

Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στο ευρωπαϊκό κράτος πρόνοιας και στην φαρμακευτική πολιτική της Ελλάδας.

Γεώργιος Ζαχαρόπουλος

Στρατιωτικός Χειρουργός Οδοντίατρος

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το κράτος πρόνοιας και η κοινωνική πολιτική των δυτικών χωρών διακρίνεται σε τέσσερις κατηγορίες ανάλογα με την παρέμβαση και συμμετοχή του κράτους στην αντιμετώπιση των κοινωνικών κινδύνων, στην παραγωγή και στην αναπαραγωγή του εργατικού δυναμικού. Οι κατηγορίες αυτές είναι το φιλελεύθερο, το κορπορατιστικό, το σοσιαλδημοκρατικό και το μεσογειακό μοντέλο. Η σύγχρονη κοινωνικοοικονομική πραγματικότητα απέδειξε το βαθμό αποτελεσματικότητας του κάθε μοντέλου κράτους πρόνοιας που είχε αναπτυχθεί στα ευρωπαϊκά κράτη αλλά και την ανάγκη για ανάπτυξη κοινωνικών δικτύων. Στα κοινωνικά δίκτυα περιλαμβάνονται κυρίως η οικογένεια και οι εθελοντικές οργανώσεις με σκοπό την αποτελεσματικότερη κοινωνική προστασία. Υλικό – Μέθοδος: Η παρούσα ανασκόπηση παρουσιάζει την τυπολογία της κοινωνικής πολιτικής και του κράτους πρόνοιας με βάση τη διεθνή και ελληνική έντυπη και ηλεκτρονική βιβλιογραφία, καθώς και την διαφορετική επίδραση της οικονομικής κρίσης στα ευρωπαϊκά μοντέλα κράτους πρόνοιας. Επίσης προσδιορίζεται η υπαγωγή της Ελλάδας σε ένα από τα υπάρχοντα μοντέλα και αναλύονται συγκριτικά οι κοινωνικές δαπάνες των χωρών της Ε.Ε.-15 με βάση το εργαλείο ESSPROS. Η φαρμακευτική δαπάνη, ως τμήμα των κοινωνικών δαπανών, είναι ένα σημαντικό τμήμα της δαπάνης υγείας, η οποία στην Ελλάδα σημείωσε αξιόλογη μείωση το 2012. Για τον λόγο αυτό αναφέρονται τα μέτρα που συνέβαλαν στη μείωση αυτή ενώ περιγράφεται και η επίπτωσή τους στα φαρμακεία. Συμπεράσματα : Το ύψος των δαπανών κοινωνικής προστασίας, υγείας καθώς και αυτό της φαρμακευτικής δαπάνης δεν ανταποκρίνεται πάντα στην αποτελεσματικότητα και την ευελιξία του κράτους πρόνοιας και η διεθνής οικονομική συγκυρία έχει σοβαρές επιπτώσεις στην εφαρμογή όλων των κοινωνικών πολιτικών. Το κάθε μοντέλο κράτους πρόνοιας ανταποκρίνεται διαφορετικά στην οικονομική κρίση και τα μέτρα λιτότητας που απαιτούνται στο επίπεδο κατανομής των κοινωνικών δαπανών του και των δαπανών υγείας.

Λέξεις ευρετηρίου: κοινωνική πολιτική, κράτος πρόνοιας, δαπάνες υγείας, φαρμακευτική πολιτική.

Παραπομπή

Γ. Ζαχαρόπουλος. Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στο ευρωπαϊκό κράτος πρόνοιας και στην φαρμακευτική πολιτική της Ελλάδας. Επιστημονικά Χρονικά 2014;19(3): 272-286.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ανάπτυξη και επιβίωση των δυτικο-ευρωπαϊκών κρατών μετά τη λήξη του Β' Παγκοσμίου Πολέμου βασίστηκε στην αύξηση της παραγωγής αλλά και στην αναπαραγωγή του εργατικού δυναμικού στα πλαίσια ενός καπιταλιστικού συστήματος που

τα χαρακτήριζε. Η ανάγκη κάλυψης και προστασίας αυτών των δύο τομέων ικανοποιείται από αυτό που έχει καθιερωθεί παγκοσμίως να χαρακτηρίζεται ως κράτος πρόνοιας. Δηλαδή έναν κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό μηχανισμό εξασφάλισης κοινωνικής ειρήνης και ελέγχου

με διαδικασίες και μέτρα που αποσκοπούν στην μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων και την συστηματική προστασία των πολιτών από τους κινδύνους [1].

