabilității cerută în economie și că povara totală a bolii (DALY) este la fel de răspândită de-a lungul ciclului de viață rămasă ( $\gamma_k = 1/n$ ), formula de mai sus se reduce la:

$$OL = DALY \cdot P_0 \cdot GDP \text{ per capita}_0 \cdot \frac{1}{n} \sum_{k=1}^n (1 + p)^k$$

Având în vedere povara actuala a bolii asupra populației măsurată prin DALY, economia românească pierde în jur de 18.6 miliarde euro (15% din PIB) în producție economică pe termen mediu și lung în comparație cu situația în care întreaga populație ar avea o stare de sănătate ideală (DALY = 0). Cu toate acestea, un exercițiu mai realist este să evaluăm excedentul în producția economică, care este determinat de o îmbunătățire a stării de sănătate a populației la un nivel similar cu cel al mediei UE. Deci, presupunând că DALY (la 100 mii locuitori) în România ar converge de la 15.651 ani la media UE, care este de aproximativ 10.000 de ani, va determina, caeteris paribus, o creștere în producția economică de 6,7 miliarde euro (6% din PIB).

Tabel 4.1: Estimarea producției economice pierdute datorită DALY în România

Variabilă	Valoare estimată
Speranța de viață (2009)	74
Vârsta medie a populației (2010)	39
Ani rămași de viață (speranța de viață - vârsta medie a populației)	35
Populație (2010)	21,462,186
Rata de creștere pe termen lung a populației (%)	-0.3
PIB per capita (EUR) (2010)	5,700
DALY, per 100 mii populație (2004)	15,651
Fracțiune din DALY pierduți într-un an	0.03
<b>Valoarea prezentă a potențialului economic pierdut (2010) (EUR)</b>	<b>18,620,949,722</b>
<b>Valoarea prezentă a potențialului economic pierdut (2010)(% of 2010 PIB)</b>	<b>15%</b>

Sursa: OMS, Eurostat, MIND Research & Rating

Întrebarea care în mod natural se pune acum este ce pot face autoritățile publice în scopul de a reduce DALY și de a valorifica producția economică suplimentară care ar rezulta din îmbunătățirea stării de sănătate a populației. Cu toate că este dincolo de sfera de aplicare a prezentului studiu să analizeze și să discute măsurile politice care vizează îmbunătățirea finanțării sistemului de sănătate din România, propunem unele linii generale care ar trebui să fie luate în considerare în elaborarea politicilor publice în domeniul sănătății.

Atât calitatea cât și cantitatea cheltuielilor publice în materie de asistență medicală contează în vederea realizării unei îmbunătățiri în starea de sănătate a populației. Țările care cheltuiesc în medie mai mult pe asistență medicală au pe termen lung rezultate mai bune decât cele cu cheltuieli de sănătate mai mici. Relația este mult mai evidentă în cazul țărilor emergente, care au sisteme subdezvoltate de asistență medicală și unde o creștere marginală a cheltuielilor de asistență medicală poate face o diferență mare în starea de sănătate a populației de-a lungul timpului. Calitatea sau eficiența cheltuielilor de sănătate este, de asemenea, un factor important în determinarea stării de sănătate.

Există țări care cheltuiesc aceeași sumă de bani pe sănătate, dar au rezultate diferite în ceea ce privește starea sănătății. Deși există o gamă largă de factori care explică această diferență, credem că eficiența cheltuielilor de sănătate este printre cei mai importanți factori în cazul țărilor în curs de dezvoltare.

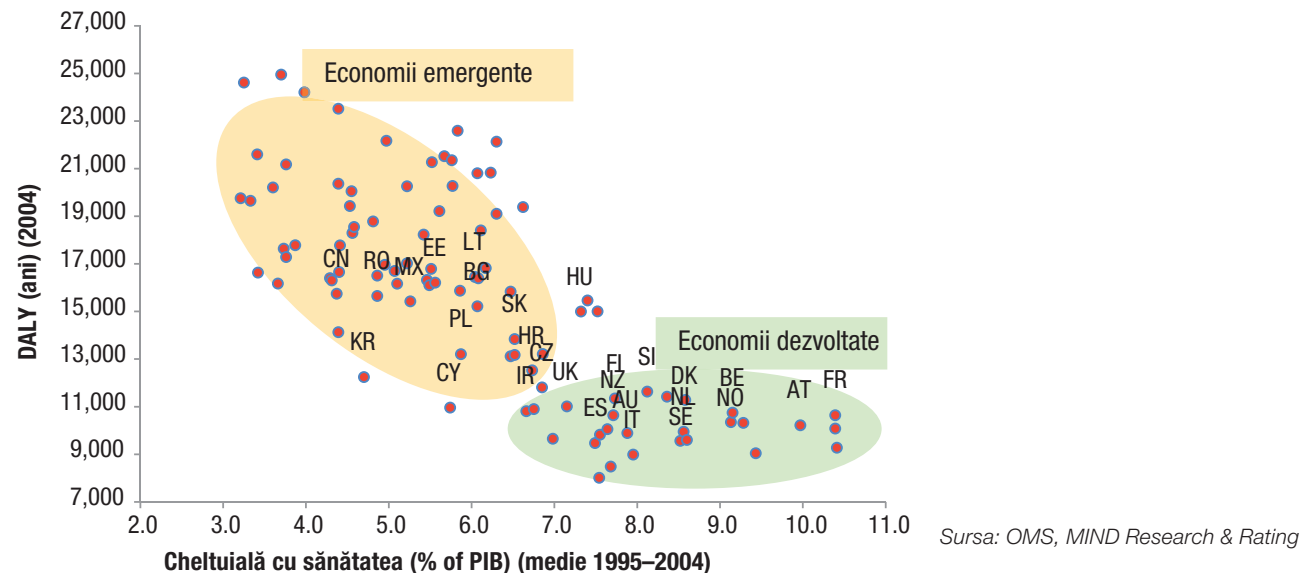
Dacă vom cuantifica o relație liniară între DALY și cheltuielile de asistență medicală pe termen lung (% din PIB), în cazul economiilor de piață emergente vom obține următoarele rezultate:

$$DALY_t = \frac{-1536.23}{(-4.38)} \cdot \frac{1}{10} \sum_{j=t-10}^t HC_j + \frac{25494}{(13.75)} \quad (R^2 = 22\%)$$

unde  $HC_j$  reprezintă cheltuielile de asistență medicală ca procent din PIB în anul  $t$ .

În ceea ce privește implicațiile politicilor relația de mai sus relevă faptul că, dacă pe termen lung (10 ani) media cheltuielilor de sănătate ca procent din PIB crește cu 1 punct procentual, acest lucru va îmbunătăți starea de sănătate a populației în medie cu 1.500 DALY la 100 mii locuitori. Acest rezultat presupune că eficiența cheltuielilor de asistență medicală este se situează la nivelul mediei eșantionului de țări în curs de dezvoltare incluse în estimare. Țările cu o eficiență a cheltuielilor de asistență medicală sub medie vor trebui să crească cu mai mult de un punct procentual pentru a ajunge la aceleași rezultate sau, alternativ, să ia măsurile necesare pentru a îmbunătăți eficiența lor.

