

## ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ REVIEW

# Δαπάνες υγείας και κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα στην ΕΕ-15

Η οικονομική ύφεση και οι επακόλουθες δημοσιονομικές πολιτικές λιτότητας είχαν τεράστια αρνητική επίδραση στο κοινωνικό κράτος, εστιάζοντας στη μείωση των κοινωνικών δαπανών. Η καταγραφή των συνολικών κοινωνικών δαπανών αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση για την παρακολούθηση, τη σύγκριση και το συντονισμό των πολιτικών μεταξύ των χωρών. Το ESSPROS (European System of Integrated Social Protection Statistics, Ευρωπαϊκό Σύστημα Ολοκληρωμένων Στατιστικών Κοινωνικής Προστασίας) αποτελεί μια πλατφόρμα καταγραφής αντίστοιχων στατιστικών δεδομένων στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ). Η καταγραφή της διαχρονικής εξέλιξης των συνολικών δαπανών κοινωνικής προστασίας και υγείας στην Ελλάδα και στην ΕΕ-15 κατά την περίοδο 2002–2012 κατέδειξε ότι οι μεγαλύτερες δαπάνες για την κοινωνική προστασία μεταξύ των χωρών της ΕΕ-15 πραγματοποιούνται από το Λουξεμβούργο και οι μικρότερες στις χώρες του ευρωπαϊκού Νότου. Η Ελλάδα, μαζί με τις υπόλοιπες χώρες του ευρωπαϊκού Νότου (Πορτογαλία, Ισπανία, Ιταλία), κατέχει μια από τις τελευταίες θέσεις διαχρονικά, τόσο στις δαπάνες κοινωνικής προστασίας, όσο και στις δαπάνες υγείας. Αναφορικά με τη φαρμακευτική δαπάνη, που αποτελεί μέρος των δαπανών υγείας, η Ελλάδα κατείχε το 2009 την πρώτη θέση μεταξύ των χωρών της ΕΕ-15. Ωστόσο, από το 2009 και μετά η φαρμακευτική δαπάνη συνεχώς μειώνεται, σε αντίθεση με χώρες όπως Γερμανία και Βέλγιο, στις οποίες το 2012 παρατηρήθηκε αύξηση. Βάσει της διεθνούς τυπολογίας κοινωνικής πολιτικής, η Ελλάδα κατατάσσεται στο μεσογειακό ή στο νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο κράτους-πρόνοιας. Τόσο οι δαπάνες για την κοινωνική προστασία όσο και οι δαπάνες για την υγεία μειώνονται συνεχώς από το 2009–2012, ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης και της πίεσης για δημοσιονομική προσαρμογή. Ωστόσο, παρά τις μειωμένες δαπάνες υγείας σε € ανά κάτοικο, που διατίθενται διαχρονικά στην ελληνική κοινωνία, η φαρμακευτική δαπάνη ήταν πολύ υψηλή συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ-15, με αποτέλεσμα το σχεδιασμό μιας φαρμακευτικής πολιτικής με στόχο τη μείωση των δαπανών.

## 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Κοινωνική Πολιτική, ως διεπιστημονικό πεδίο, αντλεί στοιχεία από ποικίλες επιστήμες, όπως Κοινωνιολογία, Δημογραφία, Πολιτική και Οικονομική Επιστήμη, Στατιστική κ.ά. Είναι δύσκολο να υπάρξει ένας γενικός και συνοπτικός ορισμός της Κοινωνικής Πολιτικής και αυτό γιατί κάθε άνθρωπος μπορεί να τον προσεγγίσει από διαφορετική οπτική ανάλογα με το ιδεολογικό, το διανοητικό και το μορφωτικό του υπόβαθρο, αποδεικνύοντας έτσι το πολυδιάστατο του χαρακτήρα της.<sup>1</sup> Δεδομένου ότι το εύρος της Κοινωνικής Πολιτικής καθορίζεται από τον τρόπο κάλυψης των κοινωνικών αναγκών, αυτή ταυτίστηκε με το κράτος-πρόνοιας.<sup>2</sup> Το κράτος-πρόνοιας αφορά στο σύνολο των ενεργειών που

πρέπει να εφαρμοστούν για την κάλυψη κοινωνικών αναγκών και την εξάλειψη κοινωνικών κινδύνων των πολιτών, με στόχο την εξομάλυνση των κοινωνικών ανισοτήτων.<sup>1,2</sup>

Οι οικονομικές και οι κοινωνικές ανακατατάξεις σε συνδυασμό με τις δημογραφικές μεταβολές θέτουν σε κίνδυνο και αμφισβήτηση το υφιστάμενο οικοδόμημα του κράτους-πρόνοιας, αφού τα υπάρχοντα συστήματα κοινωνικής προστασίας αδυνατούν να προσαρμοστούν. Στην Ελλάδα, το κοινωνικό κράτος συρρικνώνεται υπό την ασφυκτική πίεση της οικονομικής κρίσης, με τον περιορισμό των κοινωνικών δαπανών για παροχή υπηρεσιών υγείας, εκπαίδευση, επιδόματα και κοινωνική ασφάλεια. Πολλοί υποστηρίζουν ότι η πολιτική κοινωνικών παροχών που

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2015, 32(5):546–555  
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2015, 32(5):546–555

Β. Χαλκιά,<sup>1</sup>  
Α. Βαρακλιώτη<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη  
<sup>2</sup>Κέντρο Αιμοδοσίας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό» και Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα

Health and social protection  
expenditure in Greece  
and the EU-member states

Abstract at the end of the article

## Λέξεις ευρετηρίου

Δαπάνες υγείας  
ESSPROS  
Κοινωνική πολιτική  
Κοινωνική προστασία  
Φαρμακευτική δαπάνη

Υποβλήθηκε 23.1.2015  
Εγκρίθηκε 30.1.2015

ακολουθήθηκε τα προηγούμενα χρόνια στην Ελλάδα αλλά και γενικότερα στις χώρες του ευρωπαϊκού Νότου είναι εκείνη που οδήγησε σε κάποιο βαθμό στο δημοσιονομικό εκτροχιασμό.<sup>3,4</sup>

Η ανεξέλεγκτη αύξηση της κοινωνικής δαπάνης στην Ελλάδα κατά την περίοδο 2000–2009 ήταν αποτέλεσμα πελατειακών σχέσεων πολιτικής και πολιτών και όχι αποτέλεσμα ενός ορθολογικού σχεδιασμού με στόχο την κοινωνική προστασία κοινωνικά ευπαθών ομάδων. Έτσι, με την είσοδο της Ελλάδας στην οικονομική κρίση αποδείχθηκε ότι δεν υπάρχει ουσιαστικά κάποιο δίκτυο κοινωνικής προστασίας που θα στήριζε ανέργους, χαμηλοσυνταξιούχους, πτωχές οικογένειες, νεοεισερχόμενους στην αγορά εργασίας, ηλικιωμένους και όλες εκείνες τις κοινωνικά ευαίσθητες ομάδες.<sup>3,4</sup>

Μεγάλο μερίδιο από τις συνολικές δαπάνες κοινωνικής προστασίας αποτελούν οι δαπάνες για την υγεία, που κατά πολλούς θεωρούνται μια από τις σημαντικότερες παθογένειες της δημοσιονομικής πολιτικής. Οι παράγοντες που οδήγησαν στη συνεχή διόγκωση των υγειονομικών δαπανών σχετιζόνταν με την έλλειψη ελεγκτικών μηχανισμών στις συνταγογραφήσεις, στη διακίνηση φαρμάκων, στις τιμές ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού και διαγνωστικών εξετάσεων, στην έλλειψη μηχανοργάνωσης και διπλογραφικών λογιστικών συστημάτων στα νοσοκομεία.<sup>5</sup> Υποκατηγορία των δαπανών υγείας αποτελεί η φαρμακευτική δαπάνη, η οποία, ειδικότερα στην Ελλάδα, αποτέλεσε και αποτελεί μείζον πεδίο λήψης μέτρων εξοικονόμησης χρημάτων, στο πλαίσιο της δημοσιονομικής προσαρμογής.<sup>4</sup>

Στην πρώτη ενότητα της παρούσας εργασίας γίνεται μια προσπάθεια καταγραφής της τυπολογίας και των χαρακτηριστικών της ασκούμενης κοινωνικής πολιτικής και των διαφορετικών κρατών-πρόνοιας, με αναφορά στην κατάταξη της Ελλάδας. Στη δεύτερη ενότητα επιχειρείται μια διαχρονική αποτύπωση των συνολικών δαπανών κοινωνικής προστασίας και των δαπανών υγείας στην Ελλάδα και η σύγκριση με αντίστοιχα δεδομένα από χώρες που ανήκουν στην Ευρωπαϊκή Ένωση 15 (ΕΕ-15). Στην τρίτη ενότητα παρατίθενται επιγραμματικά τα μέτρα που ελήφθησαν προς την κατεύθυνση της μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης, αλλά και οι επιπτώσεις αυτών στη βιωσιμότητα των φαρμακείων.