Η σύγχρονη ευρωπαϊκή πραγματικότητα πλέον στοιχειοθετείται από βαθιές οικονομικές, πολιτικές και δημογραφικές αλλαγές και προκλήσεις όπως η παγκοσμιοποίηση, η ανεργία, η φτώχεια, ο κοινωνικός αποκλεισμός, η μετανάστευση και η γήρανση του πληθυσμού τα οποία σε συνδυασμό με την παγκόσμια οικονομική κρίση οδηγούν σε περαιτέρω όξυνσή τους. Η αντιμετώπιση αυτών των φαινομένων αλλά και όλων των κοινωνικών απειλών είναι έργο της κοινωνικής προστασίας η οποία παρέχεται κατά κανόνα από τρεις βασικούς άξονες-θεσμούς και την μεταξύ τους αλληλεπίδραση : το κράτος, την αγορά και την οικογένεια [2]. Η κοινωνική προστασία και τα αγαθά ή υπηρεσίες που απολαμβάνουν οι πολίτες όπως η υγεία, η εκπαίδευση κ.α. αποτελούν τους δυο τομείς της κοινωνικής πολιτικής. Ως κοινωνική πολιτική ορίζεται η παρέμβαση του κράτους στον αναπαραγωγικό τομέα που προέκυψε ως αποτέλεσμα της ανάγκης για προστασία των εργαζομένων, δεδομένης της αδυναμίας και της κρίσης των άλλων δυο θεσμών [1]. Η διαφαινόμενη αδυναμία τόσο του κράτους όσο και της αγοράς να στηρίξει την κοινωνική προστασία ενεργοποίησε περισσότερο τις τελευταίες δεκαετίες τον τρίτο θεσμό της κοινωνίας, την οικογένεια ενώ σημαντικό ρόλο κατέχει πλέον και ο λεγόμενος «τρίτος τομέας» της οικονομίας δηλαδή η κοινωνική οικονομία μέσα από τις μη κερδοσκοπικές-μη κυβερνητικές ή φιλανθρωπικές οργανώσεις [3]. Η συμβολή και η ανάπτυξη αυτών των οργανώσεων και δικτύων είναι καθοριστικής σημασίας στη νεώτερη ιστορία της κοινωνικής πολιτικής των ανεπτυγμένων κρατών με χαρακτηριστικό

παράδειγμα τον Ερυθρό Σταυρό το έργο του οποίου είναι διεθνώς αναγνωρισμένο.

Στη συνέχεια θα επιχειρηθεί η συγκριτική αποτύπωση των διαφορετικών μοντέλων κράτους πρόνοιας που απαντώνται στην Ε.Ε.-15, με βάση την πορεία των κοινωνικών δαπανών και των δαπανών υγείας τους πριν και κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης που παρουσιάστηκε το 2008. Ενδιαφέρουσα είναι η παρακολούθηση της ανταπόκρισης τους στις κοινωνικοοικονομικές αλλαγές που επήλθαν. Επιπλέον η καταγραφή της φαρμακευτικής πολιτικής και δαπάνης στην Ελλάδα στο ίδιο χρονικό διάστημα, αποτελεί έναν χρήσιμο δείκτη αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας της χώρας και κατ' επέκταση του κράτους πρόνοιας που αντιπροσωπεύει.

Η βιβλιογραφική αναζήτηση πραγματο-ποιήθηκε στο Pubmed και στην έντυπη ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία από τον Δεκέμβριο του 2013 έως και το Ιανουάριο του 2014. Σκοπός ήταν να καταγράψει η υπάρχουσα τυπολογία της κοινωνικής πολιτικής και των διαφορετικών κρατών πρόνοιας στην Ευρώπη με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε μοντέλου και να εξεταστεί η υπαγωγή της Ελλάδας με βάση τα στοιχεία της κοινωνικής πολιτικής που εφαρμόζει. Στην συνέχεια παρουσιάζεται το ύψος των δαπανών κοινωνικής προστασίας για τους Ευρωπαίους πολίτες της ΕΕ-15 σύμφωνα με το ESSPROS και αναλύεται το ύψος των δαπανών υγείας στο διάστημα πριν και μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Στη επόμενη ενότητα αναφέρεται η χρησιμότητα και οι πιθανές αδυναμίες του εργαλείου ESSPROS και τέλος περιγράφονται τα καθοριστικά μέτρα φαρμακευτικής πολιτικής που μείωσαν σημαντικά την φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα το 2012