Grafic 4.21: Cheltuielile cu sănătatea vs DALY în țările dezvoltate și emergente selectate



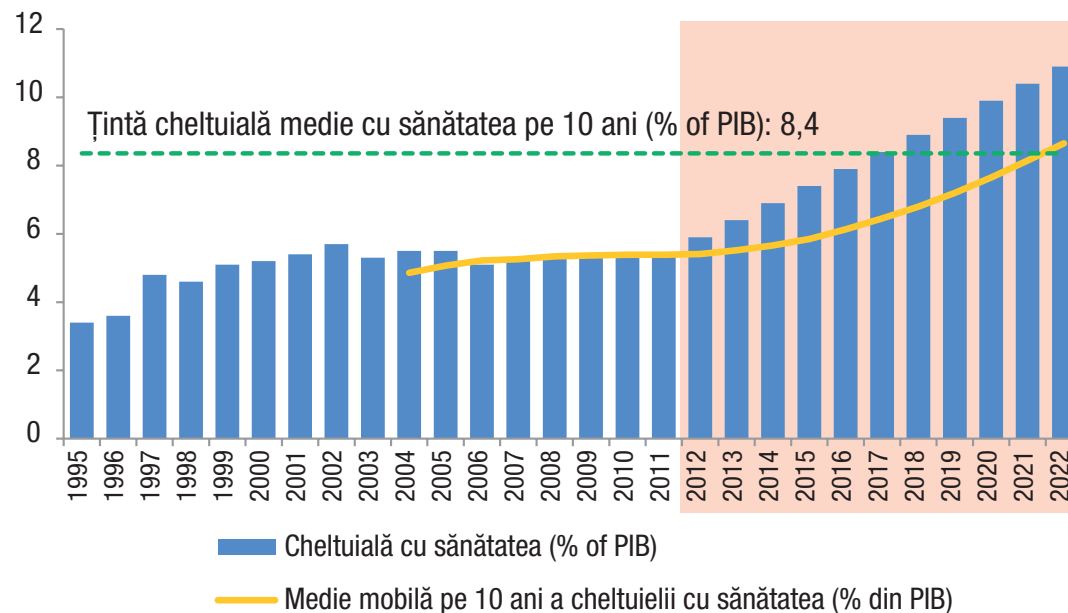
În cazul României, în scopul de a ajunge la media țărilor dezvoltate a stării de sănătate a populației care este de aproximativ 10.000 DALY la 100 mii locuitori, media pe termen lung a cheltuielilor cu asistență medicală, ca procent din PIB, trebuie să crească cu 3,5 puncte procentuale. Comparativ cu media pe 10 ani între 1995 și 2004 care a fost, de asemenea, utilizată ca proba pentru estimarea modelului, cheltuielile de sănătate au crescut în medie cu doar 0,6 puncte procentuale între 2005 și 2009.

Astfel, dacă această tendință continuă, până în 2014 DALY ar scădea cu numai 1.500 în comparație cu nivelul anului 2004 de 15.651, care este încă departe de nivelul de 10.000 DALY din țările dezvoltate.

Dar ce înseamnă o creștere de 3,5 puncte procentuale în cheltuielile medii de sănătate pe termen lung? Dacă presupunem că cheltuielile de asistență medicală vor crește cu 0,5 puncte procentuale din PIB în fiecare an, ar fi nevoie de aproape un deceniu de acum (2011) pentru ca media pe termen lung să atingă valoarea țintă de 8,4%. La această valoare-țintă, starea de sănătate a populației din România, măsurată prin DALY ar trebui să fie la un nivel apropiat de cel din țările dezvoltate, potrivit estimărilor noastre. Totuși, dacă în același timp s-ar întreprins eforturi pentru a îmbunătăți eficiența cheltuielilor de asistență medicală, cel mai probabil, ar lua mai puțin timp și resurse pentru a ajunge la nivelul stării de sănătate din țările dezvoltate.

După cum s-a subliniat mai devreme în această secțiune, se estimează că această îmbunătățire a stării de sănătate a populației ar putea aduce o creștere economică suplimentară de 6% pe termen mediu-lung, la un cost total de aproximativ 5% din PIB (reprezentând suma de creșteri necesare a cheltuielilor în domeniul asistenței medicale).

Grafic 4.22: Cheltuieli cu sănătatea vs DALY în țările dezvoltate și emergente selectate



Sursa: OMS, MIND Research & Rating

## 5. Politici guvernamentale actuale și potențiale referitoare la industria farmaceutică

*Investițiile în inovare sunt un instrument important în cadrul strategiei Europa 2020.*

Această secțiune scoate în evidență trei preocupări majore ale guvernului, care ar putea avea un impact puternic asupra industriei farmaceutice. Aceste acțiuni sunt parte a guvernării economice a UE și punerea în aplicare a acestora în timp util va fi monitorizată îndeaproape de către entitățile europene.

Pentru a încuraja aceste politici guvernamentale, industria farmaceutică ar putea să se angajeze în două posibile alternative: (i) o atitudine pasivă, așteptând ca guvernul să vină cu măsuri și propuneri, sau (ii) o abordare pro-activă, recunoscând că problemele macroeconomice au implicații la nivel microeconomic și sectorul privat ar trebui să se implice (pentru beneficiul său propriu).

Acest capitol este construit pornind de la ideea că cea de a doua opțiune este cea mai bună de urmat. Trei subiecte importante sunt atinse (Strategia UE 2020, dezechilibrele macroeconomice externe, și schimbarea în modelul de creștere economică a României) având legături cu evoluțiile din industria farmaceutică. Pentru fiecare subiect, politicile propuse pentru a fi implementate sunt selectate din cele care ofera beneficii tuturor părților, atât pentru industria farmaceutică cât și pentru stat, în scopul de a crește șansele de a fi puse în aplicare.

### 5.1. Strategia EU 2020

Europa 2020 este strategia Uniunii Europene de creștere pentru următorii ani. UE a stabilit cinci obiective legate de ocuparea forței de muncă, inovație, educație, incluziune socială și climă / energie ce trebuie atinse până în 2020. Fiecare stat membru va adapta politicile sale naționale în scopul de a viza aceste zone.

După cum sa menționat mai sus, investițiile în inovare sunt un instrument important în cadrul strategiei UE 2020. Un nivel de 3% din PIB-ul UE în cercetare și dezvoltare ar trebui să fie atins până în 2020. Cumularea fondurilor publice și private ar trebui să fie luată în considerare pentru a atinge pragul specificat. Politica de cercetare și dezvoltare ar trebui să fie reorientată asupra provocărilor majore ale societății UE, unde sectorul de sănătate este menționat explicit în documentele de strategie.