## 2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΚΡΑΤΟΣ-ΠΡΟΝΟΙΑΣ

### 2.1. Τυπολογία κοινωνικής πολιτικής

Με κριτήρια κυρίως τις σχέσεις αγοράς, οικογένειας και κράτους στην παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και προστασίας, αρκετοί ερευνητές προσπάθησαν να ομα-

δοποιήσουν και να κατηγοριοποιήσουν τις διαφορετικές πολιτικές κράτους-πρόνοιας. Ένας από τους κλασικούς θεμελιωτές τυπολογίας της κοινωνικής πολιτικής ήταν ο Titmuss, ο οποίος το 1974 κατέταξε τα μοντέλα κοινωνικής πολιτικής σε τρία πρότυπα: (α) Υπολειμματικό πρότυπο, στο οποίο το κράτος λειτουργεί ως δίκτυο ασφάλειας, έτσι ώστε να αποφεύγεται η κοινωνική εξαθλίωση, αλλά η κάλυψη των αναγκών αποτελεί ατομική ευθύνη, (β) βιομηχανικό/ ανταποδοτικό πρότυπο, στο οποίο οι κοινωνικές παροχές εξαρτώνται από την αγορά εργασίας και όπου ο κάθε εργαζόμενος συμμετέχει και αμείβεται και (γ) θεσμικό/ αναδιανεμητικό πρότυπο, το οποίο παρουσιάζει καθολική κάλυψη κοινωνικών αναγκών, με κύριο χαρακτηριστικό το διευρυμένο κράτος-πρόνοιας και στόχο την αναδιανομή πλούτου και ευκαιριών για την καταπολέμηση ανισοτήτων και την εξασφάλιση κοινωνικής συνοχής.<sup>1,6,7</sup>

Με κριτήριο τις σχέσεις κράτους, αγοράς και οικογένειας, αλλά και το δείκτη αποεμπορευματοποίησης της εργασίας, ο Esping-Adersen κατέταξε τα συστήματα κοινωνικής πολιτικής σε (α) φιλελεύθερο, στο οποίο οι παροχές είναι περιορισμένες και η κάλυψη των αναγκών πραγματοποιείται από το κράτος, μόνο όμως σε εκείνους που αδυνατούν να τις καλύψουν μέσα από το μηχανισμό της αγοράς, (β) συντηρητικό/κορπορατιστικό, που χαρακτηρίζεται από μερική εμπορευματοποίηση των κοινωνικών αναγκών και η κάλυψη των αναγκών επιτυγχάνεται με κριτήρια την κοινωνική θέση και τάξη και σε (γ) κοινωνικο-δημοκρατικό, στο οποίο οι παροχές είναι καθολικές και υψηλής ποιότητας σε όλους, με στόχο την κοινωνική ισότητα.<sup>6,8</sup>

Ο Leibfried εισάγει μια ακόμη κατηγορία στην παραπάνω τυπολογία, τη λατινική περιφέρεια, ένα μίγμα υπολειμματικού τύπου με χαρακτηριστικά και συντηρητικής/κορπορατιστικής λειτουργίας.<sup>9</sup> Αντίστοιχα, για τις χώρες του ευρωπαϊκού Νότου (Ελλάδα, Ισπανία, Πορτογαλία) εισάγεται από τον Ferrera το νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο (Southern welfare model), στο οποίο η κορπορατιστική λειτουργία είναι έντονη, με παράλληλη δημιουργία ευνοούμενων ομάδων πολιτών.<sup>10</sup> Το νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο περιλαμβάνει στοιχεία από το μοντέλο Bismark στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης και Beveridge στον τομέα υγείας, με κύρια χαρακτηριστικά τον υψηλό βαθμό μεταβιβατικών πληρωμών, την ανισότητα των παροχών, τη χαμηλή αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα.<sup>10</sup> Μια πιο σύνθετη προσέγγιση πραγματοποιήθηκε από τον Gough, όπως φαίνεται και στον πίνακα 1, όπου η διάκριση γίνεται με βάση την έκταση και το επίπεδο προνοιακής παροχής, το βαθμό αποκεντρωτικής παροχής και, τέλος, τη γενναιοδωρία.<sup>11</sup>

Μια διαφορετική ανάλυση κατηγοριοποιεί τα κράτη της ΕΕ σε εκείνα που ανήκουν (α) στο σκανδιναβικό μοντέλο

**Πίνακας 1.** Κύριες προσεγγίσεις κοινωνικής πολιτικής.

Πρότυπα κοινωνικής πολιτικής		
Titmuss <sup>7</sup>	Υπολειμματικό πρότυπο	ΗΠΑ
	Βιομηχανικό ανταποδοτικό πρότυπο	Μεγάλη Βρετανία
	Θεσμικό αναδιανεμητικό πρότυπο	Σκανδιναβικές χώρες
Gough <sup>11</sup>	Κράτος-πρόνοιας με ενσωματωμένο δίκτυο ασφάλειας	Μεγάλη Βρετανία, Καναδάς, Ιρλανδία
	Δυϊκής κοινωνικής πρόνοιας	Γαλλία, Γερμανία, Λουξεμβούργο
	Υπολειμματική παροχή	Ισπανία, Ελλάδα, Χώρες νότιας Ευρώπης
	Αποκεντρωτική διακριτική	Νορβηγία, Αυστρία, Ελβετία
	Θεμελιωμένα στην ιδιότητα του πολίτη με επικουρική βοήθεια	Φινλανδία, Ολλανδία
Esping-Andersen <sup>8</sup>	Φιλελεύθερο πρότυπο	Βόρεια Αμερική, Αυστραλία, Μεγάλη Βρετανία
	Συντηρητικό/κορπορατιστικό πρότυπο	Γαλλία, Γερμανία, Αυστρία, Βέλγιο
	Κοινωνικο-δημοκρατικό πρότυπο	Σουηδία, Νορβηγία, Δανία, Φινλανδία
Leibfried <sup>9</sup>	Φιλελεύθερο πρότυπο	Βόρεια Αμερική, Αυστραλία, Μεγάλη Βρετανία
	Συντηρητικό/κορπορατιστικό πρότυπο	Κεντρική Ευρώπη, Γαλλία
	Σοσιαλδημοκρατικό πρότυπο	Σκανδιναβικές χώρες
	Latin Rim – Λατινική περιφέρεια	Ελλάδα, Ισπανία, Πορτογαλία, Ιταλία
Ferrera <sup>10</sup>	Φιλελεύθερο πρότυπο	Βόρεια Αμερική, Αυστραλία, Μεγάλη Βρετανία
	Συντηρητικό/κορπορατιστικό πρότυπο	Κεντρική Ευρώπη, Γαλλία
	Σοσιαλδημοκρατικό πρότυπο	Σκανδιναβικές χώρες
	Νοτιο-ευρωπαϊκό μοντέλο	Ελλάδα, Ισπανία, Πορτογαλία

