

O analiză a pieței și politicilor privind produsele farmaceutice în România, întreprinsă de SAR

SFÂRȘITUL MEDICAMENTELOR?



Ritmul descoperirii de medicamente în industria farmaceutică globală a scăzut dramatic în ultimii ani. Produsele noi sunt tot mai rare și mai dificil de pus pe piață. Concurența între producătorii R&D și cei de generice se întetește iar guvernele (și Comisia UE) încearcă să găsească acel echilibru delicat între susținerea inovării și prețurile acceptabile social.

Într-un context mondial dominat cu precădere de factori economici, problemele curente ale pieței românești de medicamente se datorează mai puțin trendurilor globale și mai curând deciziilor opace și distorsionate, care nu totdeauna duc la utilizarea optimă a modestelor (prin comparație) resurse publice disponibile. Raportul de față propune o analiză care să risipească miturile și legendele ce se țes în jurul pieței interne a medicamentelor, astfel încât să puteți înțelege ce se întâmplă și care este miza reală a jocului. De asemenea, propunem spre dezbatere câteva soluții care să prevină criza și să facă decizia de alocare a resurselor mai previzibilă, mai transparentă și mai eficace.

1. Vom rămâne fără medicamente?

După cum declara recent pentru Financial Times Kenneth Kaitlin, director al *Tufts Center for the Study of Drug Development*, costurile punerii pe piață al unui medicament nou au crescut abrupt în ultimii ani, la peste 1 miliard \$. Extrapolând actuala tendință, unii experți apreciază că în viitorul apropiat nu vom mai avea medicamente noi la prețuri altfel decât prohibitive.

O vie dezbateră pe această temă s-a iscat în opinia publică mondială – și asta nu doar pentru că planul de reformă al asistenței medicale propus de președintele Obama a stârnit un adevărat război civil ideologic în SUA, cu rezonanțe care se simt deja și în alte țări europene (acoperire universală, furnizare de stat sau privată, etc). Dar realitatea economică face ca majoritatea patentelor pentru "blockbustere" (medicamente cu vânzări de peste 1 bn\$) să expire în următorii câțiva ani, deci marile companii care investesc în cercetare-dezvoltare în acest sector vor pierde venituri de miliarde de dolari pe an, iar lista produselor în pregătire pentru omologare este îngrijorător de scurtă. Cum bine spunea Thomas Lonngren, șeful Agenției Europene a Medicamentului, referindu-se la descoperirea de molecule utile pentru tratarea afecțiunilor, s-au cam terminat fructele de pe crengile de jos, ce puteau fi culese fără mare bătaie de cap, iar acum au mai rămas doar cele pe crengile de sus, la care se ajunge investind timp și efort.

În același timp, și ca efect al crizei economice, dar nu doar din această cauză, guvernele și populația își doresc o reducere substanțială a prețului medicamentelor aici și acum, nevrând să mai audă de costurile în creștere ale cercetării farmaceutice, ce ar permite susținerea ritmului de inovare în deceniile viitoare. Așa se explică bătăliile acerbe de pe piață soldate cu preluări și fuziuni (Wyeth de Pfizer;

Schering-Plough de Merck, iar pe plan local Zentiva de către Sanofi-Aventis), precum și tendința mai recentă către parteneriate între marile companii, care încearcă din răspuțeri să micșoreze costurile de cercetare-dezvoltare prin tot felul de alianțe colaborative. Comisia Europeană a urmărit cu mare atenție în acest context ca nu cumva să apară practici anti-concurențiale în industria farmaceutică.

În acest mediu deloc simplu determinat de realitățile economico-științifice, decidenții din SUA și UE se confruntă cu sarcina delicată de a găsi un echilibru între urgențele pe termen scurt (medicamente ieftine pentru a mulțumi publicul și a reduce presiunile asupra bugetelor publice) și interesul social pe termen lung (menținerea unui ritm acceptabil al inovării; conservarea

nucleelor de expertiză de vârf în sectorul privat; încurajarea unor parteneriate eficiente și reciproc avantajoase între sectorul public și companii). Cu alte cuvinte, regăsim aici un exemplu al dilemei mai generale privind

În criză crește presiunea pe autorități, care trebuie să echilibreze nevoia de medicamente accesibile cu cea de resurse pentru inovare

distribuirea beneficilor și costurilor peste generații, atunci când aceste beneficii și costuri nu apar simultan în timp.

Disputa s-a acutizat odată cu investigația Comisiei Europene în sectorul farmaceutic, începută în ianuarie 2008 și finalizată cu decizia din iulie 2009. Investigația urmărea să analizeze dacă întârzierile la intrarea pe piață a medicamentelor generice și încetinirea aparentă a procesului de inovare (numărul de medicamente noi care intră pe piață fiind în scădere) au loc datorită unor practici anticoncurențiale. Variantele preliminare ale raportului erau destul de defavorabile industriei R&D, susținând că tocmai strategiile de protejare prin brevet a produselor ale acestor firme reprezentau o barieră în calea inovării și a intrării pe piață a genericelor.

Însă în versiunea finală, limbajul raportului este mult mai moderat. Concluziile păstrează un echilibru între argumentele privind accesul la

medicamente, controlul cheltuielilor și recompensarea inovației.

Recomandările au fost de intensificare a controlului pe concurență, atât pentru generice cât și pentru originale; crearea unui brevet comunitar; simplificarea procesului de autorizare a comercializării; îmbunătățirea sistemelor de stabilire a prețurilor și de rambursare și dezvoltarea unui mediu mai favorabil concurenței pentru asimilarea medicamentelor generice.

Pericolul însă rămâne ca, din neatenție sau sub presiunea populară, soluțiile la această complicată dilemă încercate de organismele reglementatoare ale statelor dezvoltate (sau ale UE) să fie torpilate prin decizii bruște și nechibzuite. În special statele unde politicile nu se sprijină pe date solide și pe evaluarea sistematică a programelor din trecut, ci pe informație fragmentară și doar parțial accesibilă publicului, există șansa unor asemenea derapaje.

România este exact un asemenea mediu cu politici publice opace și distorsionate, după cum vom arăta mai departe în raportul de față, iar sectorul sănătate unul din cele mai expuse la aberații și abuzuri. Din păcate, cum s-a întâmplat și cu criza economică globală, cea a inovării și restructurării de pe piața medicamentelor ne va lovi pe nepregătite, prinzându-ne cu instituții slabe, deficite financiare și mecanisme nefuncționale de control al costurilor în sector.

Aici, la fel ca în celălalt caz, problemele noastre vor fi doar în parte cauzate de condițiile obiective de pe piața externă; o bună parte din necazurile noastre au ca de obicei cauze interne, ținând de proasta construcție instituțională și regulile deficitare ale jocului. Așadar, dincolo de clișeele cu care ne-am obișnuit („medicii sunt corupți”, „plătim prea mult pe medicamente”), bazate doar într-o anumită măsură pe date reale, e nevoie de o analiză la rece a situației din România și de conectarea dezbaterii din sectorul medical și farmaceutic românesc la marile dileme de politici publice din UE.

2. O dezbatere globală: generice sau patentate?

Ineficiențele din sectorul medical românesc și percepția publicului larg că anumiți actori de pe piața medicamentelor sunt avantajați prin politici opace și discriminatorii au făcut ca singura poziție cunoscută și acceptabilă în România să fie cea care susține medicamentele generice în fața celor patentate, ca și reducerea cheltuielilor cu medicamentele în general. La nivel mondial lucrurile nu stau însă deloc așa, după cum reiese și din decizia menționată a Comisiei UE, iar dezbaterea este în realitate una mult mai largă: între **eficiență economică** și **echitate**.

Așadar, în sectorul sănătății există de fapt două puncte de vedere fundamental diferite, cu argumente și contra-argumente la fel de legitime, și susținute de organizații și specialiști a căror credibilitate nu poate fi pusă la îndoială:

1. *Poziția „eficienței economice”, care susține în primul rând eficiența cheltuielilor publice și raționalizarea costurilor cu sănătatea, în condiții de constrângeri bugetare. În analizele sale (destul de puține) legate de politicile publice în sectorul farmaceutic, Banca Mondială susține argumente de acest tip. Pentru un sistem medical echitabil și eficace sunt necesare „finanțare adecvată, cadru de reglementare bine pus la punct pentru parteneriat între sectorul public și cel privat, bună calitate a guvernării, sisteme de asigurări robuste, mecanisme viabile de finanțare și stimulente adecvate pentru furnizorii de servicii, informație la timp și exactă, personal bine pregătit”. Banca Mondială susține în mod explicit într-un raport din 1993¹ că patentele creează condiții de monopol și cresc prețurile, sugerând că se pot obține economii substanțiale la cheltuielile cu sănătatea prin achiziționarea /*

¹ World Bank. The World Development Report: Investing in Health. Washington, D.C., 1993.

prescrierea / compensarea medicamentelor generice.

2. *Poziția „echităţii”, care susţine cu prioritate dreptul de acces al tuturor pacienţilor la medicamente. De pildă, Organizaţia Mondială a Sănătăţii argumentează că „accesul la intervenţii care salvează vieţi sau promovează sănătatea nu trebuie refuzat din motive inechitabile, inclusiv cele legate de originile economice sau sociale”. Pentru OMS, accesul la medicamentele esenţiale e un drept al omului, iar asigurarea medicamentelor la costuri rezonabile tuturor celor care au nevoie de ele ar trebui să fie o prioritate a politicilor de sănătate publică². Pe lista OMS cu „medicamente esenţiale” (medicamente prioritare pentru un nivel acceptabil de sănătate) cca 5-10% sunt chiar sub patent. Cu toate acestea, OMS insistă ca pe nevoia de protecţie legală a patentelor (e adevărat, la limita minimă a reglementărilor internaţionale TRIPS) ca stimulent pentru inovaţie. OMS sugerează că trebuie susţinute medicamentele sub patent care rezolvă probleme noi şi urgente de sănătate: malarie, TBC antibioticorezistent, HIV/SIDA, SARS etc.*

Desigur, cele două puncte de vedere iau în calcul faptul că este necesar un echilibru între obiectivele de eficienţă şi echitate, diferenţa constând în prioritatea relativă pe care o acordă unuia sau altuia dintre acestea.

Discuţia generice vs. patentate, acolo unde există o dezbatere onestă pe acest subiect, îşi are de fapt originea în cele două tipuri de abordări. Mai simplu spus, susţinătorii medicamentelor generice oferă argumente de eficienţă economică, iar adepţii medicamentelor inovatoare arată faptul că pacienţii

trebuie să aibă acces la medicamentele nou apărute, care le pot ameliora substanţial starea de sănătate.

În România, din motive ce vor fi explicate mai departe în raport, dezbaterea practic nu există. S-au auzit până acum doar argumentele care favorizează medicamentele generice, iar acestea vin de regulă din partea unor persoane publice a căror bună intenţie în chestiune este

**În România
dezbaterea a luat o
turnură simplistă,
fiind redusă la
argumente bugetare**

incontestabilă, dar sunt doar parţial informate, în cel mai bun caz.

Linia de argumentare la noi este că genericele ar fi mai ieftine, oferind acelaşi nivel de siguranţă cu originalul, reducându-se simultan costurile publice şi de asigurări de sănătate. Costurile mai mici se datorează concurenţei între mai mulţi producători, ca şi faptului că nu mai trebuie recuperate costurile iniţiale cu cercetarea şi marketingul (numai acestea reprezintă pe plan mondial cca 17% din costul originalelor). Medicamentele generice beneficiază de marketingul făcut anterior de firmele inovatoare care au introdus produsul pe piaţă. Preţul poate fi mai mic şi pentru că nu mai există nici alte riscuri cu care se confruntă industria inovatoare, de pildă riscul de a produce o substanţă inutilă, un medicament ce nu va fi aprobat sau un produs pentru care nu va exista cerere pe piaţă.