καθώς και οι επιπτώσεις αυτής της πολιτικής στα φαρμακεία.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

Η έννοια κοινωνική πολιτική περιλαμβάνει ένα μεγάλο σύνολο ρυθμίσεων, μέτρων και κοινωνικών παρεμβάσεων που στοχεύει στην παροχή αγαθών «δημόσιας ή κοινής ωφέλειας» και προσφέρει τις εγγυήσεις στους πολίτες που αδυνατούν να τα αποκτήσουν από την αγορά [1,4]. Η φύση και το περιεχόμενο της είναι πολυσύνθετα και διεπιστημονικά και αποσκοπεί στην αναπλήρωση του εισοδήματος των πολιτών από την μια πλευρά και στην παροχή αγαθών και υπηρεσιών σε όλους τους πολίτες από την άλλη, ώστε να ευημερούν. Τα κύρια πεδία εφαρμογής της είναι η απασχόληση, η υγεία, η παιδεία, η κατοικία, η αναπαραγωγή αλλά και η αντιμετώπιση απειλών της κοινωνικής συνοχής και ειρήνης. Στη συνέχεια παρατίθεται η τυπολογία της κοινωνικής πολιτικής που απαντάται στη διεθνή βιβλιογραφία.

Τυπολογία της κοινωνικής πολιτικής

Η μορφή της κοινωνικής πολιτικής επηρεάζεται και διαμορφώνεται από τα ιδιαίτερα πολιτικά, οικονομικά, κοινωνικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά κάθε χώρας από την στιγμή που επιδιώκει να καλύψει τις κοινωνικές ανάγκες. Ανάλογα με την συμμετοχή του κάθε φορέα της, του κράτους, της αγοράς και της οικογένειας εμφανίζονται διαφορετικά μοντέλα.

Η μία διάκριση που απαντάται στην διεθνή βιβλιογραφία είναι του Titmuss [5] όπου παρουσιάζονται τρία διαφορετικά μοντέλα κρατών πρόνοιας. Το πρώτο είναι το

υπολειμματικό στο οποίο το κράτος ενεργεί όταν οι άλλοι δυο φορείς κοινωνικής πολιτικής αδυνατούν να λειτουργήσουν με χαρακτηριστικό εκπρόσωπο τις ΗΠΑ. Η λειτουργία του είναι κατασταλτική και χαρακτηρίζεται από επιλεκτική κάλυψη. Το δεύτερο είναι το βιομηχανικό όπου η κάλυψη παρέχεται στη βάση της εργασίας και η αγορά παίζει τον κύριο ρόλο. Πολλά στοιχεία αυτού του μοντέλου απαντώνται στη Μ. Βρετανία. Το τρίτο μοντέλο είναι το θεσμικό-αναδιανεμητικό στο οποίο εφαρμόζεται η καθολική κρατική κάλυψη των κοινωνικών αναγκών εκτός των μηχανισμών της αγοράς. Αυτό το μοντέλο απαντάται για πολλά χρόνια τώρα στις Σκανδιναβικές χώρες και στόχο έχει την άμβλυνση των κοινωνικών ανισοτήτων.

Μια άλλη τυπολογία προτάθηκε από τον Espring-Andersen [6] ανάλογα με τον τρόπο που το κράτος συσχετίζεται με την αγορά και την οικογένεια [1] στην κάλυψη των κοινωνικών αναγκών και διακρίνει τρεις τύπους. Ο πρώτος τύπος είναι το φιλελεύθερο καθεστώς όπου χαρακτηριστικό είναι η περιορισμένης κλίμακας κρατική συνδρομή στην κοινωνική ασφάλιση και εφαρμόζεται στις ΗΠΑ, στον Καναδά και στη Μ. Βρετανία. Ο δεύτερος τύπος είναι ο συντηρητικός στον οποίο προωθείται μια αρχή επικουρικότητας στην σχέση κράτους, οικογένειας και κοινωνίας και οι κοινωνικές ανάγκες καλύπτονται ανάλογα με την θέση και τάξη των πολιτών συντηρώντας κάποιο είδος ανισότητας [4]. Συναντάται κυρίως στη Γερμανία, την Αυστρία τη Γαλλία και το Βέλγιο. Ο τρίτος τύπος είναι το σοσιαλδημοκρατικό μοντέλο που συναντάται στις Σκανδιναβικές χώρες και έχει ως χαρακτηριστικό την καθολική κάλυψη και την εκτεταμένη κρατική παροχή των απαραίτητων αγαθών και υπηρεσιών. Τέλος ένα τέταρτο μοντέλο προτάθηκε από τον