κράτους-πρόνοιας (Δανία, Φινλανδία, Σουηδία), το οποίο χαρακτηρίζεται ως το πιο ολοκληρωμένο μοντέλο, γιατί δίνει μεγάλη έμφαση στην αναδιανομή, την κοινωνική ένταξη και την καθολικότητα των παροχών, (β) στο ηπειρωτικό μοντέλο (Ολλανδία –με χαρακτηριστικά και σκανδιναβικών χωρών–, Γερμανία, Βέλγιο, Γαλλία και Αυστρία), στο οποίο οι κοινωνικές παροχές κινούνται σε μέτριο επίπεδο και είναι συνδεδεμένες με το εισόδημα του καθένα και (γ) στο αγγλοσαξωνικό μοντέλο (Μ. Βρετανία και Ιρλανδία). Σε αυτό το μοντέλο τονίζεται η ατομική ευθύνη, οι κοινωνικές παροχές είναι μικρότερες απ' ό,τι σε άλλες χώρες, αλλά στοχευόμενες και με εισοδηματικά κριτήρια και (δ) στο μεσογειακό μοντέλο (Ισπανία, Πορτογαλία, Ιταλία, Ελλάδα), το οποίο χαρακτηρίζεται από χαμηλό επίπεδο κοινωνικών παροχών, που αντισταθμίζεται από τον ισχυρό οικογενειακό πυλώνα.<sup>12</sup>

Σε γενικές γραμμές, οι χώρες του μεσογειακού μοντέλου δεν κατανέμουν ισόρροπα την προστασία σε όλο το φάσμα των κινδύνων, ενώ χαρακτηρίζονται από το φαινόμενο της «θεσμικής ευνοιοκρατίας», όπου οι κρατικοί θεσμοί είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι σε κομματικές πιέσεις, καθώς σχηματίζονται σύνθετοι μηχανισμοί «πατρωνίας» για τη διανομή των όποιων χρηματικών επιδοτήσεων. Τα κενά τα οποία δημιουργούνται έρχεται να καλύψει ένα «πρωταρχικό κοι-

νωνικό δίκτυο ασφάλειας», που αποτελείται από ισχυρούς οικογενειακούς και φιλικούς δεσμούς.<sup>13</sup>

Η περίπτωση βέβαια του ελληνικού κράτους-πρόνοιας παρουσιάζει ορισμένες πρόσθετες ιδιαιτερότητες. Ενώ στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες η ανάπτυξη του συντελέστηκε μεταπολεμικά, η ύπαρξη σειράς οικονομικών και κοινωνικών παραγόντων (μικρή αναλογία μισθωτών, έλλειψη κοινωνικής συνοχής και φιλελεύθερου πολιτικού πλαισίου έως το 1974) οδήγησε στην ανάπτυξη του κράτους-πρόνοιας στη χώρα μας στα μέσα της δεκαετίας του 1970 και μετά.<sup>14</sup>

Ωστόσο, την εποχή που αναπτυσσόταν στην Ελλάδα, διερχόταν σε κρίση διεθνώς. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τη διέλευση του ελληνικού κράτους-πρόνοιας από την περίοδο της υπανάπτυξής του στην περίοδο της κρίσης και της σταδιακής αμφισβήτησής του. Τα διαχρονικά διαρθρωτικά του προβλήματα ήρθε να επιτείνει η οικονομική κρίση και η ύφεση από το 2010 έως σήμερα.<sup>14</sup>

Ωστόσο, όπως αναφέρει και ο Esping-Andersen, τα κράτη αντιμετωπίζουν τους ίδιους κινδύνους (γήρανση πληθυσμού, ανεργία, φτώχεια, μετανάστευση, διάλυση παραδοσιακών οικογενειακών δομών), έχουν τις ίδιες ανάγκες και θα προχωρήσουν σε κάποιες επιλογές. Το βασικό όμως πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι πολιτικές κοινωνικής

προστασίας είναι ο τρόπος κατανομής της ευθύνης στους τρεις βασικούς πυλώνες της πρόνοιας, οι οποίοι είναι η αγορά, η οικογένεια και το κράτος.<sup>15</sup>

### 3. ΔΑΠΑΝΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ

Η καταγραφή των δαπανών κοινωνικής προστασίας με ένα κοινό μεθοδολογικό πλαίσιο, με βάση κοινά πρότυπα, ορισμούς και ταξινομήσεις, πραγματοποιείται στις χώρες μέλη της ΕΕ μέσω της πλατφόρμας του ESSPROS. Με βάση το ESSPROS, ο όρος κοινωνική προστασία εμπεριέχει όλες εκείνες τις πρωτοβουλίες, δημόσιες και ιδιωτικές, με στόχο την ανακούφιση νοικοκυριών και ατόμων από συγκεκριμένες ανάγκες και κινδύνους: Ασθένεια/υγειονομική περίθαλψη, ανικανότητα/αναπηρία, γήρας, επιζώντες (survivors), οικογένεια/παιδιά, ανεργία, στέγαση και κοινωνικός αποκλεισμός που δεν ταξινομείται σε κάποια από τις παραπάνω κατηγορίες.<sup>16</sup>

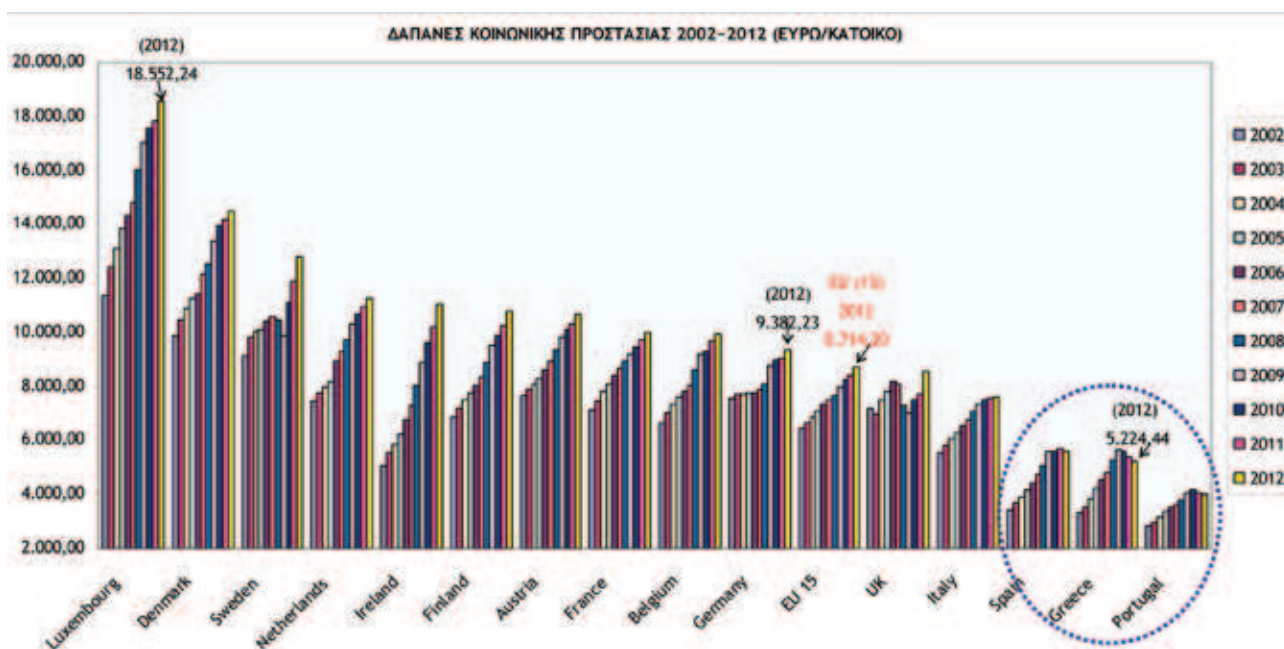
#### 3.1. Δαπάνες κοινωνικής προστασίας στην Ευρωπαϊκή Ένωση 15

Οι δαπάνες κοινωνικής προστασίας αφορούν στις κοινωνικές δαπάνες με στόχο την αντιμετώπιση των κινδύνων που αναφέρθηκαν παραπάνω, στις διοικητικές δαπάνες (administrator costs), στις ανταποδοτικές πληρωμές (transfer to other scheme) και σε άλλες δαπάνες, όπως φόρος εισοδημάτων.<sup>16</sup>