Pe de altă parte, în România nu se fac deloc auzite argumentele industriei farmaceutice din segmentul inovator (R&D), deşi în mare parte ele sunt la fel valabile la noi ca şi în dezbaterea internaţională:

- Medicamentele noi contribuie la ameliorarea stării generale de sănătate a populaţiei. Utilizarea lor, dacă este corect prioritizată, poate duce la scăderea costurilor sociale (ajutoare pentru persoane cu dizabilităţi, şomaj cauzat de boli) şi chiar a costurilor de sănătate, deoarece poate înlocui perioade lungi de spitalizare cu tratamente mai eficiente împotriva unor afecţiuni. Prin medicamentele

² WHO Medicines Strategy – Countries at the Core, 2004-2007, disponibil la http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_EDM_2004.5.pdf

inovatoare crește speranța de viață (în ultimii 100 de ani aceasta a crescut cu 35 de ani), în timp ce costul ieșirii de pe piața forței de muncă a persoanelor bolnave este uriaș: de pildă, în Belgia a fost cca 9.7 bn€ în 2007.

- Industria de R&D generează pe plan mondial valoare adăugată prin produsele și inovațiile sale. În 2007, în UE cercetarea în sectorul farmaceutic și biotehnologii a deținut ponderea cea mai importantă între toate investițiile în cercetare și dezvoltare (Fig. 1). Sectorul farmaceutic are o contribuție pozitivă la balanța comercială a UE-27 cu restul lumii (Fig. 2), în 2008 fiind estimat la 48 bn€. Aproape un sfert din exporturile cu tehnologie înaltă ale UE sunt produse farmaceutice. Sectorul se mândrește cu faptul că angajează cca 635.000 de oameni în mod direct și de cca trei-patru ori mai mulți în industriile conexe. Dintre aceștia, 117.000 sunt înalt calificați și lucrează direct în cercetare. Mai mult, în țările cu cercetare avansată, industria argumentează că, per total, contribuie mai mult la bugetele publice decât consumă prin politici de compensare. De pildă în Belgia contribuția netă la buget a fost de peste 100 mil€.
- Deși beneficiile pe care le aduce activitatea de cercetare în țările dezvoltate sunt mai puțin vizibile în cazul unor țări în tranziție ca România, unde cercetarea este limitată mai curând la studii clinice și se pune doar problema intrării pe piață a unor medicamente noi produse în alte țări, aici putem vorbi de alt tip de beneficii. De pildă, industria R&D din aceste țări contribuie semnificativ la formarea continuă a personalului medical sau la asigurarea resurselor pentru participarea acestuia în rețelele profesionale internaționale (vezi textbox).

Dezavantajul major în termeni de cost îl reprezintă faptul că medicamentele sub patent sunt mai scumpe decât

Fig. 1. Investiții R&D pe sectoare
% din total R&D în UE, 2007

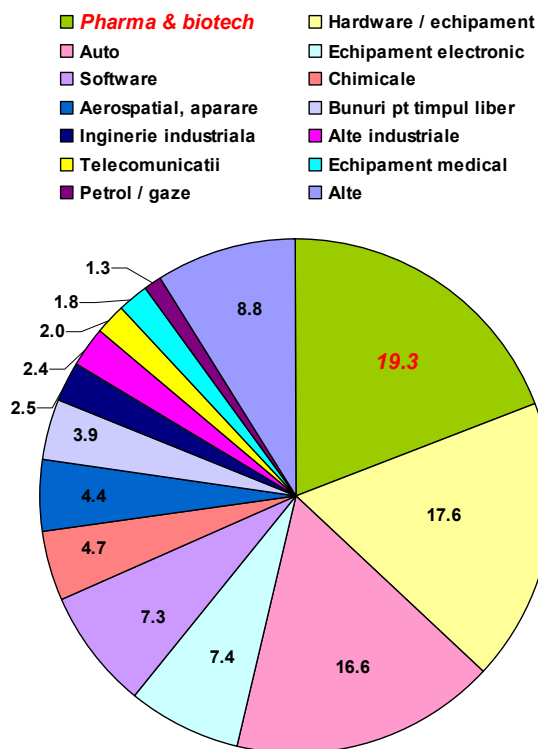
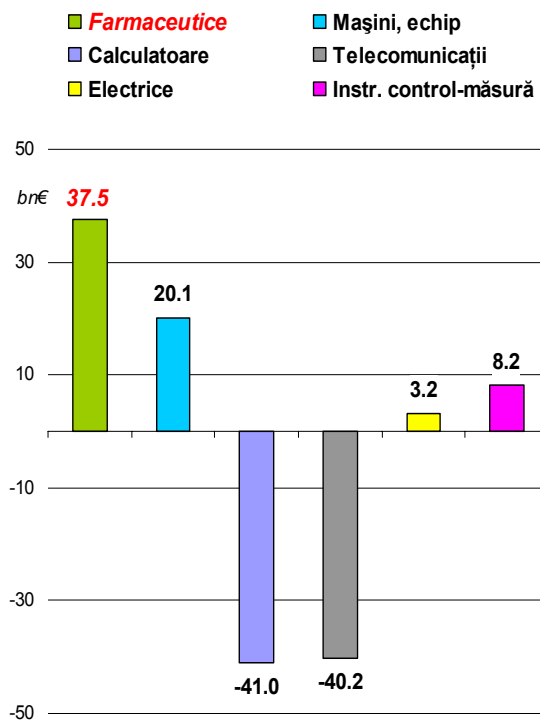


Fig. 2. Contribuție sectoare *high tech* la balanța comercială UE-27, 2007, bn€



STUDIU DE CAZ: Educația medicală continuă oferită de firmele R&D: pro și contra

În România formarea continuă a personalului medical este un aspect neglijat de stat, fiindcă nu există bani și un management bun al resurselor umane. Cum cca 4% din medici și personalul mediu emigrează anual din lipsa unor oportunități de câștig decent sau de conectare la rețelele profesionale veritabile, industria R&D oferă totuși posibilitatea unor câștiguri suplimentare legale prin participarea la monitorizarea studiilor clinice, lucru care aduce și pacienților beneficii. În plus, compensează lipsa de training prin facilitățile de participare la conferințe sau workshopuri internaționale, adesea finanțate de industria inovatoare prin intermediul Societăților Medicale. De asemenea, când apare un medicament nou, firmele informează medicii și farmaciștii de potențialul tratamentului și modalitățile de utilizare. Acest lucru merge dincolo de marketingul de produs și contribuie la informarea personalului medical și cu privire la ultimele evoluții în medicină. Firmele finanțează congrese, reuniuni științifice, oferă informații științifice privind ultimele tratamente, informație care altminteri nu este disponibilă medicilor români din imposibilitatea de a plăti participarea taxelor de conferințe sau abonamentele la revistele de specialitate. Spre deosebire de alte țări, în România un medic nici măcar nu-și poate deduce astfel de cheltuieli din venitul impozabil.

Un posibil dezavantaj ar fi riscul corupției, mai ales în țările în tranziție ca România: dacă un medic a beneficiat de o sponsorizare, poate fi influențat să prescrie medicamentul acelei firme, ignorând alternative mai bune sau mai ieftine. Dar aceste motive nu fac ca sponsorizările firmelor să devină automat imorale sau ilegale. Reglementatorul pieței de medicamente (Ministerul Sănătății) trebuie să gasească acel echilibru între a avea medici mai informați și a asigura integritatea prescrierii. În plus, și dacă s-ar elimina aceste forme de training, corupția poate continua să existe, de pildă mituind direct medicul – și nu este obligatoriu ca ea să vină doar din partea producătorilor de medicamente patentate.

Soluția nu o reprezintă deci interzicerea sau blamarea acestor forme de training, ci politicile publice transparente vizând prescrierea medicamentelor și normele de conduită pentru medici. Pe partea de prescripție, se pot utiliza denumirea comună internațională pentru generice și ghidurile terapeutice pentru cele inovatoare, astfel încât să se elimine subiectivitatea. O soluție viabilă o reprezintă și autoreglementarea industriei, direcție în care s-au făcut pași și în România prin adoptarea unui cod de etică al marilor firme R&D. Aceste măsuri au șanse de succes dacă sunt transparente pentru public, lucru care aduce beneficii atât companiilor care se autoreglementează, cât și celor tratați.

genericele, lucru ce reprezintă o provocare pentru sectorul public din orice țară, din cauza resurselor limitate pentru politica de compensare. E necesară o analiză foarte riguroasă, cu priorități clare, care să ducă la compensarea numai acelor medicamente sub patent ce aduc beneficii reale și justificate în termeni de cost/beneficiu. Pe de altă parte, dacă medicamentele respective sunt cu adevărat inovatoare, prețul mare se justifică din mai multe cauze obiective:

În primul rând, fără protecția patentului (un drept de monopol pe o perioadă limitată) nu ar exista suficiente stimulente pentru inovație; acest lucru este valabil pentru orice industrie, nu doar pentru medicamente. Guvernele controlează totuși puterea de monopol a inovatorilor reglementând prețul

acestor medicamente și mai ales verificând cu atenție cererile de patent; de pildă, în Statele Unite dintre 1035 de cereri de aprobare de patent în perioada 1998-2000 numai 135 (15%) erau medicamente cu ingrediente noi care ofereau ameliorări clinice semnificative. Acestea din urmă însă trebuie încurajate.

În al doilea rând, inovația în sectorul farmaceutic este crucială. Se cunosc atăzi 30.000 de boli, din care 75% nu au tratament; în același timp, 90% dintre medicamentele de azi de pe piață au fost descoperite în ultimii 20 de ani. În al treilea rând, medicamentele noi trebuie să-și recupereze costurile uriașe de dezvoltare comercială. În prezent se estimează că introducerea unei entități chimice / biologice pe piață costă peste 1.7 bn\$.

În fine, medicamentele sub patent trebuie să acopere riscurile de insucces ale activității de R&D, care sunt semnificative. Doar două din 10 medicamente își acoperă cheltuielile de cercetare și dezvoltare. Din 10.000 de entități chimice despre care se presupune că au proprietăți terapeutice, doar unul sau două reușesc să ajungă pe piață ca medicamente, după o perioadă medie de 12-13 ani de cercetare (Fig. 4³).

În același timp, un medicament nou are nevoie de o promovare mult mai intensă, numai costurile de marketing ajungând până la 17% din totalul costului medicamentului.

În ce măsură sunt însă aplicabile unor țări în tranziție ca România argumentele în favoarea industriei inovatoare? În România industria farmaceutică R&D este relativ mică, contribuind la PIB cu doar 30 mil\$ în 2007. Nu se dezvoltă substanțe noi în laboratoare, ci se fac studii clinice, lucru absolut rezonabil având în vedere că fazele inițiale ale cercetării în sectorul medical sunt extrem de scumpe și suportabile financiar doar în țări foarte dezvoltate, ca SUA sau cele din Europa de Vest. În aceste țări există infrastructură adecvată pentru cercetare (laboratoare sofisticate, mână de lucru foarte calificată etc.).

Chiar și acolo, finanțarea din bugete publice este de multe ori necesară. Preocuparea majoră pentru politicile publice de sănătate de la noi nu o reprezintă așadar stimularea cercetării și dezvoltării în România la nivel occidental. Provocarea pentru decidenții noștri de politici de sănătate este însă accesul publicului la ultimele tratamente disponibile în lume, stabilindu-se priorități în funcție de constrângerile bugetare și eficacitatea tratamentelor.