Ferrera [7], το οποίο αναφέρεται στις χώρες της νότιας Ευρώπης όπως είναι η Ισπανία, η Πορτογαλία, η Ελλάδα και η Ιταλία. Σε αυτό το μοντέλο είναι χαρακτηριστικές οι ανισότητες στον καταμερισμό της κοινωνικής προστασίας με ανάμιξη κρατικών και μη θεσμών και με έντονο πελατειακό χαρακτήρα του κράτους.

ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Η εφαρμογή της κοινωνικής πολιτικής αποτελεί ουσιαστικά την έκφραση και τον χαρακτήρα παρέμβασης του κράτους πρόνοιας που υφίσταται σε κάθε χώρα με διαφορετικά κοινωνικά, ιστορικά, θρησκευτικά, πολιτικά και οικονομικά χαρακτηριστικά. Σε αντιστοιχία με την τυπολογία της κοινωνικής πολιτικής διακρίνονται και τα μοντέλα κράτους πρόνοιας. Ο όρος κράτος πρόνοιας αντικατοπτρίζει τις κρατικές λειτουργίες σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο που έχουν στόχο την άσκηση κοινωνικού ελέγχου, την εξασφάλιση κοινωνικής ειρήνης και δικαιοσύνης και την αναπαραγωγή της εργατικής δύναμης [8]. Τα συστατικά του στοιχεία είναι η μισθωτή εργασία, η συσσώρευση του κεφαλαίου, η κοινωνία και το πολιτικό καθεστώς που επικρατεί καθώς και οι σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ αυτών των παραγόντων. Προκειμένου να γίνουν συγκρίσεις ανάμεσα σε διαφορετικά κράτη πρόνοιας ή στο ίδιο σε διαφορετικές χρονικές περιόδους χρησιμοποιούνται κάποιοι ποσοτικοί δείκτες όπως των κοινωνικών δαπανών και των επιδομάτων. Από τις αρχές του αιώνα αναπτύχθηκαν διαφορετικές θεωρίες για το κράτος πρόνοιας στις ανεπτυγμένες χώρες με κριτήριο τη στάση του κράτους και το βαθμό παρέμβασής του καθώς και την επικρατούσα οικονομική θεωρία.