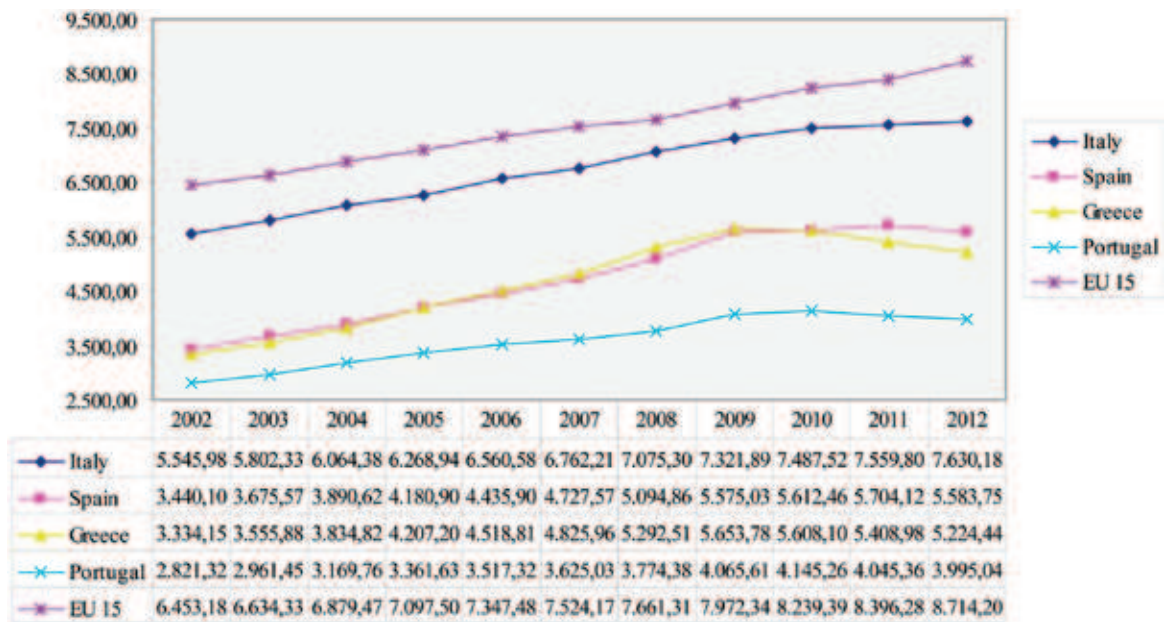
Διαχρονικά, οι μεγαλύτερες δαπάνες για την κοινωνική προστασία από τις χώρες της ΕΕ-15 πραγματοποιούνται από το Λουξεμβούργο και οι μικρότερες στις χώρες του ευρωπαϊκού Νότου. Παρατηρείται, λοιπόν, το 2012 να δαπανώνται 18.552,24 €/κάτοικο στο Λουξεμβούργο, όταν την ίδια στιγμή ο μέσος όρος (ΜΟ) της ΕΕ-15 βρίσκεται στις 8.714,2 € και στην Ελλάδα μόλις στις 5.224,44 € ανά κάτοικο (εικ. 1).

Στην εικόνα 2 παρατηρείται αύξηση των δαπανών κοινωνικής προστασίας από το 2002 έως σήμερα μόνο για την Ιταλία, ενώ για τις υπόλοιπες χώρες του ευρωπαϊκού Νότου η αύξηση αυτή φθάνει έως το 2010. Κατά το χρονικό διάστημα 2010–2012, οι δαπάνες κοινωνικής προστασίας σε Ισπανία, Πορτογαλία και Ελλάδα μειώθηκαν. Αντίστοιχα, στην εικόνα 3, παρατηρείται γενικότερα συνεχής αύξηση των δαπανών κοινωνικής προστασίας από το 2002–2012 στις χώρες του ηπειρωτικού μοντέλου. Αξιοσημείωτο είναι ότι και στη Μεγάλη Βρετανία σημειώθηκε μείωση των δαπανών κατά τα έτη 2008 και 2009, ενώ από το 2010 υπάρχει και πάλι αύξηση.

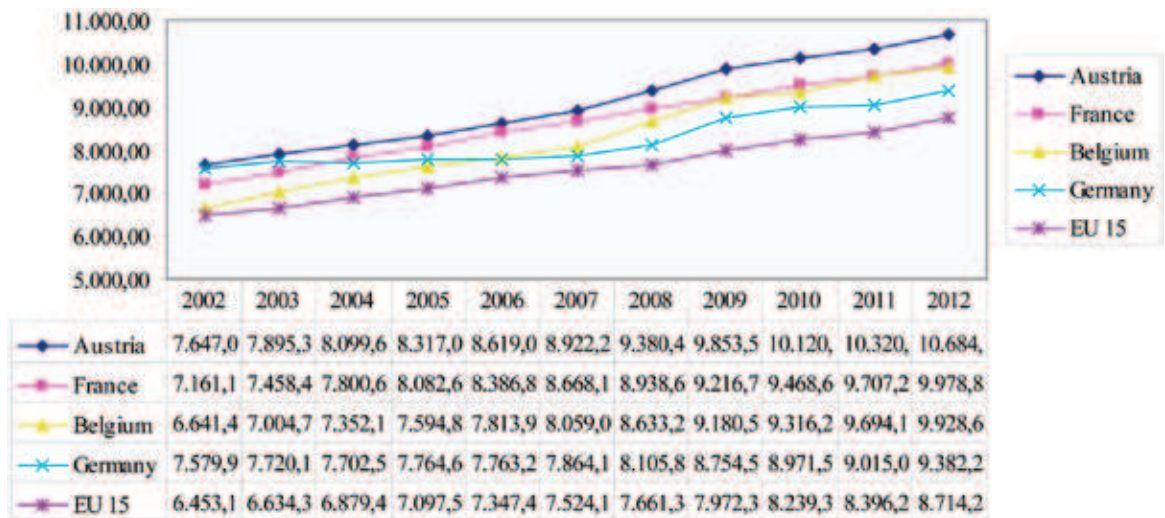
Από τα παραπάνω διαγράμματα παρατηρείται σαφώς η δημιουργία ομάδας του ευρωπαϊκού Νότου σχετικά με τις δαπάνες κοινωνικής προστασίας, η οποία στην ουσία επιβεβαιώνει τις μέχρι τώρα προσεγγίσεις που πραγματοποιήθηκαν όσον αφορά στα πρότυπα κοινωνικής πολιτικής. Επίσης, προκύπτει και ευδιάκριτη ομαδοποίηση (εικ. 1) στις χώρες της κεντρικής Ευρώπης (Αυστρία, Βέλγιο, Γερμανία, Γαλλία), οι οποίες, με βάση τους Aigigner και Leonι, ανήκουν



Εικόνα 1. Διαχρονική εξέλιξη δαπανών της κοινωνικής προστασίας σε € ανά κάτοικο στην ΕΕ-15 (2002–2012). Πηγή: Eurostat (ίδιοι υπολογισμοί).



**Εικόνα 2.** Διαχρονική εξέλιξη δαπανών κοινωνικής προστασίας σε € ανά κάτοικο στην ΕΕ-15 στις χώρες του ευρωπαϊκού νότου. Πηγή: Eurostat (ίδιοι υπολογισμοί).



**Εικόνα 3.** Διαχρονική εξέλιξη δαπανών κοινωνικής προστασίας σε € ανά κάτοικο στην ΕΕ-15 στις χώρες του ηπειρωτικού μοντέλου. Πηγή: Eurostat (ίδιοι υπολογισμοί).