Autoritățile române au construit strategia de inovare și s-au angajat în fața Comisiei Europene să atingă obiectivele (a se vedea, de exemplu, Programul Național de Reformă, 2011–2013). România s-a angajat să atingă un nivel de 2 la suta din PIB pentru investiții în sectorul public și privat, în CDI până în 2020, de-a lungul următoarei traiectorii estimate:

Tabel 5.1. Tendință proiectată pentru investiții în cercetare, dezvoltare și inovare (ca procent din PIB)

	2011	2013	2015	2020
Resurse publice	0.33	0.60	0.80	1.00
Resurse private	0.15	0.25	0.50	1.00
Total	0.48	0.85	1.30	2.00

Sursa: Programul Național de Reformă, 2011-2013

*Industria farmaceutică ar putea beneficia de resursele financiare pe care guvernul intenționează să le cheltuiască pentru stimularea investițiilor din sectorul privat în cercetare și dezvoltare.*

Implicarea sectorului privat în atingerea acestui obiectiv principal al strategiei UE 2020 este importantă. Acest obiectiv ar putea fi dificil de respectat, fără stimul adecvat. Statisticile susțin că ponderea cheltuielilor C & D livrate de către sectorul privat (ca procent din PIB) a scăzut în România (de la 0,22 la sută la 0,17 la sută, 2003-2008, potrivit Eurostat), în timp ce situația din grupul de referință (Polonia, Ungaria, Republica Cehă și Bulgaria), este vice-versa.

Industria Pharma poate juca un rol important în atingerea obiectivelor legate de inovare, cu un rezultat win-win pentru ambele părți, atât industria farmaceutică cât și autoritățile, în cazul în care o coordonare și strategii mai bune de ar fi implementate. Industria farmaceutică ar putea sprijini îmbunătățirea inovării în România, în principal în două direcții conectate: cheltuieli mai mari pentru inovare, precum și angajarea unui număr mai mare de personal implicat în R & D.

Ponderea personalului din cercetare și dezvoltare în sectorul întreprinderilor (ca procent din populația activă economic) în România este scăzut comparativ cu media UE-27 (0,11 la sută față de 0,54 la sută în 2009) și în scădere în ultimii ani (de la 0,16 la sută la 0,11 la sută în 2005-2009, în timp ce în grupul de referință trendul este în ascensiune).

Industria farmaceutică ar putea beneficia de resursele financiare pe care guvernul intenționează să le cheltuiască pentru stimularea investițiilor din sectorul privat în cercetare și dezvoltare. Autoritățile au bugetat resursele financiare pentru 2011–2013 la valoarea de 2.65 miliarde lei. Este de așteptat ca în aceeași perioadă fondurile structurale cu această destinație să ajungă la 369 milioane de euro, în timp ce sectorul privat ar aduce 2,25 miliarde lei. Mai mult decât atât, propunerile pentru bugetul UE 2014–2020 preconizează o creștere importantă pentru cercetare, dezvoltare și inovare. Comisia Europeană planifică un cadru strategic comun în cercetare și dezvoltare, care va avea un volum de 80 de miliarde EUR pentru perioada 2014-2020.

Conform Programului Național de Reforme 2011–2013, măsurile care vizează stimularea investițiilor private în C & D se referă la:

(i) dezvoltarea activității de C & D a societăților, prin promovarea de proiecte în cazul în care companiile private suportă cel puțin 50 la sută din cheltuielile de proiect, renunțând la certificarea întreprinderilor pentru activitățile de C & D, consilierea întreprinderilor cu privire la punerea în aplicare a Normelor privind stimulentele fiscale, etc .;

(ii) analiza și consultarea periodică a grupurilor de întreprinderi inovatoare pentru a identifica domeniile de cercetare și dezvoltare de interes și nișele de competitivitate ale economiei românești, și includerea opiniilor sectorului privat în următoarele planuri naționale de C & D;

(iii) elaborarea Strategiei Naționale de Inovare, acordând o atenție deosebită măsurilor de sprijinire a clusterelor inovatoare, orientate spre domenii de înaltă tehnologie și sectoare strategice.

Există în principal două politici referitoare la strategia Europa 2020, care ar putea fi urmate de industria farmaceutică, în scopul de a ajunge la o soluție win-win cu autoritățile:

(i) o cooperare mai strânsă cu autoritățile pentru implementarea obiectivelor avute în vedere de Strategia Europa 2020 în beneficiul ambelor părți. Industria farmaceutică ar trebui să ia inițiativa în relația cu autoritățile, deoarece: (a), sectorul privat se așteaptă să joace rolul cel mai dinamic în atingerea obiectivelor (a se vedea tabelul 5.1), și (b) sectorul public a recunoscut că C & D la nivel național ar trebui să reflecte într-un grad mai mare are nevoile sectorului privat;

(ii) solicitarea de termene de plată mai scurte a datorilor autorităților publice față de industria farmaceutică. În schimb, industria farmaceutică ar transforma sumele respective în cheltuieli mai mare C & D. Estimările noastre prezintă un potențial de aproximativ 33 milioane lei ca rezultat al acestor propuneri.



## 5.2. Dezechilibre macroeconomice externe

Dezechilibrele externe au fost printre vulnerabilitățile macroeconomice principale afisate de România de la începutul crizei. Deficitul de cont curent a scăzut la 4,5 la sută din PIB în 2009, de la un maxim de 13,5 la sută în 2007 și a rămas la o valoare sustenabilă în 2010 (în jurul valorii de 4.25 la sută). O astfel de ajustare a fost printre cele mai mari dintre noile state membre UE. Colapsul în comerțul global și contracția bruscă a cererii interne a contribuit la această ajustare. Chiar și cu această ajustare severă a deficitului de cont curent, nivelul din România este încă printre cele mai ridicate din UE.

*Dezechilibrele macroeconomice externe ar trebui să fie ținute sub control, iar autoritățile ar trebui să aplice măsuri cu scopul de a menține deficitul de cont curent la niveluri sustenabile.*