Το κράτος πρόνοιας στην Ελλάδα

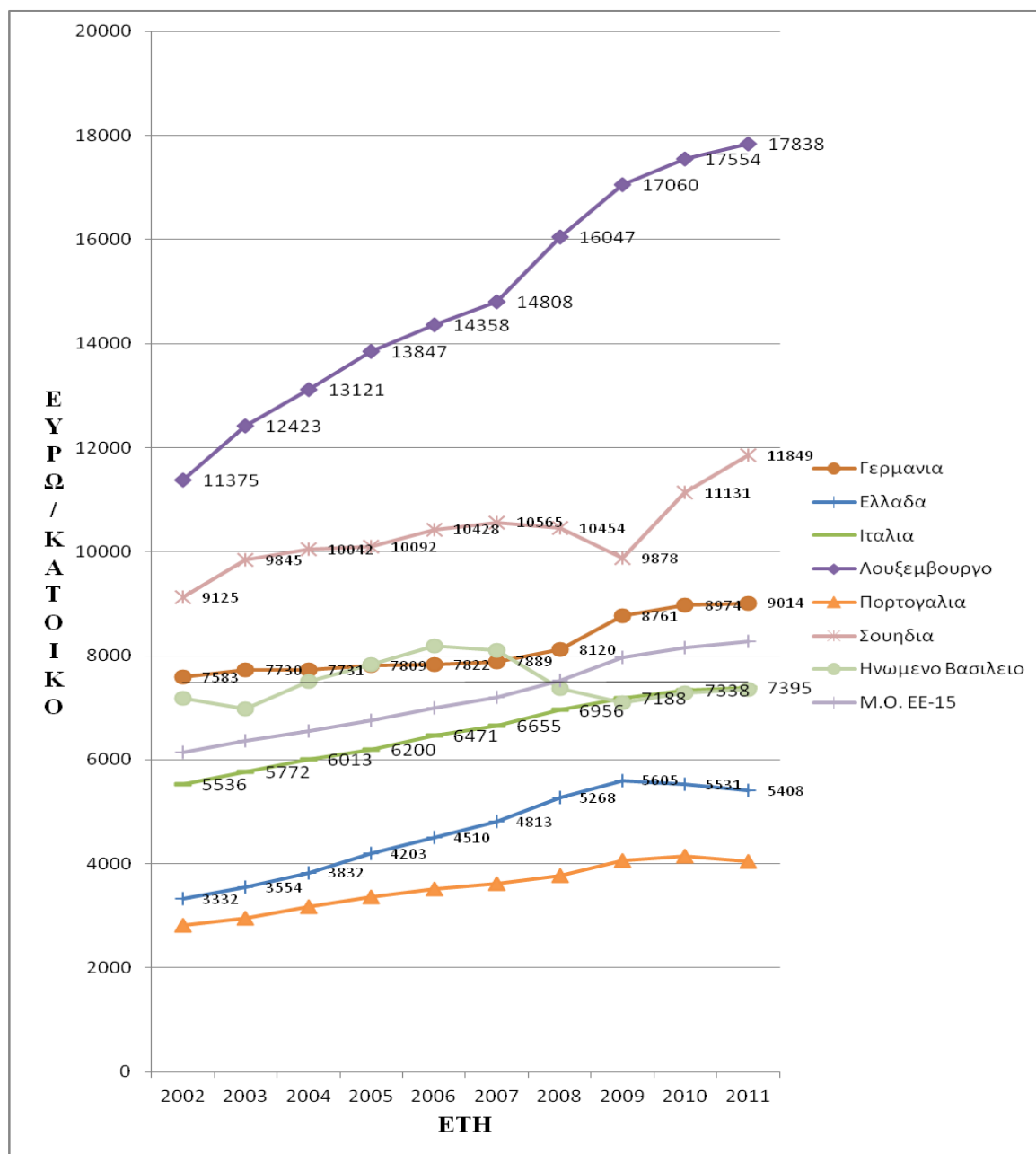
Στην Ελλάδα το κράτος πρόνοιας ξεκίνησε να αναπτύσσεται ουσιαστικά μετά το 1974 και ειδικότερα την δεκαετία του '80 οπότε ομαλοποιείται το πολιτικό καθεστώς και χαρακτηρίζεται από στοιχεία του σοσιαλδημοκρατικού μοντέλου με ανάπτυξη του συστήματος υγείας και αύξηση των κοινωνικών παροχών. Στη συνέχεια όμως, και πριν προλάβει να αναπτυχθεί, πέρασε στην αμφισβήτηση, στην υπανάπτυξη και τελικά την κρίση κυρίως στην αρχή της δεκαετίας του '90 έως και σήμερα [1,9]. Τα αίτια ήταν πολυπαραγοντικά και συνοψίζονται κυρίως στα εξής: στην αναποτελεσματικότητα του υφιστάμενου και δαπανηρού κράτους πρόνοιας, στους μετασχηματισμούς των εργασιακών συνθηκών όπως είναι η ευελιξία στην εργασία, στην δημογραφική γήρανση του πληθυσμού, στην υπογεννητικότητα, στην αλλαγή της οικογενειακής δομής και στην ευρωπαϊκή ενοποίηση με την υιοθέτηση οικονομικών πολιτικών χωρίς προσαρμογή στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ελληνικού πληθυσμού. Επίσης χαρακτηριστικό του ελληνικού κράτους πρόνοιας είναι οι πελατειακές σχέσεις που επιδίωξε να αναπτύξει και η χωρίς σχεδιασμό αποσπασματική κοινωνική πολιτική παροχών κυρίως με παθητικά μέτρα στον τομέα της απασχόλησης [10,11]. Άλλα χαρακτηριστικά αυτού του μοντέλου είναι ο υψηλός βαθμός μεταβιβαστικών πληρωμών, η ανισοκατανομή της κοινωνικής προστασίας και η χαμηλή αποδοτικότητα των κοινωνικών υπηρεσιών του [1].