στο ηπειρωτικό μοντέλο, και σε εκείνες που ανήκουν στο σκανδιναβικό μοντέλο κράτους-πρόνοιας (Δανία, Φινλανδία, Ολλανδία, Σουηδία).<sup>12</sup>

### 3.2. Δαπάνες υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση 15

Οι δαπάνες στην υγεία με βάση το ESSPROS αναφέρονται στην υποστήριξη με μετρητά του ατόμου ή της οικογένειας, η οποία βρίσκεται σε «κίνδυνο», ανάλογα με τη φυσική ή την ψυχική ασθένεια που πάσχει (εξαιρείται η ανικανότητα/

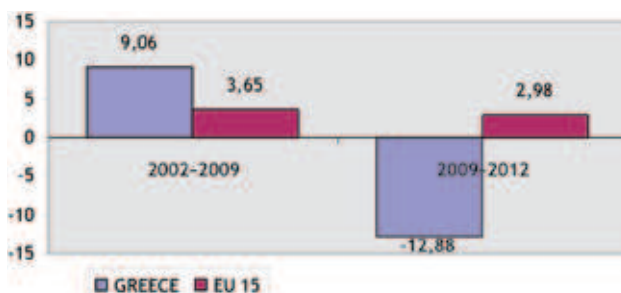
αναπηρία που αποτελεί από μόνη της ξεχωριστή κατηγορία κινδύνου), οι οποίες αντισταθμίζουν εν μέρει την προσωρινή παύση από την εργασία (χαρακτηριστικό παράδειγμα οι παροχές που δίνονται κατά την κύηση και μετά από τον τοκετό). Αναφέρονται επίσης στην υγειονομική περίθαλψη, με στόχο την αποκατάσταση ή τη βελτίωση της υγείας των ανθρώπων, με τελικό αποτέλεσμα την προστασία από οποιαδήποτε διαταραχή.<sup>16</sup>

Όπως και στις συνολικές δαπάνες για κοινωνική προστασία, έτσι και στις δαπάνες για την υγεία το Λουξεμβούργο

κατέχει την πρώτη θέση μεταξύ των χωρών της ΕΕ-15 με αυξητική τάση κάθε χρόνο, ενώ Ιταλία, Ισπανία, Ελλάδα και Πορτογαλία κατέχουν τις τελευταίες θέσεις, με υποχώρηση του ύψους των δαπανών που καταβάλλονται στην υγεία από το 2009 και μετά. Αξιοσημείωτη ωστόσο είναι η αύξηση στις δαπάνες για την υγεία που παρουσιάζει η Ιρλανδία από 1.966,33 €/κάτοικο το 2002 σε 5.388,44 €/κάτοικο το 2012 (εικ. 4).

Την περίοδο 2002–2009 παρατηρείται μια αύξηση στις δαπάνες υγείας της τάξης του 9,06% στην Ελλάδα, ενώ ο μέσος όρος (ΜΟ) της ΕΕ-15 είχε αντίστοιχη αύξηση μόλις 3,65%. Από το 2009 (αρχή της οικονομικής κρίσης) και έως το 2012, η Ελλάδα υπέστη μείωση δαπανών υγείας της τάξης του 12,88%, ενώ ο αντίστοιχος ΜΟ της ΕΕ-15 σημειώνει μέση ετήσια αύξηση κατά 2,98% (εικ. 5).

Στην εικόνα 6 έγινε μια ομαδοποίηση των χωρών που αποτελούν την ΕΕ-15, με βάση τόσο τις συνολικές δαπάνες για κοινωνική προστασία, όσο και τις δαπάνες υγείας εκφρασμένες σε €/κάτοικο για το 2012. Παρατηρείται λοιπόν μια ευδιάκριτη ομαδοποίηση των χωρών του ευρωπαϊκού Νότου, όπου τόσο οι δαπάνες κοινωνικής προστασίας, όσο και οι δαπάνες υγείας βρίσκονται χαμηλότερα από το ΜΟ των ΕΕ-15. Αξίζει να σημειωθεί ότι και το Ηνωμένο Βασίλειο, με βάση το ESSPROS, βρίσκεται κάτω από το ΜΟ των ΕΕ-15. Το Λουξεμβούργο κατέχει την πρώτη θέση στις δαπάνες κοινωνικής προστασίας και υγείας και αυτό μπορεί εν μέρει να εξηγηθεί από το γεγονός ότι είναι και η χώρα με το υψηλότερο κατά κεφαλήν ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ).

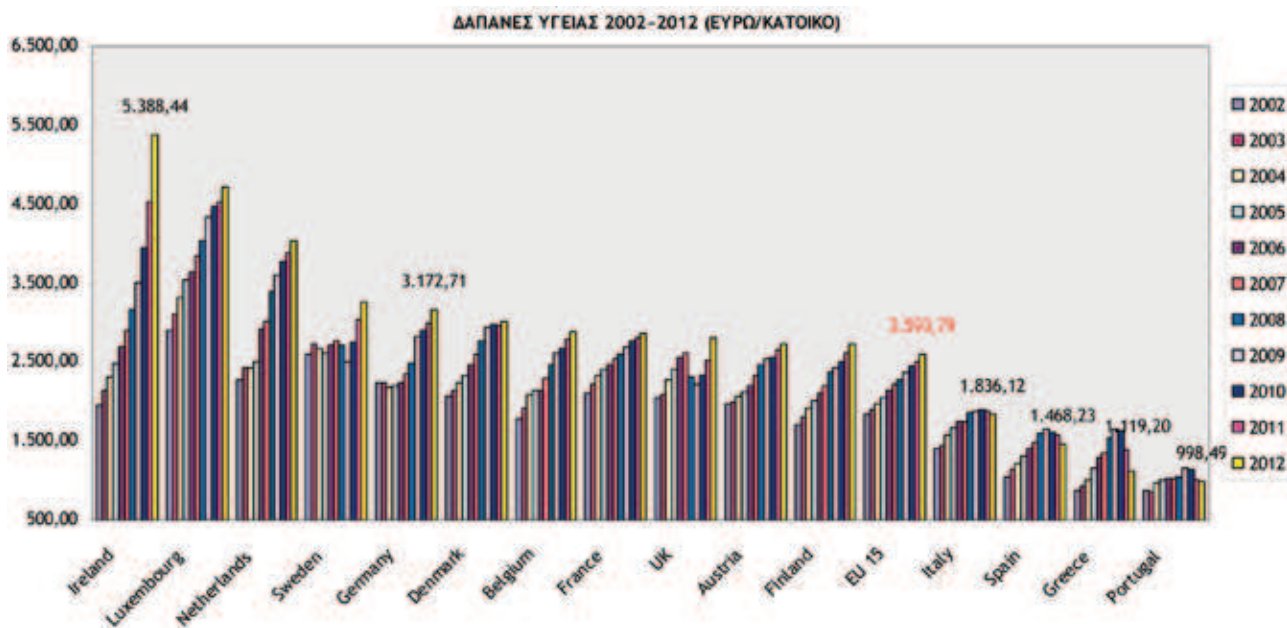


**Εικόνα 5.** Μέση ετήσια μεταβολή (annual average growth) δαπανών υγείας (%) σε Ελλάδα και ΕΕ-15 κατά τα έτη 2002–2012. Πηγή: Eurostat (ίδιοι υπολογισμοί).

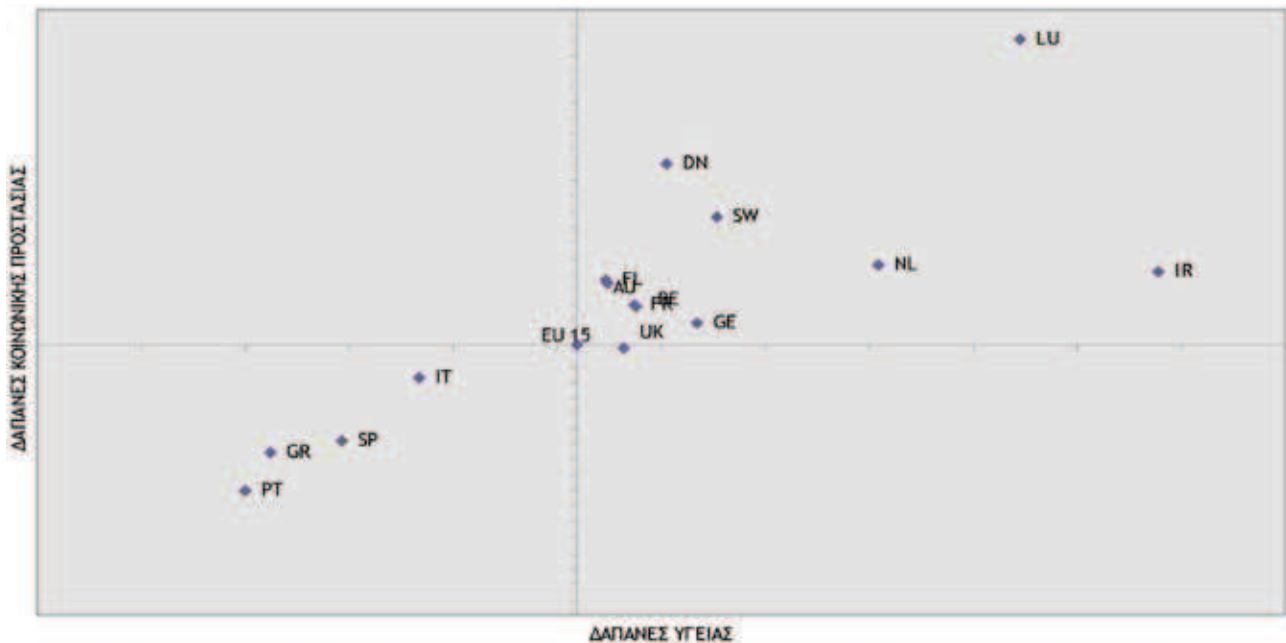
### 3.3. ESSPROS – Χρησιμότητα και αδυναμίες