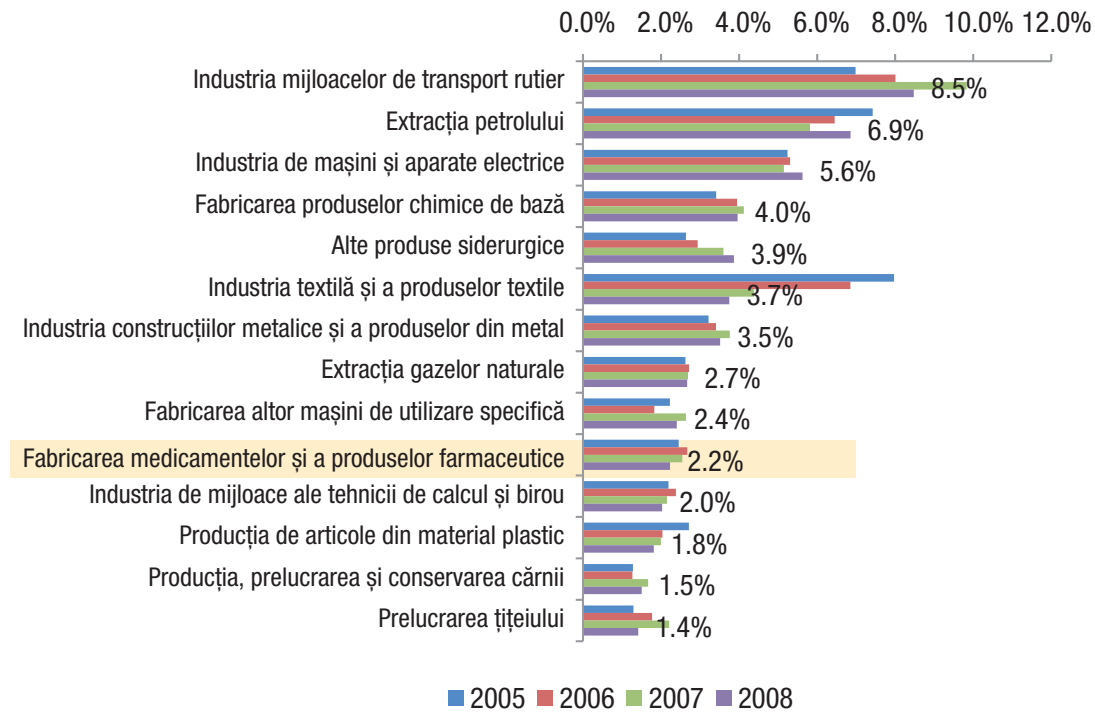
O lecție a crizei recente la nivelul UE este faptul că dezechilibrele macroeconomice externe ar trebui să fie ținute sub control, iar autoritățile ar trebui să aplice măsuri cu scopul de a menține deficitul de cont curent la niveluri sustenabile. Propunerile pentru noul Pachet European de a crește guvernarea economică în această direcție tind să dezvolte: (i) un mecanism de alertă prin intermediul unui tablou de scoruri, și (ii) proceduri pentru dezechilibre excesive, în cazul în care punctele de alertă evidențiază dezechilibre severe într-un stat membru. În astfel de circumstanțe vor fi transmise către statul membru respectiv recomandări specifice de a lua măsuri corective într-un termen specificat. Cel mai probabil, pragul pentru deficitul de cont curent care ar putea cere monitorizare atentă va varia în jurul valorii de 4-5 la sută din PIB. Toate statele membre ar trebui să adopte măsurile necesare pentru a menține situația echilibrată. Ca o consecință, situația din trecut cu dezechilibre externe importante, nu ar trebui să fie posibilă din nou în România: creditorii externi nu ar permite o astfel de situație și noile cerințe ale UE ar împiedica-o. Autoritățile române ar trebui să pună în aplicare măsuri pentru a opri o astfel de situație.

Chiar și după ajustarea severă care a avut loc în ultimii ani, România se află la marginea pragului care ar cere alte acțiuni de remediere, în scopul de a menține deficitul de cont curent sub control.

O analiză sectorială sugerează faptul că, în timp ce importurile totale de bunuri și servicii au scăzut cu 17 la sută în 2010 (de la vârful atins în 2008), importurile de produse medicale și farmaceutice nu au înregistrat nicio ajustare. Dimpotrivă, importurile de medicamente au continuat să crească cu 17 procente în aceeași perioadă (2008-2010), iar tendința este ascendentă în ultimul deceniu.

Ponderele importurilor de produse medicale și farmaceutice în totalul importurilor românești variază în ultimii ani în jurul valorii de 4-5 procente, iar sectorul sănătății este unul dintre cei mai importanți contribuabili la dezechilibrele externe (locul 13 din 105 de sectoare economice, în termeni de pondere în total importuri, în 2008), Grafic 5.1.

Grafic 5.1. Importurile în România în sectoare economice selectate (procent din total importuri)



Sursa: Institutul Național de Statistică, MIND Research & Rating

Pe partea exporturilor, ultimii ani au adus o îmbunătățire (Grafic 5.1), dar cum s-a subliniat în capitolul 1, o parte importantă ar putea proveni din exporturile paralele (a se vedea capitolul 1 pentru detalii).

Ambele evoluții (exporturile și importurile de produse farmaceutice) nu sunt durabile la nivel macro, iar mai devreme sau mai târziu autoritățile române ar trebui să ia în considerare măsuri pentru a menține sustenabilitatea balanței externe.

În scopul de a adopta o atitudine pro-activă, industria farmaceutică ar trebui să discute cu autoritățile:

- (i) soluții pentru a crește producția internă de produse medicale și farmaceutice, cu scopul de a avea un impact pozitiv asupra dezechilibrului comerțului exterior (a se vedea de asemenea secțiunea 5.3 Reproiectarea modelului de creștere economică a României);
- (ii) modalitățile de diminuare a fenomenului de export paralel, pentru că nu este sustenabil pe termen mediu și lung, deoarece denaturează evoluțiile reale din industria farmaceutică și, de asemenea, poate avea consecințe negative asupra calității serviciilor medicale.

## 5.3. Reproiectarea modelului de creștere economică a României

România a înregistrat înainte de criză una dintre cele mai mari rate de creștere economică din UE, cu o creștere medie de 6,8 la sută în perioada 2004-2008. Cu toate acestea, criza s-a manifestat mult mai dramatic comparativ cu restul UE. PIB-ul a scăzut cu mai mult de 9 la sută în doi ani (2009-2010), iar perspectiva actuală de creștere economică este sub grupul de referință (1,5 la sută în România, comparativ cu 2,9 la sută în țările din Europa Centrală și de Est).

Acestea sunt semne puternice că România trebuie să reproiecteze modelul său de creștere economică. Experiența trecută a arătat că expansiunea bazată în principal pe consum, fără a fi ancorată în capacitatea de producție internă și servicii cu valoare adăugată, nu este sustenabilă pe termen mediu și lung. Economia românească ar trebui să treacă de la un model de creștere bazată pe preț la un model de creștere bazată pe inovație. Acest lucru poate fi realizat doar prin sprijinirea și promovarea dezvoltării unor sectoare economice care implică un grad mai ridicat de tehnologie și de cunoștințe. În acest context, industria farmaceutică, ca un furnizor de tehnologie high-end precum și de cunoștințe, ar putea juca un rol în procesul de tranziție de la o economie bazată pe competitivitatea prețului la o economie bazată pe competitivitatea non-preț, sprijinindu-se pe inovație și creativitate.