Όλα αυτά τα χαρακτηριστικά εντάσσουν την Ελλάδα στο λεγόμενο νότιο μοντέλο του Ferrera με στοιχεία από το μοντέλο Bismarck στην κοινωνική ασφάλιση και προστασία και στοιχεία από το μοντέλο Beveridge στο σύστημα υγείας. Η

χρηματοδότηση των ασφαλιστικών ταμείων προέρχεται από τους εργοδότες, τους εργαζόμενους και το κράτος ενώ σημαντική είναι και η ευρωπαϊκή χρηματοδότηση κυρίως στους τομείς υποδομών αλλά και κοινωνικής προστασίας. Ένα άλλο χαρακτηριστικό είναι ο κατακερματισμός της κοινωνικής προστασίας με την έννοια της διαφορετικής αντιμετώπισης διαφορετικών κοινωνικών ομάδων και με διαφορετικά κοινωνικά δικαιώματα. Το παράδοξο είναι ότι ενώ τα τελευταία 20 χρόνια οι δαπάνες για κοινωνική προστασία αυξήθηκαν θεαματικά, το ποσοστό φτώχειας στη χώρα παρέμεινε, το ίδιο διάστημα, στα ίδια επίπεδα [12-14]. Τα αίτια εντοπίζονται στην αναποτελεσματικότητα και ανισότητα του συστήματος κοινωνικής προστασίας καθώς και στον τρόπο οργάνωσής του. Χαρακτηρίζεται από ασθενή αναδιανεμητική επίδραση και γραφειοκρατία [15], στοχεύοντας μόνο σε αυξήσεις των συντάξεων κατά την περίοδο 1995-2008 και παθητικές πολιτικές αντιμετώπισης της αυξανόμενης ανεργίας [16, 17]. Ακολουθεί μια διαγραμματική αποτύπωση των δαπανών κοινωνικής προστασίας και των δαπανών υγείας των αντιπροσωπευτικών χωρών από κάθε μοντέλο κράτους πρόνοιας από το 2006 έως και το 2011 δηλαδή πριν και κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης που ξέσπασε στη Ελλάδα και αργότερα και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

Για να γίνει κατανοητή η πορεία του κράτους πρόνοιας τόσο σε περιόδους ανάπτυξης όσο και σε περιόδους κρίσης του είναι απαραίτητες οι ποσοτικές μετρήσεις και ειδικότερα η καταγραφή των δημόσιων δαπανών για την κοινωνική προστασία, την υγεία και την κοινωνική ασφάλιση χωρίς ωστόσο οι δαπάνες να εκφράζουν πάντα και την αποτελεσματικότητα του συστήματος. Για την αποτύπωση αυτών των στοιχείων δημιουργήθηκε από την Eurostat μια μέθοδος καταγραφής των κοινωνικών δαπανών που ονομάζεται ESSPROS (European System of Social Protection Statistics) που καλύπτει τα κράτη μέλη της Ε.Ε. και δημοσιεύει σε ετήσια βάση τα δεδομένα που αντλεί από την εθνική στατιστική υπηρεσία κάθε χώρας. Οι δαπάνες που καταχωρούνται διακρίνονται με βάση τον κοινωνικό κίνδυνο τον οποίο καλύπτουν και είναι οι εξής οκτώ : η ασθένεια, η αναπηρία, το γήρας, οι επιζώντες (χηρεία), η οικογένεια, η ανεργία, η στέγαση και ο κοινωνικός αποκλεισμός και η μέθοδος περιέχει στατιστικές σειρές για την Ε.Ε. των 15 από το 1990 [18]. Στη συνέχεια, προκειμένου να γίνει σύγκριση μεταξύ κρατών που υιοθετούν διαφορετικά μοντέλα κράτους πρόνοιας παρατίθεται ο Πίνακας 1 στο οποίο αποτυπώνεται το ύψος των δαπανών κοινωνικής προστασίας για κάθε ευρωπαϊό πολίτη της Ε.Ε.-15 [19].