Το ESSPROS αποτελεί μια πλατφόρμα καταγραφής στατιστικών δεδομένων που σχετίζονται με τις κοινωνικές δαπάνες και αφορά σε χώρες μέλη της ΕΕ. Η ανάπτυξη μεθοδολογίας για την καταγραφή των στατιστικών δεδομένων επιτεύχθηκε το 1981 και περιέχει στατιστικές σειρές από το 1990 για τις χώρες ΕΕ-15. Στόχος του προγράμματος είναι η παροχή ολοκληρωμένης πληροφόρησης για τις κοινωνικές δαπάνες όλων των κρατών μελών και στηρίζεται στην καταγραφή δεδομένων που προέρχονται είτε από φορείς της διοίκησης είτε από δειγματοληπτικές έρευνες.

Εκτός από την απλή καταγραφή των δαπανών, η χρησιμότητά του έγκειται στην κεντρική συγκέντρωση στοιχείων και δεδομένων, στην αποκωδικοποίησή τους με συγκρίσιμους όρους, στην αξιολόγηση και τη σύγκριση



**Εικόνα 4.** Διαχρονική εξέλιξη δαπανών για την υγεία σε € ανά κάτοικο στην ΕΕ-15 (2002–2012). Πηγή: Eurostat (ίδιοι υπολογισμοί).



**Εικόνα 6.** Ομαδοποίηση χωρών στην ΕΕ-15 ανάλογα με τις δαπάνες κοινωνικής προστασίας και υγείας σε € ανά κάτοικο για το 2012. Πηγή: Eurostat (ίδιοι υπολογισμοί).

των εφαρμοζόμενων πολιτικών, στην πιθανή λήψη μέτρων βελτίωσης ή αναπροσαρμογής ή συγκράτησης των δαπανών κ.ά. Ωστόσο, παρουσιάζει και αρκετές αδυναμίες, όπως προβλήματα που αφορούν στη διαδικασία συγκέντρωσης των στοιχείων από τις εθνικές στατιστικές υπηρεσίες, την ύπαρξη αντιπροσωπευτικών δειγμάτων, τους τεχνικούς όρους καταγραφής κ.λπ.<sup>16</sup> Παράδειγμα τέτοιων αδυναμιών αποτελεί η περίπτωση του Ηνωμένου Βασιλείου, όπου η ανταποδοτικότητα των φόρων στην κοινωνική προστασία είναι μεγαλύτερη από κάθε άλλη χώρα της ΕΕ (για το 2008/2009 ανήλθαν στα 24 δις £), αλλά δεν περιλαμβάνεται στις δαπάνες κοινωνικής προστασίας που υπολογίζει το πρόγραμμα ESSPROS.<sup>17,18</sup>

Παρά τις αδυναμίες και τις ελλείψεις που πιθανόν να παρουσιάζει αυτό το εργαλείο, μπορεί να αποτελέσει για όσους ασκούν κοινωνική πολιτική έναν αξιόλογο οδηγό στον τρόπο σχεδιασμού και προσέγγισης των κοινωνικά ευαίσθητων ομάδων μιας χώρας, αλλά και βάση για τη χάραξη μιας ενιαίας ευρωπαϊκής κοινωνικής πολιτικής.

### 3.4. Φαρμακευτική δαπάνη

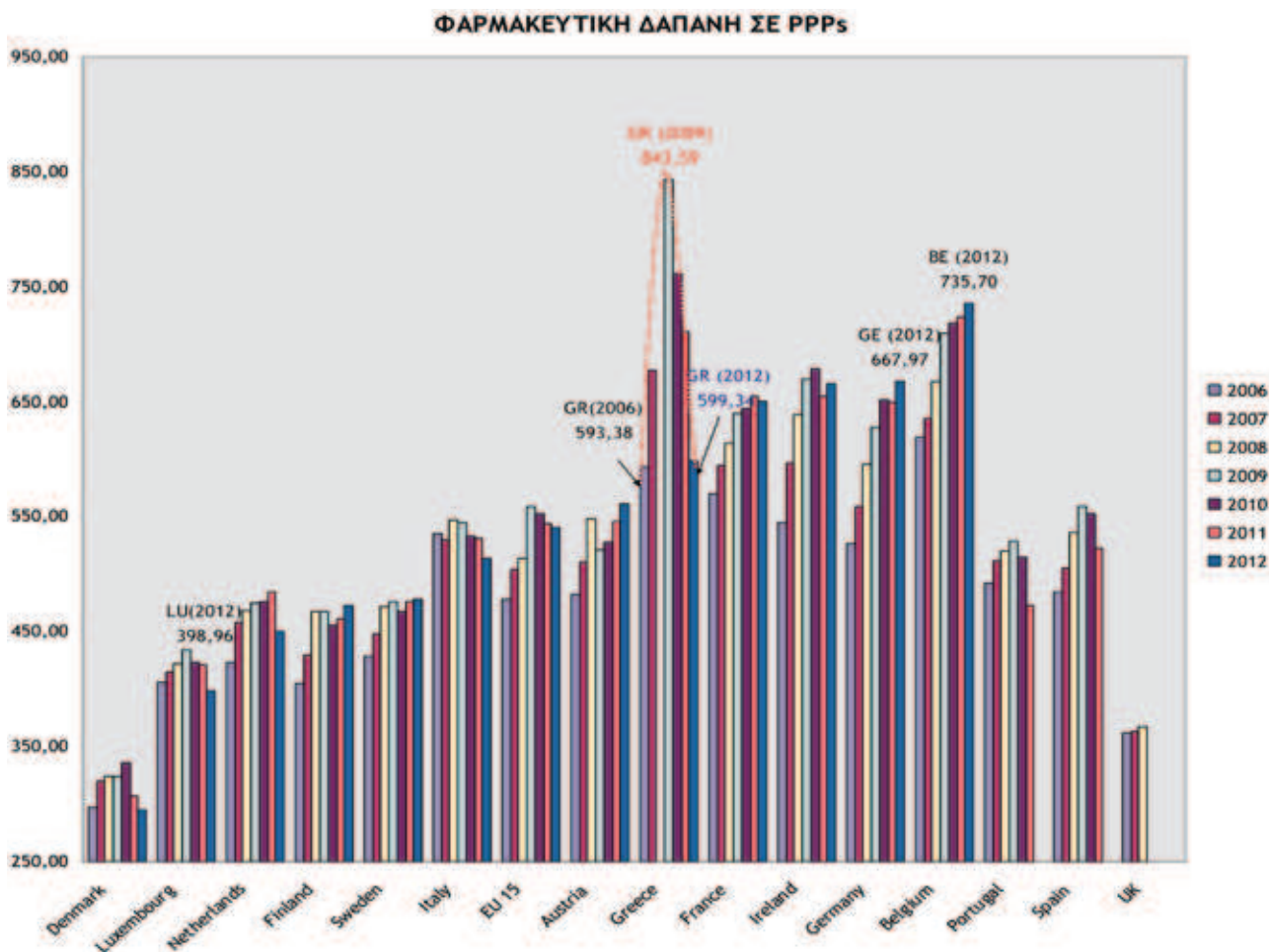
Η φαρμακευτική δαπάνη βάσει των στοιχείων του ΟΟΣΑ εκτοξεύτηκε στην Ελλάδα σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ το 2009, προσεγγίζοντας τα 843,59 \$ (US dollars) ανά κάτοικο με βάση την ισοτιμία της αγοραστικής δύναμης (PPPs).<sup>19</sup> Η Ελλάδα βρισκόταν στην πρώτη θέση της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης το 2009–2011 σε σχέση με

τις ΕΕ-15 παρά τη γενικότερη μείωση στις δαπάνες υγείας που έχει υποστεί (εικ. 7).