Cu alte cuvinte, se pune întrebarea dacă producătorii internaționali de medicamente noi, utile pacienților din România, găsesc rentabil să le aducă la

Fig. 3. Explozia costurilor
Prețul introducerii unei entități chimice / biologice pe piață, mil \$ în prețuri 2005

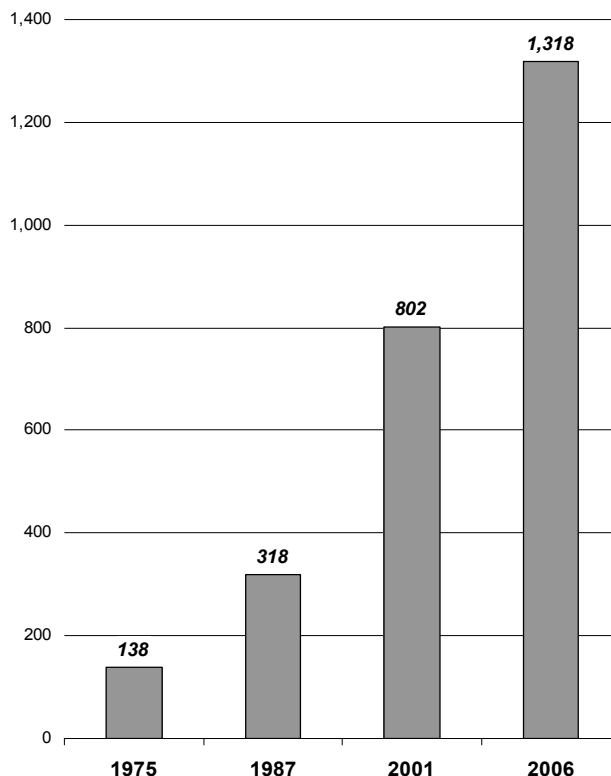
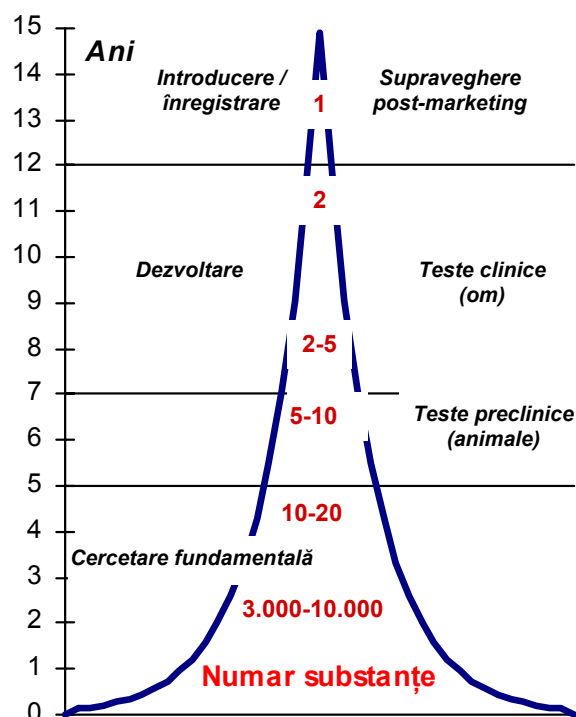


Fig. 4. Descoperirea și dezvoltarea unei entități chimice de succes³



³ Pe baza informațiilor *PhRMA analysis*, actualizate cu date de la *Tufts Center for the Study of Drug Development (CSDD)*. Sursa: ARPIM

la noi pe piață. Acest lucru presupune luarea în calcul a următoarelor aspecte:

1. Prețurile medicamentelor, care sunt reglementate, să permită accesul medicamentelor noi realmente utile pe piața noastră, fără a face însă abuzuri;
2. Subvenționarea de către stat a medicamentelor să maximizeze raportul beneficiu / cost; aici se pune problema împăcării a două obiective contrare, cel de raționalizare a cheltuielilor publice (folosirea genericilor pe cât posibil în lista medicamentelor compensate, achiziții publice prin licitație pentru tratamentele din spital) și compensarea unor medicamente noi, care ameliorează substanțial starea de sănătate sau reduc alte costuri, de pildă cu spitalizarea unor pacienți netratați.
3. Regulile după care se stabilesc prețurile, se aprobă medicamentele și se subvenționează sectorul (prin compensări) să fie clare, predictibile, transparente și nediscriminatorii, toți actorii implicați având posibilitatea de a fi consultați când se iau decizii care îi afectează.
4. Pentru a eficientiza alocarea banilor publici în sănătate nu este suficientă analiza doar a sistemului farmaceutic: este nevoie de o abordare integrată, care să aloce fondurile publice echilibrat între servicii medicale și produse farmaceutice și să coordoneze prioritățile din cele două subsectoare. Acest lucru se face și prin identificarea unor *arii terapeutice prioritare*, unde sunt necesare resurse atât pentru serviciile de tratament cât și pentru medicamentele aferente.

Discuția publică în România păcătuiește ignorând aceste principii. Faptul că la noi medicamentele „scumpe de import” sunt considerate sursa principală de ineficiență din sistemul sanitar este greșit și simplist.

Răspunsul corect îl reprezintă, ca oriunde în Europa, găsirea aceluși echilibru între eficiență și echitate,

introducerea unor reguli echilibrate și transparente, și abordarea sectorului într-o manieră integrată, pentru a folosi resursele publice limitate cu maximum de impact asupra sănătății publice. După cum vom arăta în continuare, majoritatea ineficiențelor provin din măsuri incoerente de politici publice, care nu îndeplinesc cele patru criterii de mai sus.

3. Sistemul medical românesc: cel mai bolnav pacient



În România, odată cu debutul creșterii economice la începutul anilor 2000, resursele de stat și private alocate sănătății au crescut semnificativ, pornind, ce-i drept, și de la un nivel foarte scăzut. Piața a oferit timp de câțiva ani oportunități interesante pentru firmele din sectorul farmaceutic, atât generice cât și originale, pornindu-se de la un consum mic de medicamente la începutul anilor 2000, cu potențial de creștere rapidă. Pe de altă parte, în ultimii ani, politicile de rambursare a costurilor cu medicamentele (gradul de acoperire în compensare) au fost uneori mai permissive decât în alte țări din regiune.

Cu toate acestea, sunt necesare multe schimbări pentru a asigura accesul la servicii medicale de calitate, la medicamente și la tratamente noi în România. Nu toată lumea a beneficiat în mod egal de creșterea de resurse, aici fiind vorba deopotrivă de beneficiarii finali (populație) și furnizorii de servicii medicale și medicamente.

Deși resursele publice alocate sănătății au crescut în timp (de la 1.5 bn€ în 2000 la 5.7 în 2008), calitatea serviciilor medicale nu a urmat același trend, ceea ce ne face să credem că, pe lângă subfinanțarea cronică, reală, există încă ineficiențe și risipă în sistem. Ca pondere în PIB, deși a crescut ușor de la 3.4% din PIB în 2000, la 4.2% în 2008, ponderea cheltuielilor publice cu sănătatea reprezintă în continuare abia jumătate din cât se cheltuiește în UE-15 (7.3% din PIB).

La cheltuielile cu medicamentele România abia dacă depășește Bulgaria, o țară care are venituri per capita mai mici ca noi: dacă în România pe medicamente se duc din buzunar cca 100€ pe cap de locuitor, media UE este de 430€, în timp ce în Bulgaria cheltuiala e de cca 85€ (Fig 15). Pe de altă parte, accesul la medicamente continuă să fie o mare problemă, cu disparități mari între mediul urban și cel rural, între săraci și restul societății. Cauzele sunt multiple și țin în bună măsură de politicile publice ineficiente.

După cum vom vedea în continuare, în România discuția "generice sau originale" este abia la început, iar problema este una mult mai amplă, de subfinanțare cronică a sistemului de sănătate, de impredictibilitate, de reguli neclare ale jocului pentru toți actorii. În plus, deși medicamentele reprezintă cca 25% din cheltuielile publice pentru sănătate, cel puțin în aparițiile publice decidenții par să se concentreze pe reducerea costurilor în acest sector, mai curând decât în zonele mai costisitoare și unde există multe ineficiențe (de pildă, spitalele). La fel, cheltuiala cu medicamentele compensate reprezintă mai puțin de 10% din consumul de resurse publice.

Industria R&D nu intră în competiție directă cu cea de generice; mai mult, interesul industriei inovatoare este ca utilizarea genericilor să conducă la degajarea de fonduri care să finanțeze accesul la medicamente inovatoare.

Iar dacă problemele cronice ale sistemului românesc de sănătate nu erau de ajuns, peste toate acestea se adaugă azi și criza: avem anul acesta cel mai mic buget pentru sănătate din ultimii nouă ani. Este primul an în care scade piața de medicamente și ca volum, și ca număr de pacienți tratați. În termeni reali, alocarea de fonduri publice pentru sănătate în 2009 a scăzut cu cca 30% față de anul trecut, din cauză că anul acesta s-au alocat doar 3.2% din PIB pentru sănătate, iar PIB-ul va scădea cu cca. 8.5%. Și în 2010, bugetul prognozat pentru sănătate va ajunge abia la 3% din PIB.

Nu "medicamentele scumpe din import" sunt principala sursă de ineficiență în sectorul românesc de sănătate

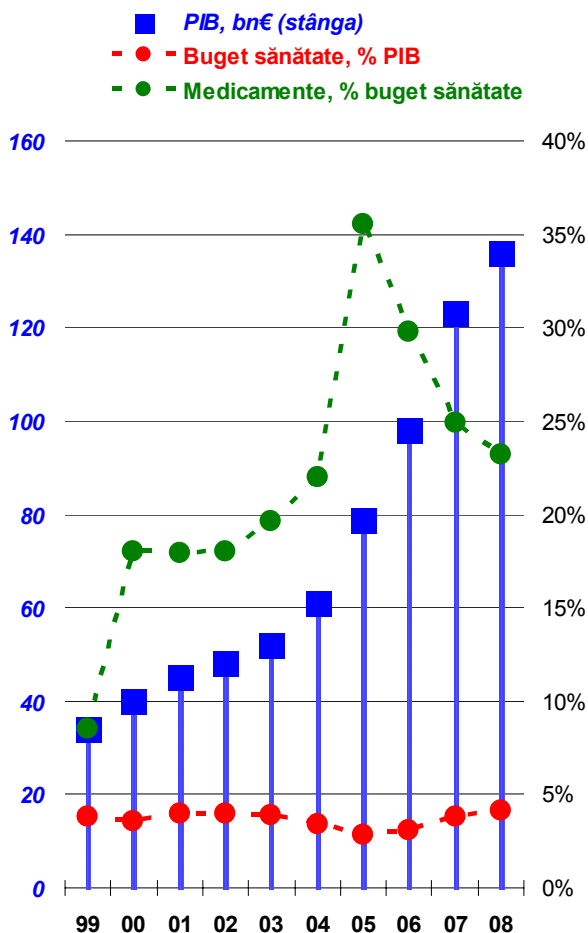
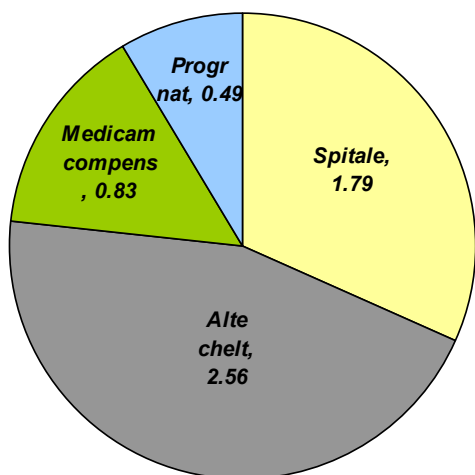
Începând cu luna octombrie, Ministerul Sănătății a anunțat că nu mai are bani nici pentru medicamentele compensate, nici pentru cele din spitale. În august, Asociația Distribuitorilor de

Medicamente din România (ADMR) a anunțat că sistează livrările către mai multe spitale și farmacii din cauza datoriilor foarte mari acumulate, acestea totalizând, încă de la sfârșitul lui 2008, 400 mil€.

La scurt timp, Ministerul Sănătății a mai anunțat că intenționează să pună la punct un mecanism financiar de factoring, prin care farmaciile să poată cesiona facturile către distribuitori, iar aceștia să își poată lua banii de la bănci – un sistem garantat la instituțiile bancare prin Fondul de Rezervă al CNAS. Mecanismul însă nu este încă operațional. Dacă nu se găsește rapid o soluție, pur și simplu farmaciile nu vor mai putea onora rețetele compensate sau gratuite în următoarele trei luni.