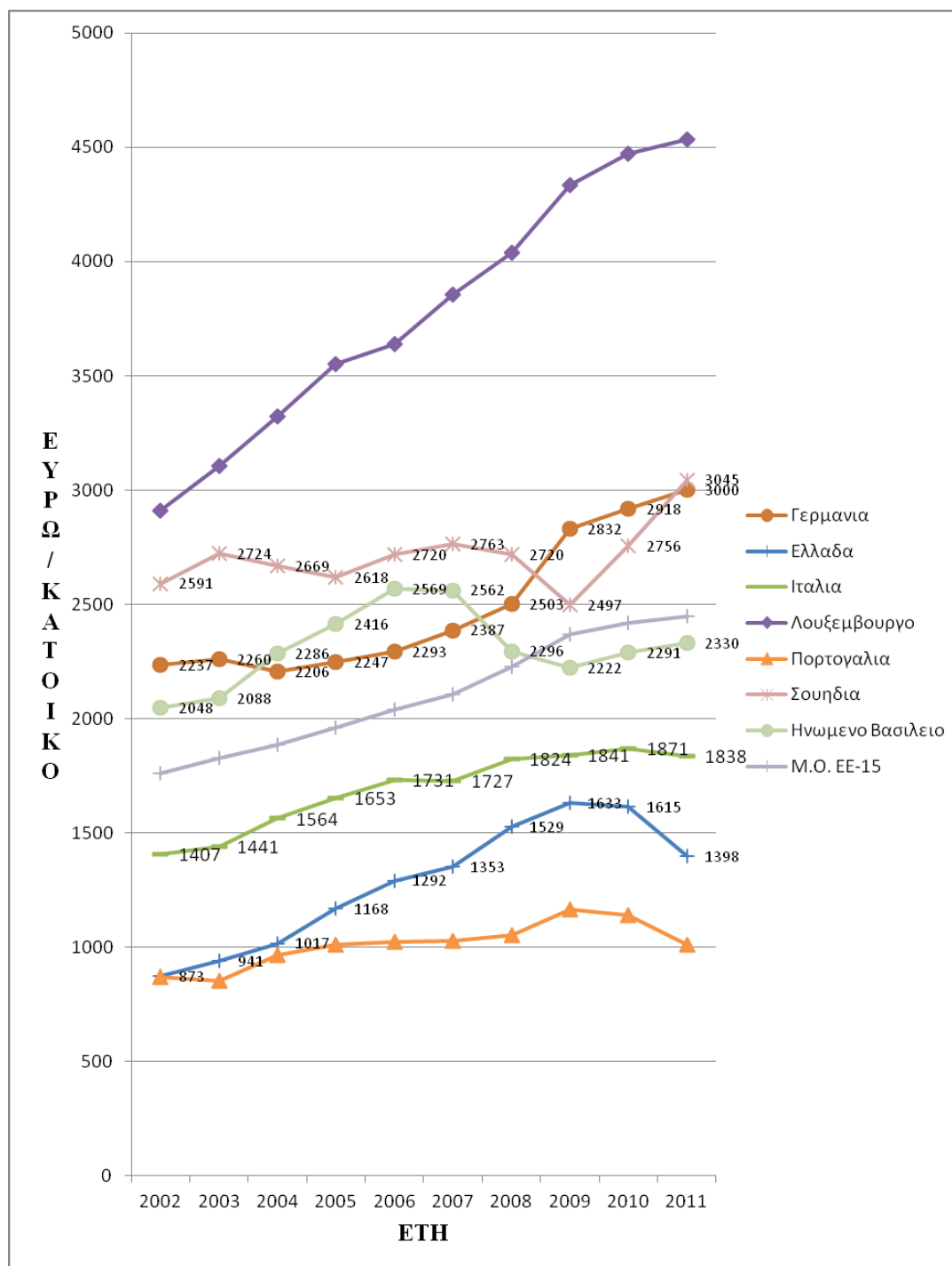
Πίνακας 1. Δαπάνες κοινωνικής προστασίας ανά κάτοικο της Ε.Ε.-15. Πηγή: Eurostat ,2013 [20]