Ως εκ τούτου, ο εξορθολογισμός του κόστους της φαρμακευτικής περίθαλψης βρέθηκε στο επίκεντρο των δράσεων της πολιτικής υγείας, κατά την περίοδο της κρίσης, αποτελώντας έναν από τους βασικούς πυλώνες της δημοσιονομικής εξυγίανσης.

Η μεταβολή της φαρμακευτικής δαπάνης κατά την περίοδο 2006–2009 είχε μέση ετήσια αύξηση 11,73%, όταν στην ΕΕ-15 ήταν μόλις 5,21% (εικ. 8). Μετά το 2009 και κυρίως το 2010, τα μέτρα που ελήφθησαν στο χώρο του φαρμάκου είχαν ως αποτέλεσμα τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, με τη μέση ετήσια μεταβολή της φαρμακευτικής δαπάνης να κυμαίνεται σε αρνητικά επίπεδα (-11,39%) σε σύγκριση με αυτή της ΕΕ-15 (-1,09) (εικ. 8).

Ο έλεγχος και η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης αποτέλεσαν εύλογους στόχους της δημοσιοοικονομικής πολιτικής στην Ελλάδα. Επιγραμματικά, μερικά από τα μέτρα που οδήγησαν σε μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης κατά 11,39% (εικ. 8) ήταν τα εξής: (α) Ηλεκτρονική συνταγογράφηση και ένταξη όλων των ασφαλιστικών ταμείων στο εν λόγω σύστημα, (β) προώθηση χρήσης γενόσημων φαρμάκων, (γ) μείωση κέρδους χονδρεμπόρων και φαρμακοποιών, (δ) εφαρμογή μηχανισμού αυτόματης επιστροφής για διατήρηση της δαπάνης εντός προϋπολογισμού, (ε) αύξηση επιστροφών/εκπτώσεων (rebate, clawbacks) φαρμακοποιών και φαρμακευτικών εταιρειών, (στ) εφαρμογή συστήματος



**Εικόνα 7.** Η εξέλιξη της φαρμακευτικής δαπάνης σε Ελλάδα και ΕΕ-15 την περίοδο 2006–2012. Πηγή: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (ίδιοι υπολογισμοί).

τιμολόγησης βάσει των τριών χαμηλότερων τιμών της ΕΕ-22, (ζ) σύνταξη θεραπευτικών και διαγνωστικών πρωτοκόλλων συνταγογράφησης, (η) λίστες συνταγογράφησης φαρμάκων για σοβαρές παθήσεις, λίστες για μη συνταγογραφούμενα και υπερσυνταγογραφούμενα φάρμακα, (θ) μείωση των

τιμών των εκτός πατέντας φαρμάκων και (ι) αύξηση της συμμετοχής του ασφαλισμένου στην τιμή του φαρμάκου και σύνδεση του ποσοστού συμμετοχής των ασφαλισμένων με την τιμή του φαρμάκου, με ελάχιστες εξαιρέσεις.



**Εικόνα 8.** Μέση ετήσια μεταβολή (annual average growth) φαρμακευτικής δαπάνης σε Ελλάδα και ΕΕ-15 κατά τα έτη 2006–2012. Πηγή: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) (ίδιοι υπολογισμοί).

Από το Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (ΙΟΒΕ) σημειώνεται ότι η δομή του συστήματος τιμολόγησης των φαρμάκων δημιουργεί προβλήματα στην επάρκεια φαρμακευτικών προϊόντων στην αγορά.<sup>20</sup> Επίσης, σημαντικό πρόβλημα είναι η καθυστέρηση πληρωμών από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς προς τα φαρμακεία, με αποτέλεσμα τη διακοπή διάθεσης φαρμάκων σε ασθενείς ή τη διάθεση του φαρμακευτικού προϊόντος μόνο μετά από πληρωμή της συνολικής αξίας του φαρμάκου, οδηγώντας σε στροφή των ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία, γεγονός που σημαίνει αύξηση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης. Η καθυστέρηση οφειλών οδηγεί και στη μείωση ρευστότητας στα φαρμακεία, με επακόλουθα π.χ. μείωση προσωπικού, ελάττωση αποθεμάτων ή και ελλείψεις φαρμάκων. Η εξυγίανση των δαπανών του κράτους



κρίνεται ως επιτακτική ανάγκη. Ωστόσο, θα πρέπει πάντα η οποιαδήποτε πολιτική που χαράσσεται, να εφαρμόζεται με γνώμονα την προστασία των ευάλωτων ομάδων, έτσι ώστε να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και να μην τίθεται σε κίνδυνο τόσο η δημόσια υγεία όσο και η ιδιωτική υγεία.<sup>20</sup>

#### 4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η Ελλάδα, λαμβάνοντας υπ' όψη τη διεθνή τυπολογία της Κοινωνικής Πολιτικής, ανήκει στο νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο κράτους-πρόνοιας με βάση τον Ferrera ή αλλιώς στο μεσογειακό μοντέλο βάσει των Aigigner και Leoni.<sup>10,12</sup> Αποτυπώνοντας διαχρονικά τις δαπάνες της κοινωνικής προστασίας και της υγείας στην ΕΕ-15 την τελευταία δεκαετία, η παραπάνω κατάταξη της Ελλάδας επιβεβαιώνεται, ενώ μπορεί να διακριθεί σαφώς η ομάδα του ευρωπαϊκού Νότου (Ισπανία, Ελλάδα, Πορτογαλία και Ιταλία), οι χώρες οι οποίες ανήκουν στο ηπειρωτικό μοντέλο (Αυστρία, Βέλγιο, Γερμανία, Γαλλία) κατά τους Aigigner και Leoni, και εκείνες που ανήκουν στο σκανδιναβικό μοντέλο κράτους-πρόνοιας (Δανία, Φινλανδία, Ολλανδία, Σουηδία). Το Λουξεμβούργο ανήκει στις χώρες με το υψηλότερο ποσό δαπανών (εκφρασμένο σε €/κάτοικο), τόσο σε κοινωνική προστασία όσο και σε δαπάνες υγείας. Στην Ελλάδα, αλλά και στις υπόλοιπες χώρες του ευρωπαϊκού Νότου, οι δαπάνες για την κοινωνική προστασία και για την υγεία βρίσκονται κάτω από το ΜΟ της ΕΕ-15. Αντίθετα, χώρες όπως Σουηδία, Δανία, Λουξεμβούργο (που ανήκουν στο σκανδιναβικό μοντέλο) καταγράφουν από τις υψηλότερες δαπάνες διαχρονικά και αρκετά πάνω από το ΜΟ της ΕΕ-15.

Η μέση ετήσια μεταβολή δαπανών υγείας στην Ελλάδα την περίοδο 2002–2009 σημείωνε αύξηση κατά 9,06%, ενώ ο αντίστοιχος ΜΟ των ΕΕ-15 ήταν 3,65%. Ωστόσο, από το 2009 και έπειτα, και μόνο στις χώρες του ευρωπαϊκού Νότου, σημειώνεται διαχρονικά μείωση των δαπανών υγείας (με εξαίρεση την Ιταλία). Το 2009 (αρχή οικονομικής κρίσης)

και έως το 2012 μειώνονταν στην Ελλάδα τόσο οι δαπάνες κοινωνικής προστασίας, όσο και οι δαπάνες υγείας. Η μείωση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα κατά την περίοδο 2009–2012 προσεγγίζει το 12,88%, ενώ οι δαπάνες του ΜΟ των ΕΕ-15 σημείωσαν μέση ετήσια αύξηση κατά 2,98%.