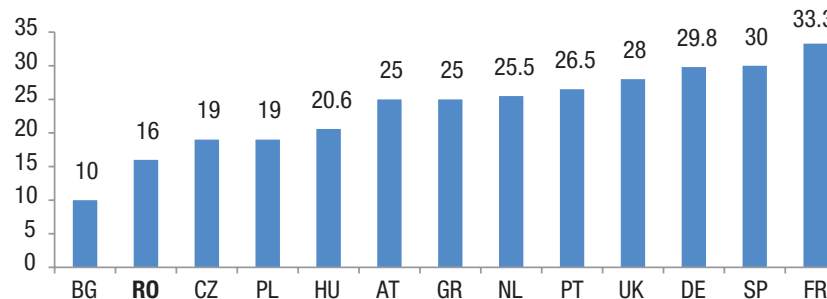
Tabel 5.2. Valoarea adăugată a industriilor de înaltă tehnologie, iunie 2010

Industriile de înaltă tehnologie din economia României	Value added (RON million)
Producția de produse farmaceutice de bază și preparate farmaceutice	1271.26
Producția de calculatoare, electronice și produse	2034.56
Fabricarea de aeronave, nave spațiale și utilaje conexe	294.03

Sursa: Ministerul Finanțelor,  
MIND Research & Rating

Industriile de înaltă tehnologie au o contribuție modestă la valoarea adăugată totală a companiilor nefinanciare românești (1,1 la sută în iunie 2010, în scădere ușoară de la 1,3 la sută în decembrie 2005). Industria farmaceutică livrează o parte importantă la valoarea adăugată totală a industriilor de înaltă tehnologie (35 la sută, în 2010, Tabelul 5.2). Această contribuție a fost staționară în ultimii 5 ani.

Tabel 5.2. Rata impozitului pe profitul companiilor în țările UE selectate, 2010 (%)



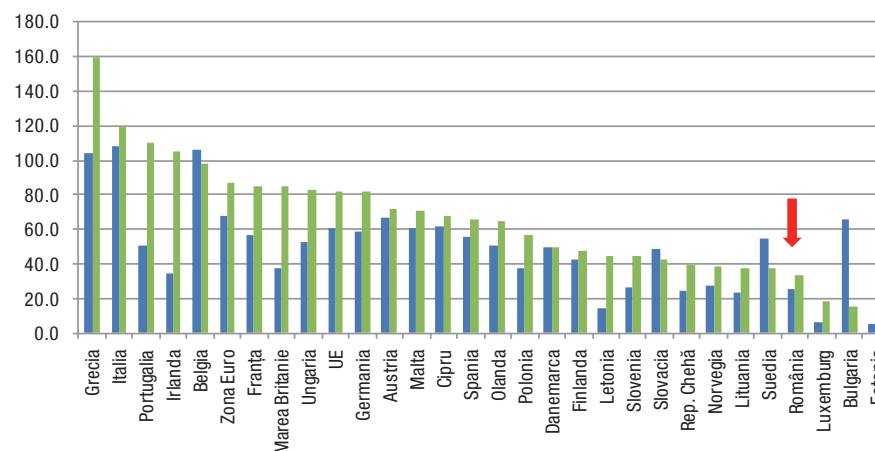
Sursa: Comisia Europeană

Soluția de a crește ponderea facilităților de producție în economia românească ar putea genera un rezultat de tip win-win pentru ambele părți: (i) autoritățile publice ar sprijini investițiile în industriile inovatoare în vederea îmbunătățirii structurii economiei românești, în timp ce (ii) sectorul privat ar putea beneficia de o astfel de agenda publică.

Impozitul pe profit este, de asemenea, un instrument puternic în această direcție. România are unul dintre cele mai mici impozite pe profitul companiilor din întreaga UE (Grafic 5.2) și mutarea producției farmaceutice din străinătate în țara noastră ar putea aduce beneficii substanțiale. Acest proces de relocare a fabricilor farmaceutice din țările cu impozite mai mari în locuri cu impozite mai scăzute este deja o realitate în UE.

Această oportunitate de fiscalitate pretenoasă cel mai probabil se va menține pe termen lung în România, în timp ce impozitele în multe țări din UE ar putea crește în scopul de a reechilibra gradul de îndatorare publică a acestor țări.

Chart 5.3. Public debt evolution in the EU countries, 2000-2010



Sursa: Eurostat

În ultimul deceniu, ponderea datoriei publice în PIB a crescut substanțial în multe țări ca Grecia, Marea Britanie, Franța, Italia, Portugalia, Germania, Ungaria, etc (Grafic 5.3). Criza actuală a relevat că țările cu un nivel ridicat de îndatorare publică ar trebui să se angajeze în măsuri structurale pentru a restabili sustenabilitatea finanțelor publice. Acest lucru ar necesita măsuri de reducere a costurilor și de creșterea taxelor.

România are una dintre cele mai mici cote ale datoriei publice în PIB din întreaga UE, și ar trebui să profite de avantajele de a fi capabil să mențină taxe mai scăzute pentru a atrage investiții străine. Din păcate, măsurile recente întreprinse de către autoritățile publice de a impune taxe suplimentare (clawback) pentru producătorii de produse farmaceutice arată clar că guvernul nu percepe industria farmaceutică ca pe un investitor strategic (a se vedea caseta 5.1.). În plus, structura propusă a acestor taxe apare ca un semn rău al viziunii Guvernului privind îmbunătățirea mediului de afaceri intern și a competitivității.

#### Caseta 5.1. Încercările autorităților publice de a limita creșterea consumului de medicamente prin intermediul taxei clawback impusă producătorilor

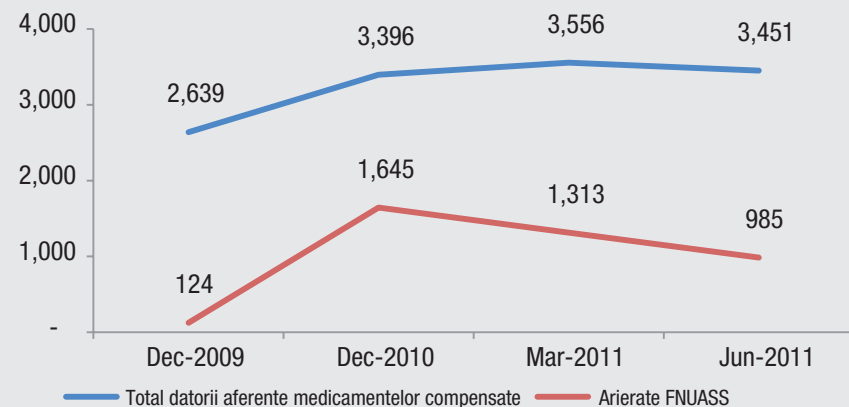
Guvernul român a încercat în ultimii trei ani să crească veniturile în sistemul public de sănătate, lăsând în același timp ratele actuale de contribuție la asigurările de sănătate neatinse. Una dintre acestel încercări a fost aplicarea taxei de clawback care vizează reducerea consumului de medicamente compensate și recuperarea de la producători sau de la filialele locale ale producătorilor străini a unei părți

din veniturile rezultate din creșterea pieței. Taxa relevă asumția Guvernului că producătorii de medicamente ar fi responsabili pentru creșterea neprevăzută/nebugetată a pieței de medicamente compensate și ignoră deficiențele politice și de reglementare care stau la baza consumului de medicamente și a sisemului de prescripție medicala.