3.1. Alocarea proastă a resurselor din sănătate fără a ține cont de priorități

Probabil cea mai mare problemă în sectorul de sănătate o reprezintă lipsa unor criterii clare de stabilire a priorităților pentru cheltuirea resurselor de la buget pentru sănătate. În tot sectorul, sistemul public de asigurări de sănătate acoperă o gamă prea extinsă

Fig. 5. Cheltuieli publice cu sănătatea în Ro**Fig. 6. Principalele alocări în bugetul de sănătate 2008, bn€**

de cheltuieli și servicii medicale, disponibile însă oricărui asigurat „în măsura fondurilor disponibile”. Cum fondurile disponibile sunt mult mai mici decât necesarul pentru a acoperi toată gama de servicii și medicamente asigurate, apare un exces de cerere, concurență între pacienți, și implicit corupție.

Mai multe rapoarte ale Băncii Mondiale arată că:

- se cheltuiește disproporționat de mult pe tratamentele în spital: în 2008, 45% din bugetul CNAS față de sub 40% în țările OECD;
- se investește foarte puțin în medicina primară (8%);
- iar medicamentele ocupă o pondere relativ mare în totalul cheltuielilor Casei.

Deși medicamentele ocupă o pondere importantă în consumul de resurse publice pentru sănătate (Fig. 5), cifrele trebuie interpretate cu atenție, pentru a înțelege care sunt locurile de unde se pot face economii fără a afecta substanțial beneficiarii.

3.2. Dă statul român prea mulți bani pe medicamente?

Ponderile relative ale capitolelor de cheltuieli în bugetul sănătății (Fig. 6) sunt determinate de mai mulți factori. Trebuie să înțelegem că piața medicamentelor, foarte reglementată, impune restricții majore pentru firmele de producătoare: ele nu pot să-și stabilească libere prețul, să introducă orice medicament pe piață, există restricții privind numărul de farmacii, etc. În aceste condiții, statul cheltuiește într-adevăr sume importante pentru medicamente, pentru a asigura însă interesul firmelor să ofere medicamente, lucru fără de care pacienții n-ar avea acces la tratament.

Am putea face un exercițiu de imaginație: cum ar evolua lucrurile în sectorul de utilități (energie, gaz), dacă și piața lor ar fi la fel de reglementată? Ar mai fi interesați furnizorii de utilități să le ofere fără a fi compensați corespunzător prin contract? În plus, în

România procentul mediu de coplată a medicamentelor compensate (50-55%) este foarte mare comparativ cu alte state.

A. În primul rând, procentul mare al cheltuielilor cu medicamentele față de cele cu serviciile medicale în bugetul Casei nu arată neapărat că se cheltuiește prea mult pe medicamente, ci poate fi la fel de bine un semn că se alocă prea puțin pentru servicii medicale. Altfel spus, serviciile medicale sunt subfinanțate de la buget într-o măsură mai mare decât medicamentele, subfinanțare care se poate intui din incidența mare a plăților informale către medici și asistente. Aceasta arată că există o cerere mai mare decât serviciile pe care le poate acoperi Casa, o subfinanțare cronică a serviciilor promise de sectorul public, ceea ce duce la competiție între pacienți; aproape 60% dintre respondenții anchetei Băncii Mondiale pe bugetele de familie în 2008 declară că au făcut plăți informale în perioada de spitalizare (Fig. 7).

Dacă ne uităm însă la totalul cheltuielilor cu sănătatea, din bani publici și privați, se vede că nu cheltuim disproporționat de mult pe medicamente față de servicii medicale în comparație cu alte țări. *România consumă per total (public și privat) semnificativ mai multe resurse pentru servicii în spital decât alte țări din UE* (Fig. 8) în timp ce ponderea medicamentelor în totalul cheltuielilor de sănătate e apropiată de cifrele din celelalte țări comparabile (Ungaria, Polonia). Ceea ce nu înseamnă că nu se poate îmbunătăți alocarea resurselor publice pe medicamente, după cum vom vedea în continuare.

B. Marea problemă este însă aceea că **nu există criterii clare de stabilire a priorităților** pentru medicamentele ce se vor finanța din bugetul public, lucru valabil și pentru medicamentele compensate, și pentru cele distribuite prin spitale. Lipsa acestor criterii de prioritarizare a dus de-a lungul timpului la ineficiențe incredibile: unele studii

(de pildă, Raportul Comisiei Prezidențiale pe sănătate) arată că 8% din pacienți beneficiază de 70% din resursele publice alocate în sectorul farmaceutic.

România nu are o politică coerentă a medicamentului, deși au existat câteva încercări în ultimii ani de a construi un cadru legal transparent, predictibil și simplificat. Reglementările rămân însă incoerente și contradictorii, lăsând loc de interpretare. Astfel, apar probleme la elaborarea listei de medicamente compensate, la stabilirea prețurilor de compensare, la prescrierea medicamentelor și la eliberarea acestora.

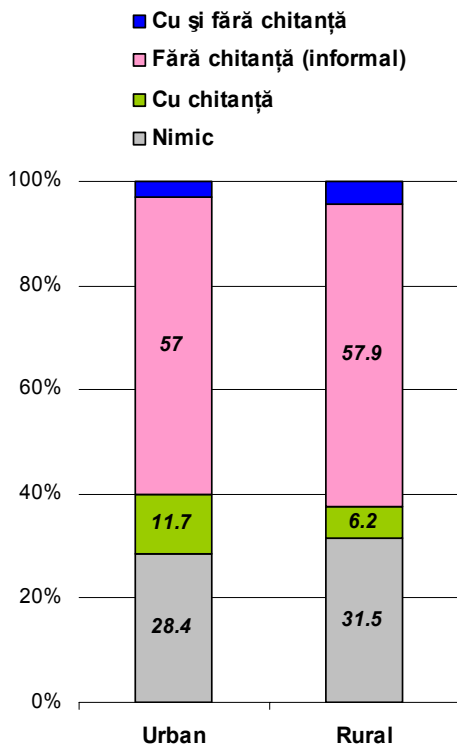
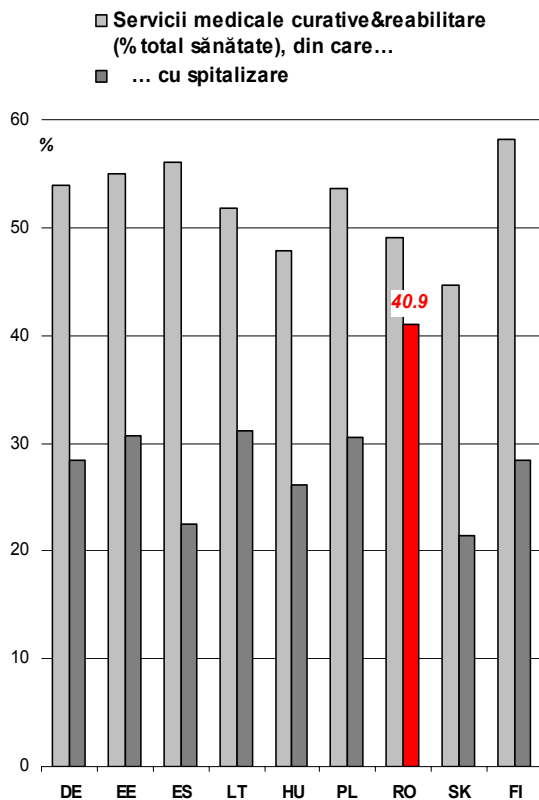
De pildă, din cauza capacității tehnice limitate în Minister sau în Casă nu se pot folosi analize farmaco-economice pentru selecția medicamentelor ce vor fi compensate cu prioritate. Un posibil răspuns la această problemă o poate reprezenta înființarea unei instituții de asigurare a calității în sănătate cu atribuții în realizarea unor analize farmaco-economice

Deși are bani speciali alocați în POS-DCA, Ministerul nu a propus încă nici un proiect de îmbunătățire a capacității administrative

independente, personalul fiind instruit cu ajutorul producătorilor de medicamente, și includerea în programa universităților de medicină a unor cursuri de analiză economică și statistică.

Mai grav decât atât, colectarea datelor necesare unor astfel de calcule este absolut dezastruoasă. Nu știm nici măcar exact câte persoane sunt bolnave sau câți pacienți au fost tratați în sistemul public, nici chiar în cazul procedurilor scumpe și complicate (cum ar fi transplanturi) unde numărul de cazuri este mic. Datele pleacă din unitățile medicale către nivelul județean, dar se pierd undeva pe parcurs, astfel încât la nivel central incertitudinea este totală, deși costurile centralizării lor ar fi minime.

Acest eșec elementar, care tehnic vorbind, ar fi simplu de remediat, arată de fapt că nu există interes real pentru a avea astfel de date în procesul de management, încât decizia strategică să fie una informată și relevantă. De fapt,

Fig. 7. Persoane care au plătit pentru spitalizare**Fig. 8. Preferința pentru spitalizare**

ne arată tocmai că alocarea resurselor în sectorul de sănătate nu se face în realitate pe bază de indicatori de sistem și pe o "citire" a nevoilor și situației la zi, ci după alte reguli, nescrise.

Altminteri, dacă ar exista interes, s-ar găsi imediat și resurse pentru a pune bazele de date la zi: nu mai departe decât în Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Capacității Administrative (POS-DCA), finanțat de UE și administrat de Ministerul Administrației și Internelor. Alături de educație, sănătatea este desemnată sector prioritar, Ministerul și instituțiile subordonate sunt beneficiari preferențiali iar persoanele desemnate de Minister sunt convocate periodic pentru a fi instruite (rugate, implorate) să vină cu propuneri de proiecte pentru a fi finanțate. Până la jumătatea lui 2009 nici un astfel de proiect viabil nu fusese propus de Ministerul Sănătății.

Pe partea de integritate, au existat plângeri de-a lungul timpului că unii membri din comisiile de specialitate din Ministerul Sănătății, cu rol în stabilirea componenței listelor de medicamente compensate, se aflau în conflict de interese, beneficiind în același timp de sponsorizări sub diverse forme de la firme producătoare. Reglementările privind prețurile medicamentelor sunt ambigue sau netransparente (a se vedea, de pildă, faimoasa exprimare „prețul se stabilește *de obicei* pe baza prețului din anumite țări”, o potențială sursă de subiectivism care a existat până de curând în lege).

În mecanismul de distribuție și eliberare a medicamentelor apar stimulente perverse pentru a se promova anumite medicamente. Unul dintre acestea poate fi oferirea de discounturi de către producători distribuitorilor și de către aceștia din urmă farmaciștilor. Deși legală, practica ridică probleme în unele cazuri, de pildă dacă discounturile se oferă în natură (medicamente nefacturate).

Deși problemele de acest fel au soluții simple, aplicate peste tot în lume, acestea întârzie în România. Lipsesc astfel un sistem instituțional coerent, care să nu mai permită arbitrariul în deciziile care afectează folosirea banului

public sau distorsionează concurența între firmele de medicamente. Lipsesc de asemenea mecanismele care să limiteze conflictele de interese.

Cazul cel mai cunoscut este al declarațiilor de interese ale membrilor comisiilor de specialitate care decid listele de compensate: deși declarațiile de interese sunt obligatorii, ele nu sunt întotdeauna făcute publice. Membrii Comisiei de Transparență nu trebuie să fie simultan și membri ai unei comisii de specialitate (din păcate, este cazul a jumătate dintre membrii comisiei de transparență). Mai mult, pentru a limita riscul unor influențe nelegitime, se recomandă ca membrii comisiei să aibă un mandat limitat în timp și să fie schimbați.

Cu toate acestea, treptat o parte dintre probleme încep să se reducă în ultima vreme, mai puțin prin creșterea coerenței politicilor guvernului și mai mult prin autoreglementarea industriei farmaceutice (vezi de pildă codul de etică al ARPIM⁴, menționat și anterior).

În același timp însă, medicamentele care sunt distribuite în spitale nu fac întotdeauna obiectul unor licitații organizate așa cum ar trebui. Pentru programele naționale, licitațiile au fost considerate o soluție pentru a procura cantitățile mari de medicamente necesare, dar ele au fost folosite ultima dată în 2002.