Η δημοσιονομική κρίση οδήγησε την Ελλάδα σε λήψη μέτρων σε όλους τους τομείς κοινωνικής πολιτικής. Η φαρμακευτική δαπάνη, που απορροφά μεγάλο τμήμα των δαπανών υγείας, είχε εκτοξευτεί σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ την περίοδο 2006–2009. Στην Ελλάδα, η μεταβολή της φαρμακευτικής δαπάνης κατά την περίοδο 2006–2009 είχε μέση ετήσια αύξηση 11,73%, όταν στην ΕΕ-15 ήταν μόλις 5,21%. Μετά το 2009 και κυρίως το 2010, τα μέτρα που ελήφθησαν στο χώρο του φαρμάκου είχαν ως αποτέλεσμα τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, με τη μέση ετήσια μεταβολή της φαρμακευτικής δαπάνης να κυμαίνεται σε αρνητικά επίπεδα (-11,39%) σε σύγκριση με αυτή της ΕΕ-15 (-1,09%). Ωστόσο, και παρά τη μείωση, η Ελλάδα κατείχε την πρώτη θέση της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης το 2009–2011 σε σχέση με τις χώρες της ΕΕ-15.

Η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, εν τούτοις, δημιούργησε και προβλήματα, όπως μείωση ρευστότητας στα φαρμακεία, προβλήματα διαθεσιμότητας φαρμακευτικών προϊόντων και ανεπάρκεια φαρμάκων από την αγορά, στροφή ασθενών στα νοσοκομεία για κάλυψη φαρμακευτικών αναγκών, μείωση προσωπικού στα φαρμακεία, κλείσιμο φαρμακείων.

Η Ελλάδα ανήκει στις χώρες όπου οι δαπάνες για κοινωνική προστασία και υγεία βρίσκονται κάτω από το μέσο όρο της ΕΕ-15. Ωστόσο, ακόμη και οι εν λόγω ελλείψεις δαπάνες είχαν ως βάση την εξυπηρέτηση πελατειακών πολιτικών αντιλήψεων. Στην Ελλάδα, το δίκτυο κοινωνικής προστασίας ήταν και εξακολουθεί να είναι διάτρητο έως και ανύπαρκτο. Ωστόσο, οι εξελίξεις σε δημογραφικό, οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο οδηγούν ολόκληρη την Ελλάδα, αλλά και την Ευρώπη, σε τροποποιήσεις των συστημάτων κοινωνικής προστασίας.

#### ABSTRACT

##### Health and social protection expenditure in Greece and the EU-member states

V. CHALKIA,<sup>1</sup> A. VARAKLIOTI<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Health Management, Hellenic Open University, Thessaloniki, <sup>2</sup>Transfusion Center, "Laiko" General Hospital, Athens; Department of Health Management, Hellenic Open University, Patras, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2015, 32(5):546–555

Financial stress and subsequent fiscal austerity policies have had a widespread negative impact in the welfare states, with shrinkage of social protection expenses. The recording of total social protection expenditure is of critical im-

portance for monitoring, comparison and coordination of social policies between countries. The European System of integrated Social Protection Statistics (ESSPROS) is an instrument for the statistical observation of social protection schemes in the European Union (EU). Analysis of total social protection and health expenditure in Greece and comparison with the other EU countries over the decade 2002–2012 demonstrated that Luxemburg is the country with the highest expenditure on social protection. In contrast, the countries of the European south presented the lowest expenditure on social protection and health. Greece, together with the rest of the southern Europe countries (Portugal, Spain, Italy), ranks among the lowest, in both social protection and health expenditure among the EU-15 countries. In 2009, Greece ranked first among the EU-15 countries in pharmaceutical expenditure, which constitutes a significant part of health expenses. Since 2009, however, pharmaceutical expenditure in Greece has been gradually decreasing, whereas other countries, such as Germany and Belgium, showed an increase in 2012. According to the international social policy classification, Greece belongs to the Mediterranean or the South-European welfare state model. Since 2009, expenditure on both social protection and health has been decreasing continuously, in response to external pressure for fiscal adjustment. Pharmaceutical expenditure was nevertheless very high in Greece compared to the rest of the EU-15, despite the decreased health expenses per capita, which has led to the design of a pharmaceutical policy aimed at reducing costs.

**Key words:** ESSPROS, Health expenditure, Pharmaceutical expenditure, Social policy, Social protection

## Βιβλιογραφία

1. ΣΤΑΣΙΝΟΠΟΥΛΟΥ Ο. *Κοινωνική πολιτική: Βασικές έννοιες, ιστορική εξέλιξη, φορείς και πρότυπα*. Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα, 2006
2. ΔΙΚΑΙΟΣ Κ, ΧΛΕΤΣΟΣ Μ. *Υπηρεσίες υγείας/Νοσοκομείο, ιδιοτυπίες και προκλήσεις*. Β' τόμος. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, 1999
3. ΜΑΤΣΑΓΓΑΝΗΣ Μ. *Η κοινωνική πολιτική σε δύσκολους καιρούς*. Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα, 2011
4. MATSAGANNIS M. The welfare state and the crisis: The case of Greece. *J Eur Soc Policy* 2011, 21:501–512
5. ΣΤΟΥΡΝΑΡΑΣ Γ. Φαρμακευτική δαπάνη και πολιτικές υγείας στην Ελλάδα. *Τα Νέα της ΕΟΠΕ* 2011, 14:8–11. Διαθέσιμο στο: [www.hesmo.gr/sites](http://www.hesmo.gr/sites)
6. ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Θ. *Η μεταρρύθμιση του κοινωνικού κράτους*. Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα, 1999
7. TITMUS R. *Social policy: An introduction*. Allen Unwin, London, 1974
8. ESPING-ANDERSEN G. *The three worlds of welfare capitalism*. Polity Press, Cambridge, 1990
9. LEIBFRIED S. Towards a European Welfare State? On integrating poverty regimes in the European Community. Centre for Social Policy Research, Bremen, 1991:141
10. FERRERA M. The "Southern model" of welfare in social Europe. *J Eur Soc Policy* 1996, 6:17–37
11. GOUGH I. *The political economy of the welfare state*. MacMillan, London, 1979
12. AIGINGER K, LEONI T. Typologies of social models in Europe. Available at: [http://karl.aiginger.wifo.ac.at/fileadmin/files\\_aiginger/publications/2008/GEMSE\\_final.pdf](http://karl.aiginger.wifo.ac.at/fileadmin/files_aiginger/publications/2008/GEMSE_final.pdf)
13. ΜΠΟΥΤΣΙΟΥ Σ, ΣΑΡΑΦΗΣ Π. Νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο κράτους πρόνοιας και οικονομική κρίση. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* 2013, 5:147–161
14. ΤΣΟΥΝΗΣ Α. Η όξυνση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων στην Ελλάδα στην εποχή αποδόμησης του κοινωνικού κράτους. *Τετράδια Ψυχιατρικής* 2012, 119:4–10
15. ESPING-ANDERSEN G. *Γιατί χρειαζόμαστε ένα νέο κοινωνικό κράτος πρόνοιας*. Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα, 2006:41–74
16. EUROSTAT. ESSPROS manual and user guidelines – 2012 edition. The European System of integrated Social PROtection Statistics (ESSPROS). Available at: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-RA-12-014/EN/KS-RA-12-014-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-RA-12-014/EN/KS-RA-12-014-EN.PDF)
17. MARCORY I. Social protection. In: Beaumont J (ed) *Social trends 41*. Office for National Statistics, South Wales, UK. Available at: <http://www.ons.gov.uk/ons/rel/social-trends-rd/social-trends/socialtrends-41/index.html>
18. EUROSTAT. Data explorer in 2014. Available at: [http://apps.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=spr\\_exp\\_sum&lang=en](http://apps.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=spr_exp_sum&lang=en)
19. OECD iLIBRARY. Pharmaceutical expenditure per capita. Available at: [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/pharmaceutical-expenditure-per-capita\\_pharmexp-cap-table-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/pharmaceutical-expenditure-per-capita_pharmexp-cap-table-en)
20. ΙΔΡΥΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ. Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα: Ετήσια έκθεση 2012 – Παρατηρητήριο Οικονομικών Υγείας. IOBE, Αθήνα, 2013. Διαθέσιμο στο: [http://www.iobe.gr/docs/research/RES\\_05\\_A\\_03022013REP\\_GR.pdf](http://www.iobe.gr/docs/research/RES_05_A_03022013REP_GR.pdf)

*Corresponding author:*

V. Chalkia, 48 Marmara street, GR-551 32 Kalamaria, Thessaloniki, Greece  
e-mail: [vaschalk@gmail.com](mailto:vaschalk@gmail.com)