Taxa a fost aprobată prin lege în 2009, dar aceasta nu a generat niciun venit până în 2011, datorită modului eronat în care a fost concepută și a incapacității CNAS-ului de a îmbunătăți dispozițiile greșite.

În același timp, consumul de medicamente a continuat să crească, depășind capacitatea de CNAS-ului de a rambursa integral vânzările farmaciilor. În consecință, datoriile și restanțele s-au acumulat în registrele CNAS, în timp ce termeni oficiali de plată au fost prelungiți până la 7 luni (210 zile).

### 2009–2011 tendințele a CNAS cu privire la datorii și arierate



În toamna anului 2011, Guvernul a reluat proiectul taxei clawback și a aprobat o versiune diferită. Noul mecanism, care este în prezent în dezbateri parlamentară, a determinat proteste la nivelul producătorilor și distribuitorilor de medicamente. Formula aplicabilă a fost structurată în așa fel încât să returneze la bugetul de stat valoarea consumului de medicamente care depășește bugetele aprobate. Prin urmare, Guvernul ar putea să recupereze diferența dintre consumul total și fondurile alocate, indiferent de valoarea (și adecvarea) acestora din urmă. Impozitul va fi plătit trimestrial. Taxa stabilită pentru toată piața s-ar aplica tuturor companiilor eligibile, indiferent de evoluția vânzărilor lor. Așa cum am menționat, producătorii s-au împotrivit acestei taxe și a acuzat-o pentru un număr de insuficiențe:

- Lipsa predictibilității, care ar afecta planurile de afaceri. Producătorii nu ar putea cunoaște în avans bugetele aprobate. Chiar dacă le-ar cunoaște, în situația unor bugete subdimensionate aceștia ar trebui să suporte mare parte din consumul total, fără risc pentru CNAS. De asemenea, devalorizarea monedei naționale ar putea crește în mod artificial valoarea consumului, deoarece cele mai multe medicamente sunt importate.
- Determină un comportament de piață al producătorilor care nu va duce la controlul creșterii consumului. Producătorii vor viza rate de creștere peste media națională și, astfel, consumul va crește.
- Taxa dă dovadă de lipsă de corectitudine față de jucătorii care înregistrează vânzări în scădere sau creșteri sub media pieței.
- Dacă bugetele aprobate sunt subestimate, taxa ar afecta semnificativ mai mult producătorii de medicamente scumpe, cu rate de compensare mari; ei ar trebui să acopere o rată disproporționat de mare a consumului.
- Taxa nu ar fi deductibilă fiscal.
- Generează un mediu de afaceri neprietenos, care cel mai probabil va afecta orice viitoare investiții în economia românească.

Pe baza bugetului aprobat pentru 2011 și a consumului estimat, am determinat că taxa clawback-ar putea produce în jurul valorii de 230 mil. lei în T4 2011, ceea ce echivalează cu 15% din consumul total.

Indicator	Mil. Lei
Alocație bugetară Q4 2011	1,369
Consum estimat Q4 2011	1,600
Estimare claw-back	230

Ca urmare a criticilor din partea industriei și a instituțiilor financiare internaționale, în cele din urmă Guvernul a decis în decembrie 2011 să revizuiască mecanismul propus. Noua formulă introduce un prag de referință pentru consumul de medicamente și taxează numai suma care depășește acest prag. Producătorii sau filialele locale ale producătorilor străini ar trebui să plătească taxa direct corelată cu cota lor de piață și creșterile trimestriale de vânzări. Propunerea a fost prezentată în Parlament și urmează să fie dezbătută și aprobată în locul mecanismului anterior. Veniturile trimestriale estimate din taxa claw-back se ridică la aproximativ 135 mil. lei, respectiv 8% din totalul consumului de medicamente RX. Aceasta încă mai încorporează o serie de dezavantaje, care afectează în principal producătorii locali sau filialele locale ale producătorilor străini. Valoarea taxabilă în cadrul noului mecanism include TVA-ul și marjele (distribuitorilor și ale comercianților cu amănuntul), în timp ce impozitul revine producătorilor / filialelor locale. Astfel, impactul fiscal este semnificativ mai mare pentru producătorii / filialele locale, ca % din vânzările lor compensate. În ciuda lipsei de echitate față de producători, prezenta propunere asigură o mai mare predictibilitate pentru jucătorii din piață. Veniturile generate vor fi folosite pentru finanțarea cheltuielilor de sănătate.

Indicator	Mil. Lei
Pragurile trimestriale anunțate pentru taxa claw-back	1,425
Consumul trimestrial estimat (bazat pe observarea cererii din ultimii trei ani)	1,560
Venituri trimestriale medii din taxă *	135

\*veniturile efective din taxa clawback vor varia de la un trimestru la altul datorită diferențelor în consum; astfel, cotizațiile anuale s-ar ridica la mai puțin de 500 milioane lei.

# Annex 1: Notă metodologică

## Analiza de tip intrări-ieșiri

Analiza de tip intrări-ieșiri a fost dezvoltată de Profesorul Wassily Leontief la sfârșitul anilor 1930, lucrare pentru care a și primit Premiul Nobel în științe economice în anul 1973.

Analiza de tip intrări-iesiri relaționează resursele care sunt necesare pentru producția unui anumit sector cu utilizările producției aceluiași sector (consum intermediar și cerere finală). Scopul acestui tip de analiză este de a studia interdependența ramurilor și conexiunilor lor cu alte părți ale economiei. O caracteristică importantă a analizei de intrări-ieșiri constă în posibilitatea de a rula analize de sensibilitate asupra anumitor sectoare de activitate și de a evalua impactul acestora asupra întregii economii – ex. impactul unui șoc pe oferta/ cererea de medicamente asupra PIB, comerț exterior, forță de muncă etc.