De asemenea, pentru medicamentele originale (protejate prin brevet) organizarea de licitații este practic imposibilă, tocmai din cauză că, prin specificul lor, pentru aceste medicamente nu există concurență. Dar și aici există soluții prin care să se evite arbitrariul: medicamentele ar trebui achiziționate pornind de la ghiduri terapeutice pe fiecare tip de afecțiune, care să nu lase loc de interpretări sau alocări discreționare de fonduri. Pentru generice, pe lângă ghidurile terapeutice care stabilesc substanța activă necesară unui tip de tratament, există prețul de referință utilizat la decontare, care ar putea fi luat în calcul ca preț

În România se face exces de spitalizare, în comparație cu alte state UE

maximal la achiziția medicamentelor. Spitalele au autonomie în achizițiile publice, dar nu se știe în ce măsură există vreun control eficient asupra modului în care au loc aceste licitații.

Sistemul DRG („diagnostic-related groups”), prin care spitalele primesc bani pe caz tratat (pe output în loc de input) poate fi un mecanism de control al costului, deoarece tot ce depășește costurile standard calculate pe cazul respectiv nu e acoperit de la buget. Însă în același timp sistemul DRG poate stimula achiziția unor produse ieftine și de foarte proastă calitate (s-a întâmplat adesea în special cu materialele auxiliare – feșe, seringi inutilizabile; dar există și riscul să apară pe piață medicamente contrafăcute).

Din păcate, o problemă care afectează întreg sectorul medical o reprezintă lipsa ghidurilor terapeutice menționate mai sus, a unor instrucțiuni clare cu privire la ce se face cu un pacient într-o situație dată. De pildă, dacă un pacient are un cancer osos și i se fracturează piciorul, într-o țară civilizată există o procedură standard de tratament, în care se detaliază toate operațiunile, inclusiv modul de transport, responsabilitățile celor doi medici (oncolog și ortoped), ale brancardierilor și asistenților medicali, medicamente utilizate, unde stă pacientul internat și cine îl transferă cu targa dintr-un loc în altul.

La noi, respectarea unor astfel de proceduri e imposibilă, din lipsa cronică a resurselor care să permită urmarea unei proceduri de la cap la coadă; relațiile dintre cei doi medici se rezolvă prin mica înțelegere deoarece amândoi sunt supraîncărcați („îți trimit un pacient, ai puțin timp să-l vezi?”), prin improvizații („nu merge telefonul spitalului, sun de pe mobilul meu”) și cârpeli („n-am targă, se sprijină de brancardier”).

Întreg actul medical se desfășoară într-o atmosferă de informalitate de neconceput într-o țară în care serviciile publice funcționează după niște reguli. Ca efect imediat, relațiile dintre medici devin prea informale ca să se mai poată penaliza eficient unii pe alții într-un caz

⁴ www.arpim.ro

de malpraxis, de pildă, prin asociații profesionale de tipul Colegiului Medicilor, iar tratamentul cu medicamente urmează aceleași reguli improvizate.

C. În aceeași categorie intră și problemele legate de **lipsa de transparență și de predictibilitate** în stabilirea criteriilor de acces pe listele de medicamente compensate, și a calendarului privind accesul la aceste liste. Spre sfârșitul mandatului său, ministrul Nicolăescu a încercat să stabilească niște reguli, însă acestea s-au aplicat o singură dată pentru lista din 2008.

De pildă, ordinul stabilea că dosarele se depun în prima jumătate a anului, pe 30 iunie sunt evaluate, iar de la 1 ianuarie anul viitor medicamentele aprobate intră în lista de medicamente compensate. În prezent însă lucrurile nu se petrec așa. În 2009 s-au emis deja două HG în iulie prin care s-a modificat lista, introducându-se 4 noi medicamente pentru afecțiuni rare și 2 pentru gripe, fără ca mecanismul să respecte regulile. Din nou se așteaptă un HG în octombrie care să aprobe o listă ce va intra în vigoare de la 1 noiembrie.

Ministrul încercase să mărească transparența procesului, crescând numărul de comisii de specialitate care elaborau recomandări pentru criteriile de compensare a medicamentelor (cu cât numărul acestora este mai mare, cu atât influența individuală este mai redusă și recomandările mai diverse). S-a propus reînființarea unei comisii de strategie terapeutică, în cadrul căreia ar fi fost primiți ca observatori diverse organizații și asociații profesionale, ceea ce ar fi mărit din nou transparența deciziei. Măsura este în prezent blocată complet. A fost de asemenea redus numărul membrilor Comisiei de Transparență și nu se pun în aplicare recomandările Directivei CE privind transparența, conform căreia fiecare firmă care a depus un dosar pentru un medicament care să intre pe lista de compensare trebuie să primească un răspuns în 90 de zile.

Actul medical în România se desfășoară într-o atmosferă de informalitate totală – nu există ghiduri, nu există malpraxis

La fel de netransparenți în politica de medicamente și sistemul de compensare suntem și în UE. Până la mijlocul anului curent autoritățile au refuzat să participe la proiectul Comisiei Europene de analiză și descriere a sistemelor farmaceutice din statele membre (*Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Initiative*). Astfel, în raportul final al acestui proiect, România apare ca singurul stat membru neimplicat, în condițiile în care state extracomunitare precum Albania au participat la inițiativa Comisiei. Aderarea la proiect, cel puțin nominală, este binevenită chiar dacă are loc după încheierea acestuia. În aceste context, realizarea raportului de țară pentru România, actualizarea sa periodică și realizarea unei variante în limba română ar trebui să reprezinte o prioritate pentru Minister.

D. În ciuda faptului că medicamentele ocupă o pondere importantă în bugetul Casei, există suspiciuni în ceea ce privește modul în care acești bani sunt folosiți pentru sănătatea noastră. Chiar dacă alocăm mai multe resurse cu medicamentele în totalul cheltuielilor publice cu sănătatea decât alte țări, acest lucru nu este neapărat în folosul pacienților, și nici măcar în cel al producătorilor sau importatorilor de medicamente. De-a lungul timpului, diverse măsuri haotice de politică publică și lipsa unei viziuni de ansamblu au crescut în loc să scadă costurile cu medicamentele, unele dintre ele crescând și disconfortul pacienților și al medicilor.

De pildă:

- În urmă cu trei ani, medicamentele pentru diabet și o parte din cele pentru cancer, care înainte se livrau în farmaciile din spitale, au fost transferate către toate farmaciile. Ca urmare, un pacient care are nevoie de un medicament oncologic nu mai găsește medicamentul doar în farmacia spitalului unde face tratament, ci teoretic la orice farmacie. Cum însă stocurile sunt de regulă mici și dispersate la un număr

mare de farmacii, este probabil să fie nevoit să caute în tot orașul. Situația este tragi-comică pentru pacienții internați: dacă au ghinionul să nu mai găsească medicamentul în farmacia spitalului, trebuie să se ducă la medic, să fie externați pentru o zi ca să își caute medicamentul prin oraș, și apoi să fie internați la loc. Practic pacientul începe tratamentul cu o zi mai târziu, medicul are de completat 3 fișe în loc de una (internare pentru analize – externare pentru căutat medicament – din nou internare pentru tratament); pacientul se plimbă prin oraș indiferent că este în stare gravă sau nu; iar costurile de spitalizare cresc, cu ziua pierdută. Un studiu nepublicat al Băncii Mondiale arată că, în plus, costurile celor două programe naționale asociate au explodat ca urmare a acestei măsuri. Cauzele ar putea fi consumul mai mare de medicamente – puțin probabil; nevoia de a include mai multe medicamente în program, ca să poată fi găsite mai ușor; sau înlocuirea mecanismului de licitații naționale pentru programele de sănătate aplicat prin 2003 cu distribuirea medicamentelor în farmaciile cu circuit deschis, cu prețul fixat prin decizie administrativă, prețurile (cu adaos comercial) fiind în consecință mai mari.

- În 2005 s-a înregistrat un vârf record de cheltuieli cu medicamentele la CNAS. Motivul a fost o măsură populistă din anul electoral 2004, când pe nepusă masă a fost extinsă lista de medicamente compensate, în principal pentru a câștiga voturile pensionarilor, și a crescut numărul medicamentelor compensate cu 100%. Cum n-au fost bani suficienți pentru a acoperi cheltuielile, acestea au ajuns datorii da plătit în 2005. După 2005 au fost luate într-adevăr măsuri de limitare a modului în care se poate modifica lista de

medicamente compensate, măsuri care au fost aplicate cu mai mult sau mai puțin succes.

- Se estimează că o pondere mare din bugetul CNAS este sifonat prin diverse **fraude**, în detrimentul tuturor actorilor care joacă după reguli (pacienți, medici, plătitori de taxe, firme de medicamente concurente). De pildă, medicii pot emite rețete compensate pe care le trimit direct farmaciștilor, care nu eliberează medicamentul dar împart banii decontați pe produs cu medicul. Sau poate exista o înțelegere între pacienți și farmaciști: pacienții cumpără alte produse în locul medicamentelor compensate de pe rețetă. O asemenea

Medicamentele compensate consumă 7-8% din bugetul sănătății, deci nu de aici se pot obține marile economii prin raționalizare

fraudă ar putea fi limitată dacă ar exista o evidență bună a persoanelor și tratamentelor, a stocurilor de medicamente, sau prin controale-sondaj. Se estima în urmă cu doi ani că acest gen de fraude afecta cca. 10% din bugetul CNAS, adică 70 mil€. În plus, au existat diverse forme de influențare a prescrierii unor medicamente și a consumului de resurse publice cu acestea: stimulente pentru membrii comisiilor cu rol în componența listelor de medicamente compensate; distribuitori care ofereau discounturi farmaciilor pentru anumite medicamente; medici care cumpărau direct de la distribuitor un anumit medicament, îl oferă pacientului și apoi emit rețeta pentru decontare de la Casă; stimulente pentru achiziționarea unui medicament, în valoare mai mare decât partea necompensată a prețurilor etc. Un raport al Băncii Mondiale arată că o soluție viabilă împotriva acestor practici, care au tendința de a se perpetua, o reprezintă autoreglementarea industriei, prin coduri etice care să limiteze practicile neloiale și care poate aduce beneficii de imagine și industriei în ansamblu. Există un echilibru foarte delicat, în schimb,

Fig. 9. Starea de sănătate în România, comparativ

	Speranța de viață	la 100,000 loc				
		Rata mortalității	TBC	Hepatita A	Hepatita B	Spitalizări cu infecții /paraziți
BG	72.8	1,046	37.2	36.6	9.8	798
RO	73.5	964	104.9	23.1	3.4	1,059
PL	75.5	836	21.0	0.1	1.0	428
CZ	77.1	767	7.7	1.2	3.0	498
SLO	78.5	669	10.5	0.7	0.8	446
FIN	79.7	602	5.7	0.3	0.5	741
GER	79.9	604	5.6	1.1	1.2	543
UK	79.9	597	12.9	0.6		
AUT	80.7	557	9.8	1.7		794

Sursa: OMS HFADB

între dorința de a păstra confidențialitatea firmelor din asociație penalizate pentru astfel de practici și nevoia de transparență, pentru ca publicul larg să perceapă mecanismele de autoreglementare ca un substitut viabil la eșecurile politicilor publice.

E. Alte politici din domeniul sănătății au irosit de-a binelea banul public, iar acestea ar trebui raționalizate în primul rând. Chiar dacă există ineficiențe, după cum vom vedea în continuare, este puțin probabil că s-ar putea obține economii majore la buget din raționalizarea cheltuielilor cu medicamentele, având în vedere că bugetul total cheltuit cu medicamentele reprezintă cca. 23-24% din totalul bugetelor pe sănătate, iar medicamentele compensate consumă în jur de 7-8% din cheltuielile cu sănătatea.