Tabel A.1.: Exemplu de tabel de intrări-ieșiri

		Utilizări										
		Producători în calitate de consumatori								Cerere finală		
		Agricultură	Ind. Extractivă	Construcții	Ind. Prelucrătoare	Comerț	Transport	Servicii	Alte industrii	Consum	Investiții	Exporturi nete
Resurse	Producție	Agricultură										
		Ind. Extractivă										
		Construcții										
		Ind. Prelucrătoare										
		Comerț										
		Transport										
		Servicii										
		Alte industrii										
Valoare adăugată	Muncă	Remunerarea salariaților								Produsul Intern Brut		
	Capital	Profit										
	Guvern	Taxe și impozite										

Sursa: Miller and Blair (2009)



Datele necesare pentru analiza intrări-ieșiri sunt reprezentate de fluxurile de bunuri și servicii de la fiecare sector economic, în calitate de producător, către restul economiei, în calitate de consumator (consum intermediar sau final). Coloanele din tabelul de mai sus conțin resursele de care are nevoie fiecare sector de la restul economiei pentru a produce o cantitate de produs finit. Informațiile de pe rândurile tabelului de intrări-ieșiri reflectă cum este distribuită producția fiecărui sector de activitate în economie. Zona hașurată din tabelul de mai sus reprezintă matricea consumului intermediar. Coloanele de la finalul tabelului, cu capul de tabel Cerere finală, contabilizează achiziții de bunuri și servicii destinate consumului final al populației, guvernului, investițiilor, și exportului. Ultimele rânduri ale matricei de intrări-ieșiri, cu capul de rând Valoare adăugată, înregistrează contribuția factorilor de producție muncă și capital la procesul de producție. Importurile pot fi contabilizate în matrice fie introducând o nouă linie la finalul matricii sau prin ajustarea coloanei cu exporturi.

Analiza de intrări-ieșiri poate fi realizată la orice nivel de detaliu, în condițiile în care există datele disponibile necesare. Pentru a prezenta cadrul metodologic al analizei de intrări-ieșiri vom presupune că economia poate fi segmentată în  $n$  sectoare de activitate.

Dacă notăm producția totală a unui sector oarecare  $i$  cu  $x_i$ , consumul intermediar al sectorului  $i$  de la alte sectoare cu  $c_{ij}$  ( $j=1, n$ ) și cererea finală cu  $d_i$ , atunci vom avea următoarea identitate contabilă:

$$(1) \quad x_i = \sum_{j=1}^n c_{ij} + d_i$$

Extrapolând relația 1 la toată economia, putem rescrie ecuația în format matricial:

$$(2) \quad \mathbf{x} = \mathbf{C} + \mathbf{d}$$

unde,

$$\mathbf{x} = \begin{bmatrix} x_1 \\ \vdots \\ x_n \end{bmatrix}, \quad \mathbf{C} = \begin{bmatrix} c_{11} & & c_{1n} \\ \vdots & c_{ij} & \vdots \\ c_{n1} & \dots & c_{nn} \end{bmatrix}, \quad \mathbf{d} = \begin{bmatrix} d_1 \\ \vdots \\ d_n \end{bmatrix}$$

Relația de mai sus ilustrează modul în care producția unui sector  $i$  este distribuită ca și consum intermediar către alte industrii și consum final. În același timp producția totală a sectorului  $j$  poate fi determinată ca și sumă a utilizărilor: (1) consumul intermediar de la alte sectoare,  $c_{ij}$  ( $j=1, n$ ), și (ii) factorii de producție:

$$(3) \quad x_j = \sum_{i=1}^n c_{ij} + l_j + p_j + t_j + m_j,$$

unde,  $l_j$  reprezintă remunerarea salariaților în sectorul  $j$ ,  $p_j$  reprezintă profitul furnizorilor de capital,  $t_j$  reprezintă impozitul pe produs iar  $m_j$  reprezintă valoarea importurilor.

Ipoteza centrală a analizei de intrări-ieșiri presupune consumul intermediar dintr-un anumit sector dependent în totalitate de nivelul producției din același sector. Relația dintre consumul intermediar și producția totală este considerată fixă în timp și determinată de coeficientul tehnic. Coeficientul tehnic reprezintă consumul de bunuri și servicii de la un sector de activitate specific per unitate de producție a unui anumit sector de activitate:

$$(4) a_{ij} = \frac{c_{ij}}{x_j}$$

În plus, resursele sunt asumate a fi utilizate în proporții fixe. Asta înseamnă că pentru un anumit sector  $i$ , raportul dintre oricare doi coeficienți tehnici este constant. În realitatea proporția dintre resursele utilizate în crearea unui produs variază de-a lungul timpului, pe măsură ce apar tehnologii noi. Cu toate acestea pe termen mediu și scurt se poate presupune că resursele sunt utilizate în proporții fixe, progresul tehnologic și inovația fiind limitate pe termen scurt.

Relația 2 se poate rescrie ținând cont și de 4:

$$(5) x = A \cdot x + d$$

unde

$$A = \begin{bmatrix} a_{11} & \cdots & a_{1n} \\ \vdots & a_{ij} & \vdots \\ a_{n1} & \cdots & a_{nn} \end{bmatrix},$$

Rezolvând ecuația pentru  $x$  rezultă relația fundamentală pentru **analiza de intrări-ieșiri**

$$(6) x = (I - A)^{-1} \cdot d,$$

unde

$$I = \begin{bmatrix} 1 & \cdots & 0 \\ \vdots & 1 & \vdots \\ 0 & \cdots & 1 \end{bmatrix}$$

$L = (I - A)^{-1}$  este inversul Leontieff. Coeficienții matricei  $L$  reflectă cu cât ar trebui crescută producția în sectorul  $i$  dacă cererea finală de bunuri din sectorul  $j$  crește cu o unitate.

Multiplicatorii simpli ai producției cuantifică impactul unei modificări unitate a cererii în sectorul  $j$  asupra producției totale din economie:

$$(7) m_s^j = e' \cdot L \cdot \Delta d(j) = \sum_{i=1}^n l_{ij}$$

$$\text{unde } e_{nx1} = \begin{bmatrix} 1 \\ \vdots \\ 1 \end{bmatrix}, \Delta d(j)_{nx1} = \begin{bmatrix} 0 \\ \vdots \\ 1_{jth \text{ observation}} \\ \vdots \\ 0 \end{bmatrix}$$

$\Delta d(j)$  reprezintă modificarea cererii finale de bunuri și servicii în sectorul  $j$  cu o unitate.

Pentru a ține cont de dimensiunea industriei și a putea face rezultatele comparabile între sectoare, se utilizează elasticități ale producției în funcție de cerere. Elasticitatea producției cuantifică impactul exprimat în puncte procentuale ale unei creșteri de 1% a cererii de bunuri și servicii din sectorul  $j$  asupra producției totale din economie.

$$(8) oe_s^j = \frac{e' \cdot L \cdot d(j)}{e' \cdot x} = \frac{m_s^j \cdot d_j}{e' \cdot x}$$

unde

$$d(j)_{n \times 1} = \begin{bmatrix} 0 \\ \vdots \\ d_j \\ \vdots \\ 0 \end{bmatrix}$$

Multiplicatorii pot fi utilizați și pentru a estima impactul unei modificări a cererii finale asupra altor elemente de producție (valoare adăugată, salarii, taxe, impozite).

Un multiplicator simplu care cuantifică impactul unei modificări unitare a cererii finale în sectorul  $j$  asupra elementului de producție  $p$  se poate estima că:

$$(9) m_{s,p}^j = p \cdot L \cdot \Delta d(j) = \sum_{i=1}^n p_i \cdot l_{ij}$$

unde

$p_{1 \times n} = [p_1 \dots p_i \dots p_n]$  reprezintă vectorul specific al elementelor de producție – valoare adăugată, salarii, taxe, impozite – exprimate relativ la producția totală din fiecare sector.

Elasticitatea producției poate fi descompusă pe elemente de producție. În acest caz poate fi estimat, cât la sută din modificarea procentuală a producției totale în economie, ca urmare a modificării cu 1% a cererii finale dintr-un anumit sector, poate fi atribuită consumului intermediar, PIB, importuri etc.:

$$(10) oe_{s,p}^j = \frac{p \cdot L \cdot d(j)}{e' \cdot x}$$

Dacă înlocuim  $x$  în 10 cu  $p$  obținem elasticitățile elementelor de producție:

$$(10) oe_{s,p}^j = \frac{p \cdot L \cdot d(j)}{e' \cdot p}$$

## Descrierea datelor utilizate

Analiza de intrări-ieșiri pentru sectorul farmaceutic a fost realizată pe baza tabelor de intrări-ieșiri publicate de Institutul Național de Statistică. Cele mai recente date disponibile sunt la nivelul anului 2008. Oricum, ținând cont de faptul că acest tip de analiză surprinde aspecte structurale ale unei economii care nu se modifică semnificativ de la un an la altul, putem presupune cu o anumită marjă de eroare că rezultatele obținute pe baza datelor istorice sunt de actualitate și în prezent.

Tabelele de intrări-ieșiri de la Institutul Național de Statistică contabilizează fluxurile intersectoriale de bunuri și servicii aferente a 103 sectoare de activitate, acoperind toată activitatea economică din România. În cadrul acestor tabele, industria farmaceutică și sectorul de servicii medicale sunt evidențiate separat ca două sectoare distincte.

Tabel A2.: Segmentarea bunurilor și serviciilor pe sectoare de activitate:

Clasificarea bunurilor și serviciilor
01 Cultura vegetala
02 Cresterea animalelor
03 Servicii auxiliare
04 Silvicultura si economia vanatului
05 Exploatare forestiera
06 Piscicultura si pescuitul
07 Extractia si prepararea carbunelui (inclusiv sisturi bituminoase)
08 Extractia petrolului (inclusiv activitati de servicii anexe acesteia)
09 Extractia gazelor naturale (inclusiv activitati de servicii anexe acesteia)
11 Extractia si prepararea minereurilor feroase
12 Extractia si prepararea minereurilor neferoase
13 Extractia minereurilor pentru industria materialelor de constructii
14 Extractia nisipului si argilei
15 Extractia si prepararea minereurilor pentru industria chimica
16 Extractia si prepararea sarii
17 Extractia si prepararea altor minereuri nemetalifere
18 Productia, prelucrarea si conservarea carnilor
19 Prelucrarea si conservarea pestelui si a produselor din peste
20 Prelucrarea si conservarea fructelor si legumelor
21 Producerea uleiurilor si grasimilor vegetale si animale
22 Fabricarea produselor lactate
23 Fabricarea produselor de morarit, a amidonului si a produselor din amidon
24 Fabricarea produselor pentru hrana animalelor
25 Fabricarea altor produse alimentare
26 Fabricarea bauturilor
27 Industria tutunului
28 Industria textila si a produselor textile
29 Industria confectiilor din textile
30 Industria confectiilor din blanuri si piele
31 Industria pielariei si incaltamintei
32 Industria de prelucrare a lemnului (exclusiv industria mobilei)
33 Industria celulozei, hartiei si cartonului si a altor articole
34 Edituri, poligrafie si reproducerea inregistrarilor pe suporti
35 Cocsificarea
36 Prelucrarea titeiului
37 Prelucrarea combustibililor nucleari
38 Fabricarea produselor chimice de baza
39 Fabricarea pesticidelor si a altor produse agrochimice
40 Fabricarea vopselelor si a lacurilor
41 Fabricarea medicamentelor si a produselor farmaceutice
42 Fabricarea sapunurilor, detergentilor si a produselor de intretinere, cosmetice
43 Fabricarea altor produse chimice

Clasificarea bunurilor și serviciilor
52 Fabricarea elementelor din beton, ciment si ipsos
53 Taierea, fasonarea si finisare pietrei
54 Fabricarea altor produse din minerale nemetalice
55 Siderurgia si productia de feroaliaje
56 Productia de tuburi
57 Alte produse siderurgice
58 Productia metalelor pretioase si altor metale neferoase
59 Turnatorie
60 Industria constructiilor metalice si a produselor din metal
61 Fabricarea de echipamente pentru producerea si utilizarea energiei mecanice
62 Fabricarea de masini de utilizare generala
63 Fabricarea de masini agricole si forestiere
64 Fabricarea masinilor unelte
65 Fabricarea altor masini de utilizare specifica
67 Fabricarea masinilor si aparatelor de uz casnic
68 Industria de mijloace ale tehnicii de calcul si birou
69 Industria de masini si aparate electrice
70 Industria de echipamente, aparatura radio, televiziune si comunicatii
71 Industria de aparatura si instrumente medicale, de precizie, optice si fotog
72 Industria mijloacelor de transport rutier
73 Constructii si reparatii navale
74 Productia si repararea mijloacelor de transport feroviar si material rulant
75 Constructii si reparatii de aeronave
76 Producerea de motociclete, biciclete si alte mijloace de transport
77 Productia de mobilier
78 Alte activitati industriale
79 Productia si distributia energiei electrice
80 Productia si distributia de gaze (exclus extractul metan)
81 Productia si distributia energiei termice si a apei calde
82 Captarea, epurarea si distributia apei
83 Constructii
84 Comert cu ridicata si amanuntul
85 Hoteluri
86 Restaurante
87 Transporturi pe calea ferata
88 Alte transporturi
89 Transporturi prin conducte
90 Transporturi pe apa (maritim, de coasta, fluviale)
91 Transporturi aeriene
92 Activitati anexe si auxiliare de transport, activitati ale agentilor de voiaj
93 Activitati ale agentilor de turism si asistenta turistica
94 Activitati de posta si de curier
95 Telecomunicatii

44 Fabricarea fibrelor si firelor sintetice sau artificiale
45 Productia de articole din cauciuc
46 Productia de articole din material plastic
47 Fabricarea sticlei si a articolelor din sticla
48 Fabricarea articolelor din ceramica refractara si nerefractara
49 Fabricarea placilor si dalelor din ceramica
50 Fabricarea caramizilor, tiglelor si altor produse
51 Fabricarea cimentului, varului, ipsosului

96 Activitati financiare, bancare si de asigurari
97 Tranzactii imobiliare
98 Informatica si activitati conexe
99 Cercetare - dezvoltare
100 Activitati de arhitectura, inginerie si alte servicii tehnice
101 Alte activitati de servicii pentru intreprinderi
102 Administratie publica si aparare, asistenta sociala obligatorie
103 Invatamant
104 Sanatate si asistenta sociala
105 Alte activitati de servicii colective, sociale si personale