Un caz notoriu de irosire a banilor publici în alt subsector al sănătății a fost evaluarea stării de sănătate a populației, program în care s-au cheltuit cca 300 mil€, iar datele n-au fost ulterior centralizate deoarece programul a fost complet abandonat la schimbarea guvernului. În loc să se încerce o evaluare a întregii populații – din care probabil nu s-au prezentat la analize decât cei care aveau nevoie de tratament, cei de la oraș și cei care aveau în apropiere un medic de familie,

deci o parte a populației nu neapărat reprezentativă pentru întreg – s-ar fi putut face un sondaj pe un eșantion reprezentativ al populației, mai ușor de monitorizat, la costuri de 5-7 mil€, rezultatele ar fi putut fi centralizate cu mai multă ușurință și ar fi fost și reprezentative.

La fel, spre sfârșitul lui 2008 au apărut în presă scandaluri legate de achiziția unor echipamente foarte scumpe, fără să se justifice prioritatea acestor investiții. De pildă, s-au achiziționat câteva aparate de tomograf pentru spitale din Zalău sau Călărași, în condițiile în care cel mai mare institut de cancer din țară, Institutul Oncologic din București, nu are unul funcțional, iar pacienții fac analize contra cost din buzunarul propriu, la prețuri între 400 și 2000 RON, la spitalul privat din curte.

Deși costul cu medicamentele a crescut rapid în ultimii ani, măsurile prin care s-a încercat limitarea acestor costuri nu au dat rezultate spectaculoase: în primul rând, din cauză că au fost luate ad hoc, fără a fi integrate într-o strategie mai largă de raționalizare a costurilor. De pildă, o posibilitate ar fi ca un sondaj din care reiese starea de sănătate a populației să stabilească niște **arii terapeutice prioritare**, probleme de sănătate care afectează un număr mare de cazuri. În loc ca listele de medicamente compensate să se stabilească „pe genunchi”, după criterii

care nu sunt clare nimănui, s-ar putea stabili pe criterii obiective farmaco-economice care sunt prioritățile sistemului de sănătate și ale politicii medicamentului.

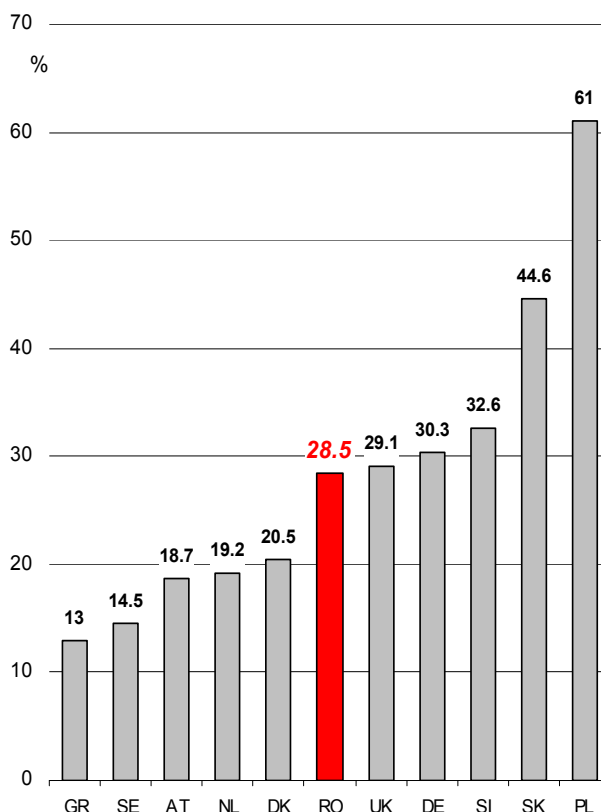
F. Există însă și alte motive pentru care se poate întâmpla să fie realmente nevoie de cheltuieli mai mari cu medicamentele decât în alte țări.

De altminteri, medicamentele au de regulă o pondere mai mare în costurile cu sănătatea în țările în tranziție decât în cele dezvoltate. O parte din aceste costuri pot fi cauzate de serviciile medicale de proastă calitate, în special la nivelul medicului de familie și medicină preventivă, lucru care face ca pacienții să ajungă în stare mai gravă la tratament. Lipsa prevenției duce la costuri mai mari pentru medicină curativă și medicamente; în România nu există, de exemplu, studii epidemiologice. Indicatorii de mortalitate și morbiditate arată că starea noastră de sănătate este mult mai proastă decât a vecinilor noștri din UE (Fig. 9).

G. În sfârșit, avem într-adevăr prea multe medicamente patentate pe piață? Politicile noastre ca răspuns la dezbateră internațională generice vs. patentate au fost incoerente de-a lungul timpului. De pildă, în 2006 s-a introdus prescripția medicamentelor pe baza DCI (denumiri comune internaționale), ceea ce în primii doi ani de aplicare a acestei reglementări a crescut consumul genericelor pentru același DCI cu 25%. Apoi în 2008 s-a renunțat la prescrierea generică, pentru ca în 2009 să se revină la prescripția pe substanță activă. Este greu de văzut care au fost efectele acestor politici. Totuși, într-o analiză comparativă, ne aflăm undeva pe la mijloc între țările europene din punctul de vedere al ponderii genericelor în piața de medicamente, deși celelalte state nou membre au în general o piață de generice mai mare (lipsește însă datele pe țările baltice, Bulgaria, Ungaria).

Deși ca pondere a genericelor pe piață nu stăm mult mai rău decât alte state, acest lucru nu înseamnă că nu ar exista posibilități de raționalizare a consumului de medicamente „sub

Fig. 10. Genericele, % din piața medicamentelor, 2007



brand” compensate azi. Raportul Comisiei Prezidențiale arată că, între primele 20 de medicamente prescrise în România, multe sunt produse biologice foarte noi, extrem de scumpe, de care beneficiază un număr extrem de redus de pacienți, sau mărci scumpe, care ar putea fi înlocuite de produse generice, mai ieftine și cu aceleași rezultate terapeutice pentru pacienți.

Este așadar nevoie de o analiză atentă a politicii de prescriere și compensare a medicamentelor, după priorități și pe criterii transparente: acest lucru va conduce și la reducerea costului cu medicamentele, și la recompensarea acelor producători și distribuitori care aduc pe piața noastră medicamente noi, cu eficacitate dovedită, și realmente utile pentru ariile terapeutice prioritare. Cu alte cuvinte, din această raționalizare a politicii de medicament vor avea de câștigat în ansamblu și piața de generice, și inovația reală.

Din păcate însă politicile publice de la noi nu sprijină tocmai inovația reală; în România există mai puține

medicamente noi decât în alte țări și din cauza întâzierilor la intrarea pe piață datorate măsurilor administrative. De pildă, se poate face cerere pentru compensarea unui medicament doar dacă a fost compensat cel puțin 12 luni în UE; apoi acesta trece prin comisiile de specialitate, dosarele se evaluează până pe 30 iunie, iar medicamentul poate fi compensat de la 1 ianuarie anul următor. Practic, trec cel puțin doi ani și jumătate până ca un medicament nou în UE să devină accesibil pacienților noștri.

3.3. Măsurile administrative nechibzuite au efecte perverse

În ultimii ani, creșterea rapidă a cheltuielilor cu medicamentele a dus la măsuri administrative de limitare a costurilor. Deși este adevărat că se impune o raționalizare a acestor cheltuieli, cum am explicat mai sus, este puțin probabil că deciziile pe genunchi, luate din senin și fără o dezbateră reală cu cei afectați pot rezolva problema.

Dimpotrivă, astfel de măsuri pedepsesc jucătorii corecți și îi favorizează pe cei care știu să evite constrângerile administrativ- legale.

De asemenea, majoritatea acestor reglementări privesc prețurile, or, cum spune și raportul comisiei prezidențiale, utilizarea doar a prețului ca mijloc de control al pieței farmaceutice nu s-a dovedit a fi eficientă în nici un alt sistem. Reglementările actuale de prețuri au dus la conflicte pe piața farmaceutică, din cauza clauzelor ambigue din lege (de tipul „prețul se stabilește de regulă pe baza prețului din anumite țări”, formulare existentă până la sfârșitul lui 2008).

Iată și câteva exemple de aceste măsuri cu efecte dezastruoase pentru piața de farmaceutice și pentru accesul populației la medicamente.

a) Una din sursele majore de ineficiență în sectorul de medicamente o reprezintă măsurile haotice de stabilire a prețurilor, luate poate cu bună intenție, însă fără a se ține cont de realități economice. De pildă, OMS

75/2009 stabilește că: „prețul de referință al genericului nu poate depăși 65% din prețul medicamentului inovativ al cărui generic este. Pentru medicamentele princeps, în 60 de zile de la publicarea prețului de referință generic, dacă prețul de referință generic este mai mic de 65% din cel al medicamentului princeps, prețul medicamentelor princeps se stabilește fără a putea depăși cu mai mult de 35% prețul de referință generic”. Impunerea unei limite maxime pentru prețul primului generic introdus pe piață în raport cu prețul medicamentului original (nu mai mult de 65%) este justificată de ministru prin faptul că înaintea noii reglementări de preț, produsele generice apărute pe piață la scurt timp după expirarea patentelor au înregistrat în România în multe cazuri prețuri mai mari decât prețul medicamentelor originale. Se dorea așadar creșterea accesibilității medicamentelor generice.

Din păcate, măsura a oferit stimulente contrare pentru firmele de

medicamente, care își pot elimina cu ușurință un concurent de pe piață folosindu-se de această prevedere. De exemplu, dacă prețul unui medicament original este 100 RON în

momentul apariției primului generic, producătorul primului generic poate decide să lanseze produsul său la un preț de 30 RON, în loc de 65 RON cât i-ar permite actualul cadru normativ. În următoarele 60 de zile, producătorul medicamentului original, devenit princeps după apariția genericului, este obligat să se alinieze la 35% peste 30 RON, ceea ce înseamnă 40.5 RON și poate duce la ieșirea sa de pe piață. Mecanismul poate fi interpretat și în sens invers, medicamentul princeps putând coborî prețul, de exemplu, la 30 RON, obligând apoi primul generic să coboare la rândul său la 65% sub 30 RON, adică la 19.5 RON, ceea ce poate fi nesustenabil onomic pentru primul generic, care este obligat la rândul său să iasă de pe piață.

În trimestrul doi din 2009, după introducerea acestei reglementări, piața genericelor a scăzut în unități terapeutice comercializate. După

La diferențe de preț între țări de 15% sau mai mari, apare comerțul paralel

Cegedim, în ciuda reducerii prețurilor cu cca 10% în medie, ponderile pe piață ale medicamentelor sub 12.5 € și sub 75 € s-au redus.

În plus, modificarea frecvență a regulilor jocului, oricare ar fi ele, conduce la pierderi și riscuri pentru toți actorii. Schimbările adaosurilor comerciale și a formulelor de calcul împiedică industria farmaceutică să poată realiza o planificare pe termen mediu și produce confuzii în rândul pacienților.

b) Tot din categoria măsurilor ad hoc de reducere a cheltuielilor cu medicamentele intră și stabilirea prețurilor pentru medicamentele de import pornind de la un curs de schimb €/RON subevaluat. Practic, dacă prețurile la care se vând medicamentele sunt stabilite pe baza unui curs pentru Euro mai mic decât cel de piață, importatorii de medicamente vând în pierdere, sau, cu alte cuvinte, subvenționează sistemul medical. ARPIM și-a calculat aceste costuri, prezentate în Fig. 11, costuri care depășesc 100 milioane EUR pe an.

Alteori, s-a apelat la înghețarea pur și simplu a prețurilor (vezi Textbox), sau la întârzierea plăților, care încălcă termenele prevăzute în Contractul Cadru semnat cu furnizorii de servicii medicale. Deși contractul cadru stabilește clar că decontarea medicamentelor compensate se face în 30 de zile pentru programele naționale, 60 de zile pentru farmacii și 90 de zile pentru spitale, sistemul continuă să fie caracterizat de „întârzieri masive” care pot depăși 200 zile, cea mai mare parte a banilor fiind virați în ultimul semestru al anului. Aceasta înseamnă practic că producătorii de medicamente creditează statul cu 500 mil€ pe an (Raiffeisen Investment 2007), fără nici un fel de dobândă sau penalizări de întârziere. Contractul Cadru menționează explicit faptul că statul nu poate fi obligat să plătească penalități. Mai mult, în 2009, din cauza scăderii contribuției la asigurările de sănătate, banii nu ajung pentru acoperirea a aproape 6 luni de consum de

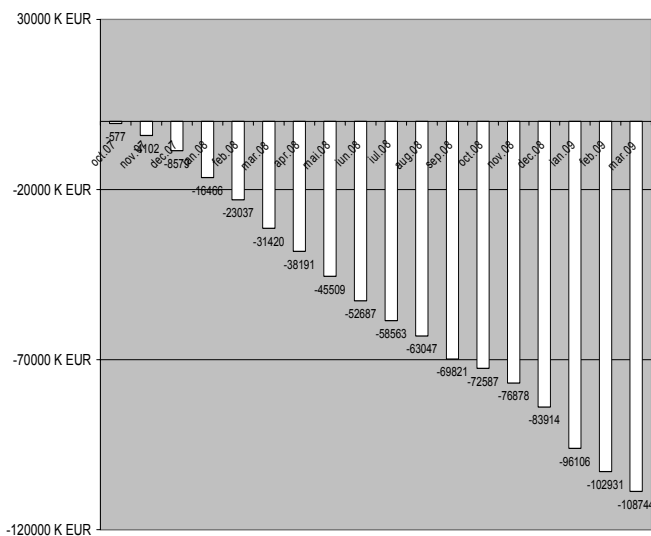
medicamente, plata farmaciilor făcându-se până la nivelul lunii mai. Ministerul Sănătății a propus decalarea plății facturilor către furnizori la 120 de zile pentru farmacii și 90 de zile în cazul programelor naționale.

c) Un fenomen tipic țărilor în care se încearcă reducerea costurilor cu medicamentele îl reprezintă **comerțul paralel**. Pe scurt, distribuitorii cumpără produsele vândute de către producător cu un preț mai mic într-o anumită țară și le revând la un preț mai mare într-o altă țară. În cazul medicamentelor este suficient ca diferența între prețurile aceluiași produs să fie de 15% pentru a face rentabil comerțul paralel (din cei 15% acoperindu-se costurile de transport, reambalare, distribuție). În prezent, acest comerț ajunge la cca. 4.7 bn€ pe an. Țările sursă sunt Spania, Italia, Grecia (cu prețuri mici), iar cele destinație Danemarca, Olanda, Suedia, UK (cu prețuri mai mari) – vezi Fig. 12.

Opiniile privind beneficiile și dezavantajele comerțului paralel sunt împărțite. Comisia Europeană sprijină comerțul paralel pe baza principiului liberei circulații a bunurilor pe piața unică europeană. Este însă discutabil dacă piața farmaceutică europeană este sau nu o piață unică, deoarece mecanismele de preț, rambursare, prescriere și vânzare variază semnificativ de la o țară la alta, fiind stabilite de guvernele naționale. Deci nu discutăm aici de o piață pe care prețurile se formează liber, ci de una intens reglementată, iar reglementările diferitelor guverne distorsionează piața unică.

Asociațiile marilor producători de medicamente (de pildă, *European Alliance for Access to Safe Medicines* sau *Association of the British Pharmaceutical Industry*) aduc argumente valabile împotriva importurilor paralele: beneficiile pentru pacienți prin reducerea costurilor sunt mici (estimate la 4 GBP/locuitor față de 150 GBP/locuitor cost total cu medicamentele); există riscul contrafacerii medicamentelor la reambalare (cum s-a întâmplat în cazul

2009 se va încheia cu cel mai mic buget de sănătate din ultimii nouă ani

Fig. 11. Costurile din diferența de curs valutar €/RON

STUDIU DE CAZ Înghețarea prețurilor sub ministrul Nicolăescu

Înghețarea prețului a fost determinată de menținerea unei rate de schimb fixe pentru a calcula prețul reglementat al medicamentelor din import, pe fondul unei depreciere a monedei locale. Raiffeisen Investment (2008, 2009) analizează efectele acestei măsuri și o considera factorul major care a influențat evoluția pieței farmaceutice în 2008. Rapoartele arată ca atât distribuitorii cât și farmaciile au suferit serios, deoarece primii au micșorat rabaturile oferite farmaciilor sau au refuzat să mai distribuie medicamentele sub prețul de achiziție.

Aceasta a însemnat falimentul unor farmacii independente și reducerea profiturilor, precum și anularea planurilor de extindere pentru lanțurile de farmacii. De asemenea, s-a produs și o scădere de 2,3% a volumului de medicamente vândute. Decizia de actualizare a prețului a fost amânată în mod repetat de-a lungul lui 2008, menținându-se cursul de 3,32 RON/€ și actualizându-se la 3.63 doar din noiembrie și doar pentru programele naționale.

Criza a atins maximul în octombrie, cu proteste de stradă ale distribuitorilor și decizia unanimă de a opri aprovizionarea pentru două săptămâni. Aceste evenimente au afectat direct profiturile distribuitorilor și producătorilor. Totuși consumatorii au avut mai puțin de suferit datorită stocurilor de medicamente existente în farmacii.

produselor Lilly sau Astra Zeneca în UK), afectând siguranța pacienților; iar pierderile pentru producătorii din țara importatoare sunt foarte mari (1.3 bn GBP în 2005 în UK) deci implicit scad resursele acestor companii ce pot fi investite în R&D.

Cum afectează însă comerțul paralel România? Cazul Greciei, prezentat mai sus, este foarte instructiv. Deoarece noi avem prețul minim la nivel european, devine rentabil pentru un distribuitor autorizat să cumpere medicamente de aici și să le vândă în țări unde prețurile sunt mai mari. Deși deocamdată nu se poate estima cât de rapid va crește exportul paralel din România, nici nu se știe exact cât reprezintă el în prezent, numărul notificărilor de export către ANM din partea autorităților din statele membre UE este în creștere: 83 de medicamente în 2008, număr aproape dublu față de 2007, când au fost solicitări pentru 43 de produse. Mai mult, dacă prețurile de la noi sunt foarte mici, alte țări ar putea folosi prețul din România pe post de referință, fapt ce ar afecta vânzările producătorilor și pe alte piețe.

Riscurile majore pentru pacientul din România constau în dispariția unor medicamente inovative de pe piața românească sau întârzierea lansării de medicamente aflate sub protecția brevetului din cauză că piața devine neatractivă pentru producători. Ca exemplu, în 2009 au fost amânate de la lansare cca 25 de medicamente absolut noi pe piața românească (oncologie, HIV, diabet, SNC).

3.3. Accesul la medicamente este inechitabil în România

În același timp, accesul la medicamente este o mare problemă pentru o bună parte din populația României, în special pentru cea rurală și pentru săraci (Fig. 14). 50% din populație locuiește în rural, unde se găsesc 20% dintre medici și 30% din farmacii.

O sursă majoră de inechități, vizibilă în mass media, a reprezentat-o eterna poveste a epuizării plafoanelor de medicamente din farmacii. Cu toate disfuncționalitățile sale, mecanismul plafoanelor pe farmacii ar putea fi

reintrodus. După epuizarea bugetului lunar alocat, pacientul avea câteva opțiuni: să meargă din farmacie în farmacie, să plătească integral costul medicamentului chiar dacă ar fi avut dreptul la compensare, să renunțe la tratament sau să stea la cozi infernale în prima parte a lunii, înainte de epuizarea bugetului. Modul în care se repartizează bugetul pe fiecare farmacie pornește de la alocările istorice, deci orice ineficiențe care vin din trecut se perpetuează.

Fig. 14. Cheltuieli cu medicamentele, prețuri 2008, RON

	Non-săraci	Săraci	Mediu
Necompensate	59.1	11.8	57.1
Compensate	15.7	1.2	15.1
Cost mediu	74.8	13.0	72.2

Sursa: Anchetă gospodăriilor, Banca Mondială 2008.

Penuria cronică de medicamente are efecte perverse, ca de pildă post-datarea unor eliberări de medicamente pentru urgențe sau prieteni, ca să fie decontate de Casă în luna următoare. Casa a mai încercat introducerea unor măsuri administrative, cum ar fi transferul a 15% din buget spre sfârșitul lunii, soluție care nu rezolvă cu nimic cozile și penuria, ci doar le redistribuie peste timp. De multe ori farmaciile au eliberat medicamente compensate peste plafon (uneori, primind un stimulent de la distribuitori) și au așteptat ulterior decontarea datoriilor de Casă, fapt ce crește incertitudinea asupra bugetului.

Asigurarea accesului la medicamente ar trebui să reprezinte o prioritate a politicilor de sănătate. Cu toate acestea, există unele reglementări care doar limitează libera concurență pe piață, fără a aduce beneficii pacienților. Cea mai cunoscută o reprezintă barierele nejustificate pentru intrarea pe piață a farmaciilor. Până de curând existau restricții geografice și demografice pentru înființarea de noi farmacii. Deși s-a renunțat la criteriul geografic, Legea farmaciei nr. 266/2008 menține criteriul demografic

Fig. 12. Comerțul paralel în Grecia % din piață

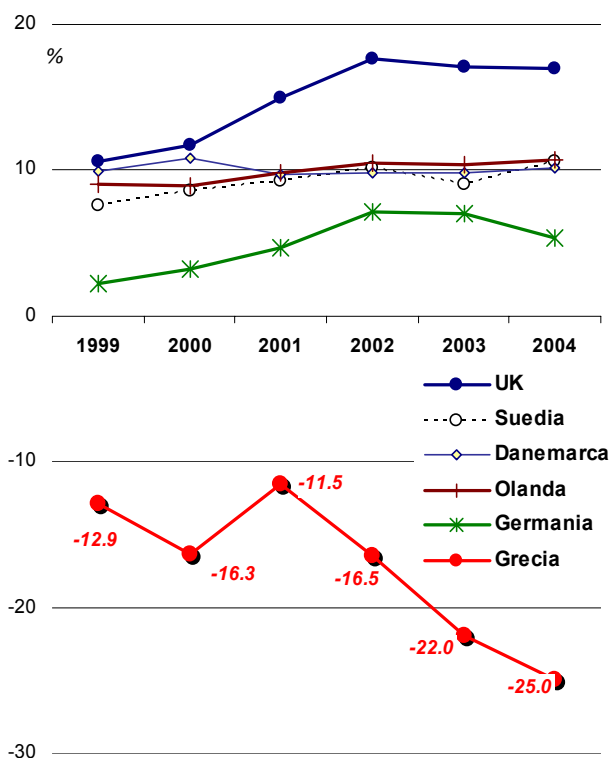
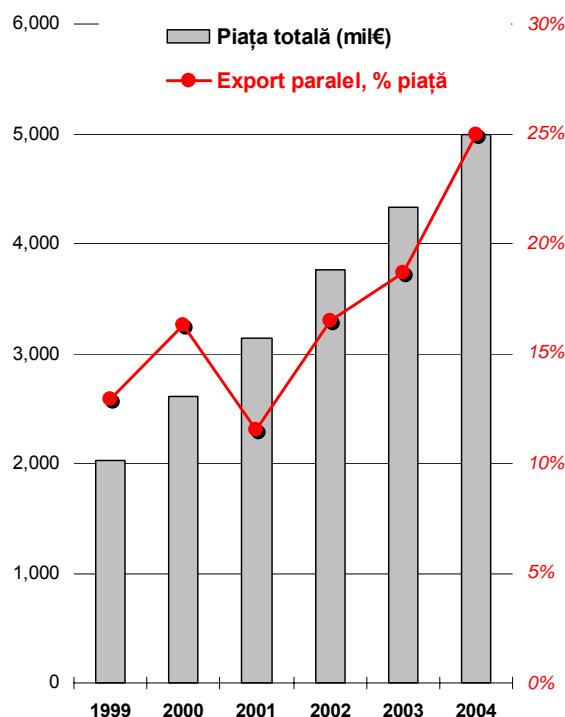


Fig. 13. Piața și comerțul paralel în Grecia



STUDIU DE CAZ Comerțul paralel cu medicamente în Grecia

La sfârșitul anilor '90, în Grecia a fost introdus un mecanism de calcul al prețurilor pentru medicamentele din import bazat pe prețul minim european (precum cel folosit acum în România). În anii care au urmat, mecanismul a dus la grave distorsiuni ale pieței locale, cauzate de exporturile paralele. La un moment dat, exportul paralel a ajuns la un sfert din piața totală de medicamente (Fig. 13).

În 2000, distribuitorii din Grecia făceau comenzi de la filiala GSK (Glaxo) din Grecia, ajungându-se ca cererea să reprezinte de cca 7 ori consumul intern pentru trei dintre produsele firmei, dar cu toate acestea pacienții nu mai găseau pe piață medicamentele respective. Distribuitorii vindeau medicamentele pe alte piețe, afectând vânzările Glaxo acolo.

GSK a decis să suspende vânzarea celor trei produse către toți distribuitorii greci și să vândă direct farmaciilor o cantitate egală cu cererea pacienților, plus o marjă de siguranță. În 2001 distribuitorii au depus o plângere la Consiliul Concurenței acuzând GSK de abuz de poziție dominantă, iar CC a dispus ca GSK să ofere cele 3 medicamente în cantități nelimitate furnizorilor. Cererea a explodat: într-o singură zi, comenzile pentru cele trei produse GSK au depășit cererea din tot anul anterior. GSK a anunțat autoritățile de sănătate publică că nu poate furniza toată cantitatea cerută. Acestea au solicitat GSK să acopere doar cererea locală plus o marjă de 25%.

CC a trimis cazul la Curtea Europeană de Justiție pentru a lămuri dacă refuzul GSK de a oferi medicamentele în cantități nelimitate este un abuz de poziție dominantă. Deși Curtea Europeană susține în principiu exportul paralel, a decis că o companie, chiar în poziție dominantă, nu poate acționa contrar intereselor sale și nu poate fi obligată să ofere cantități nelimitate din produsele sale unei singure piețe.

În 2005, Grecia și-a modificat mecanismul de stabilire a prețurilor: s-a renunțat la metoda prețului minim și s-a adoptat una bazată pe calculul mediei a trei prețuri, două din UE15 și unul din UE10.

pentru urban și chiar îl extinde extinde pentru mediul rural până la 31 decembrie 2010.

Motivația invocată ar fi că orice farmacie nouă duce la creșterea consumului de medicamente. Această prohibiție în deschiderea unor noi farmacii nu face decât să încurajeze apariția unei piețe negre a vânzării licențelor farmaciilor existente la prețuri de până la 300.000€ (București 2008 cf. *Raiffeisen Investment*) și la suspiciuni de corupție în cazul excepțiilor de la lege. Această măsură este menținută, deși farmaciștii nu pot influența consumul de medicamente compensate, care se eliberează doar pe baza prescrierii medicului. Situația în 2009 s-a schimbat, din cauza crizei, pentru că multe farmacii au fost nevoite să se închidă.

Mai mult, MS nu a reușit să creeze un cadru de stimulente care să rezolve problema accesului la medicamente în mediul rural. În plus, folosirea *plafoanelor la farmacii* (stabilirea de către autorități a valorii medicamentelor care pot fi eliberate de fiecare unitate), limitează la rândul său accesul la medicamente. Practica a fost abandonată, însă există voci care susțin reintroducerea ei.

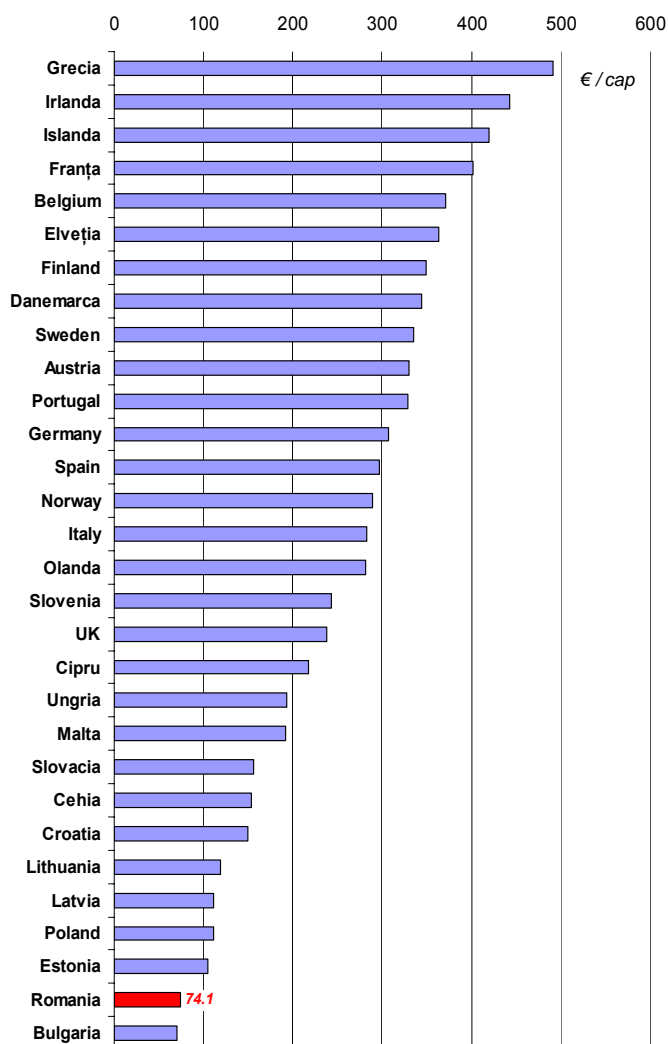
Această politică nu este prea fericită: epuizarea bugetelor alocate farmaciilor nu ține de modul în care acestea se comportă, ci de medicii care influențează consumul de medicamente prin actul prescrierii. Mai departe, alocarea de către autorități ridică suspiciuni asupra nivelului de obiectivitate în proces. S-a ajuns uneori la disparități în aprovizionarea populației cu medicamente, chiar atunci când existau fonduri per ansamblul sistemului. Deși această politică a fost eliminată din fericire la sfârșitul anului 2008, există și astăzi voci care susțin re-introducerea ei.

Concluzii și recomandări

Există, așadar, numeroase disfuncționalități în sector. În special intervențiile pur administrative în mecanismele economice generază disfuncționalități majore, ale căror efecte sunt adesea contrare celor dorite de autorități, după cum am văzut (de exemplu, scăderea dramatică a pieței de generice în trimestrul II 2009 după introducerea OMS 75). Principala constatare este aceea că, din politicile haotice, impredictibile și arbitrare, nimeni nu câștigă pe termen lung, nici pacienții, nici medicii, nici producătorii sau distribuitorii de medicamente și nici farmaciștii. Trebuie instituite reguli clare ale jocului, cunoscute de toată lumea, și care să stimuleze comportamentul corect. Așadar:

- Este nevoie de limitarea serviciilor și medicamentelor oferite de stat, până la nivelul sustenabil financiar în limitele bugetului disponibil;
 - Acest lucru se poate face prin stabilirea unor priorități de tratament la nivel național, identificând bolile frecvente și care trebuie tratate prioritar; evaluarea stării de sănătate a populației printr-un studiu epidemiologic ar permite identificarea mult mai corectă a acestor priorități;
 - Stabilirea unor arii terapeutice prioritare, care să fie privite integrat (alocare echilibrată de fonduri pentru tratament și medicamente);
 - dezbateri publice și transparență în stabilirea acestor arii prioritare și a medicamentelor ce vor beneficia de subvenții de la stat (liste de compensate), pe baza eficienței de cost și a efectului terapeutic, echilibrând reducerea costurilor cu stimularea inovației sau a intrării pe piață a medicamentelor noi utile;
- Instituirea unor ghiduri terapeutice pentru a evita subiectivismul în alegerea unui medicament;
- Reducerea costurilor prin licitații, acolo unde acest lucru este posibil;
 - Măsurile administrative ar trebui

Fig. 15. Consumul anual de medicamente per capita



evitate pe cât posibil, iar atunci când sunt luate, decizia să vină după consultarea cu cât mai mulți actori implicați, pentru a limita riscurile de practici anticoncurențiale. În locul intervențiilor administrative directe asupra prețurilor, se pot imagina măsuri de politică publică care distorsionează mai puțin concurența pe piața farmaceutică. De altminteri, nu este exclus ca unele măsuri cu efect anticoncurențial să intre în vizorul Comisiei Europene și să se ajungă la amenzi usturătoare.

O soluție care într-adevăr nu ar distorsiona piața ar fi înlocuirea reglementărilor de preț cu **înțelegeri cost-volum**, recomandate și în Raportul Comisiei Prezidențiale: în contractele dintre producător /

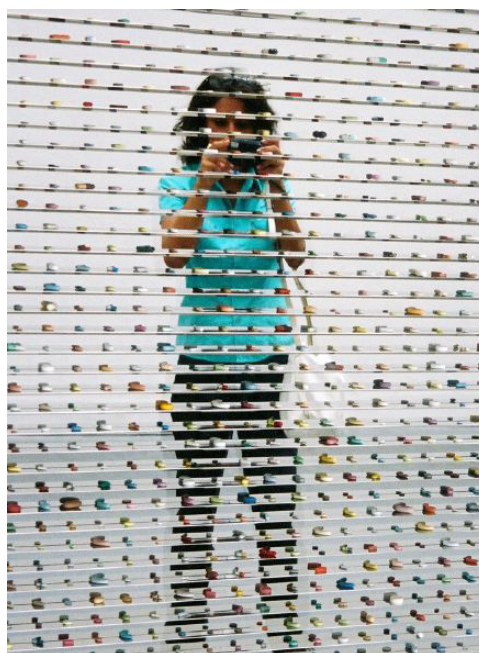
distribuitor și beneficiar (Casa sau spitalul) se stabilește un preț al medicamentelor pentru un anumit volum de vânzări, urmând ca prețul să scadă pe măsură ce volumul crește.

S-ar putea asigura astfel accesul la medicamente fără a afecta valoarea vânzărilor companiilor de pe alte piețe, așa cum se întâmplă în cazul în care prețul medicamentului este stabilit prin raportare la prețul minim din alte țări. Măsura ar evita și prescripțiile excesive de medicamente, de bonusurile sau discounturile de volum beneficiind asigurării, raționalizându-se simultan și costurile cu medicamentele. Trebuie însă ca aceste contracte să fie făcute în așa fel încât variația prețului la volum să se suprapună cu necesarul plătitorului.

Însă pentru ca piața de produse farmaceutice să funcționeze bine în România, este nevoie de reforme mai profunde ale întregului sistem de sănătate, care să elimine disfuncții, stimulente perverse și surse de ineficiență importante. Altfel, oricât s-ar încerca raționalizarea cheltuielilor cu medicamentele compensate, din moment ce acestea reprezintă doar 7-8% din bugetul total al sectorului, nu se vor putea plomba cu astfel de economii mărunte găurile negre ale sistemului. Mai mult, încercările de a interveni excesiv cu instrumente administrative pot da rezultate opuse celor scontate, adică scumpiri și sărăcirea pieței interne de produse farmaceutice de calitate.

Nu în ultimul rând, este nevoie și în România de o dezbatere publică inteligentă, la nivelul celei din Europa

de Vest, privind prioritățile relative ale sectorului de sănătate publică în general și al politicilor de medicament în special. O astfel de dezbatere este crucială pentru ca decidenții politicii de sănătate de la noi să găsească acel echilibru delicat între echitate (acces pentru cât mai mulți beneficiari, inclusiv cei săraci sau din mediul rural) și raționalizarea cheltuielilor publice, date fiind constrângerile bugetare actuale și previzibile în viitorul apropiat, astfel încât tratamentele de calitate să nu ajungă în România doar o amintire frumoasă.



Romanian Academic Society (SAR)
61 Eminescu, Bucharest 2
tel/fax (4021) 211 1477
office@sar.org.ro
www.sar.org.ro