Στον Πίνακα 1 παρατηρείται ότι οι χώρες του νότιου μοντέλου όπως είναι η Ιταλία, η Ελλάδα, η Ισπανία και η Πορτογαλία αντέδρασαν στην οικονομική κρίση του 2008 με την μικρότερη αύξηση ή και μείωση στις δαπάνες της κοινωνικής προστασίας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η Ελλάδα όπου από το 2009 έως το 2011 ο μέσος ετήσιος ρυθμός των δαπανών σημείωσε μείωση 0,15% ενώ από το 2002 έως το 2009 ο μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης ήταν 7,47%. Στις χώρες του

συντηρητικού μοντέλου όπως είναι η Γαλλία, η Γερμανία, η Αυστρία και το Βέλγιο σημειώθηκε πολύ μικρή αύξηση μετά το 2009 ενώ έως τότε ο μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης ήταν σταθερός σε πολύ χαμηλές τιμές. Για παράδειγμα η Γερμανία από το 2002 έως το 2009 είχε ετησίως μέσο ρυθμό αύξησης 1,67% και στο διάστημα 2009-2011 η τιμή αυτή ήταν 1,4%. Στη Μ. Βρετανία ως παράδειγμα του φιλελεύθερου μοντέλου οι αντίστοιχες τιμές ήταν 1,4% για το διάστημα προ κρίσης και

1,6% για μετά το 2009 ενώ για την Σουηδία ως εκπρόσωπο του σοσιαλδημοκρατικού

μοντέλου οι τιμές ήταν 1,18% και 1,7% αντίστοιχα.



Πίνακας 2. Δαπάνες υγείας ανά κάτοικο της Ε.Ε.-15. Πηγή: Eurostat ,2013[20]

Στον Πίνακα 2 καταγράφονται οι δαπάνες υγείας της Ε.Ε.-15 σε ευρώ ανά κάτοικο από το 2002 έως το 2011 όπου

εμφανίζονται ανάλογες τάσεις των προαναφερθέντων κρατών και στις δαπάνες υγείας [20]. Πιο συγκεκριμένα οι χώρες του

νότιου μοντέλου αντιμετώπισαν την οικονομική κρίση με μείωση των δαπανών υγείας, οι χώρες του σοσιαλδημοκρατικού μοντέλου με τις μεγαλύτερες αυξήσεις στην E.E.-15, οι χώρες του κορπορατιστικού μοντέλου με μικρότερες αυξήσεις ενώ οι χώρες του φιλελεύθερου μοντέλου με ακόμα μικρότερες αυξήσεις. Είναι αξιοσημείωτη και στους δυο πίνακες η θέση των χωρών αυτών σε σχέση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο όπου παρατηρείται ότι οι μεσογειακές χώρες βρίσκονται αρκετά πιο κάτω από τον μέσο όρο, οι σκανδιναβικές αρκετά πιο πάνω, ενώ τα άλλα δυο μοντέλα διαμορφώνουν τάσεις σύγκλισης με τον μέσο όρο και συντηρητισμού, απαντώντας με πολύ μικρές αυξήσεις και κυρίως στοχευμένες [21]. Τελικά προκύπτει και από άλλους δείκτες ότι τα σοσιαλδημοκρατικά και συντηρητικά συστήματα είναι περισσότερο αποτελεσματικά από τα φιλελεύθερα και αυτά του νότιου μοντέλου [12, 22].

Θα πρέπει βέβαια να ληφθεί υπόψη ότι τα στοιχεία που καταγράφονται στο ESSPROS παρέχονται από τις εθνικές στατιστικές υπηρεσίες και παρά την χρησιμότητά τους παρουσιάζουν και κάποια προβλήματα [23].

Χρησιμότητα και αδυναμίες του ESSPROS

Τα προβλήματα που εμφανίζει το συγκεκριμένο εργαλείο εντοπίζονται στην δειγματοληπτική συλλογή δεδομένων με πιθανότητα μεγάλου στατιστικού σφάλματος, και στην διαθεσιμότητα τους καθώς πολλά κράτη καθυστερούν στην αποστολή στοιχείων. Ταυτόχρονα δεν έχει καθιερωθεί ενιαίο και λεπτομερές σύστημα ορολογίας σε ότι αφορά τον χαρακτηρισμό των δαπανών και υπηρεσιών κοινωνικής προστασίας [18]. Επίσης δεν υπολογίζονται οι φορολογικές εκπτώσεις ενώ στην πραγματικότητα υπάρχει

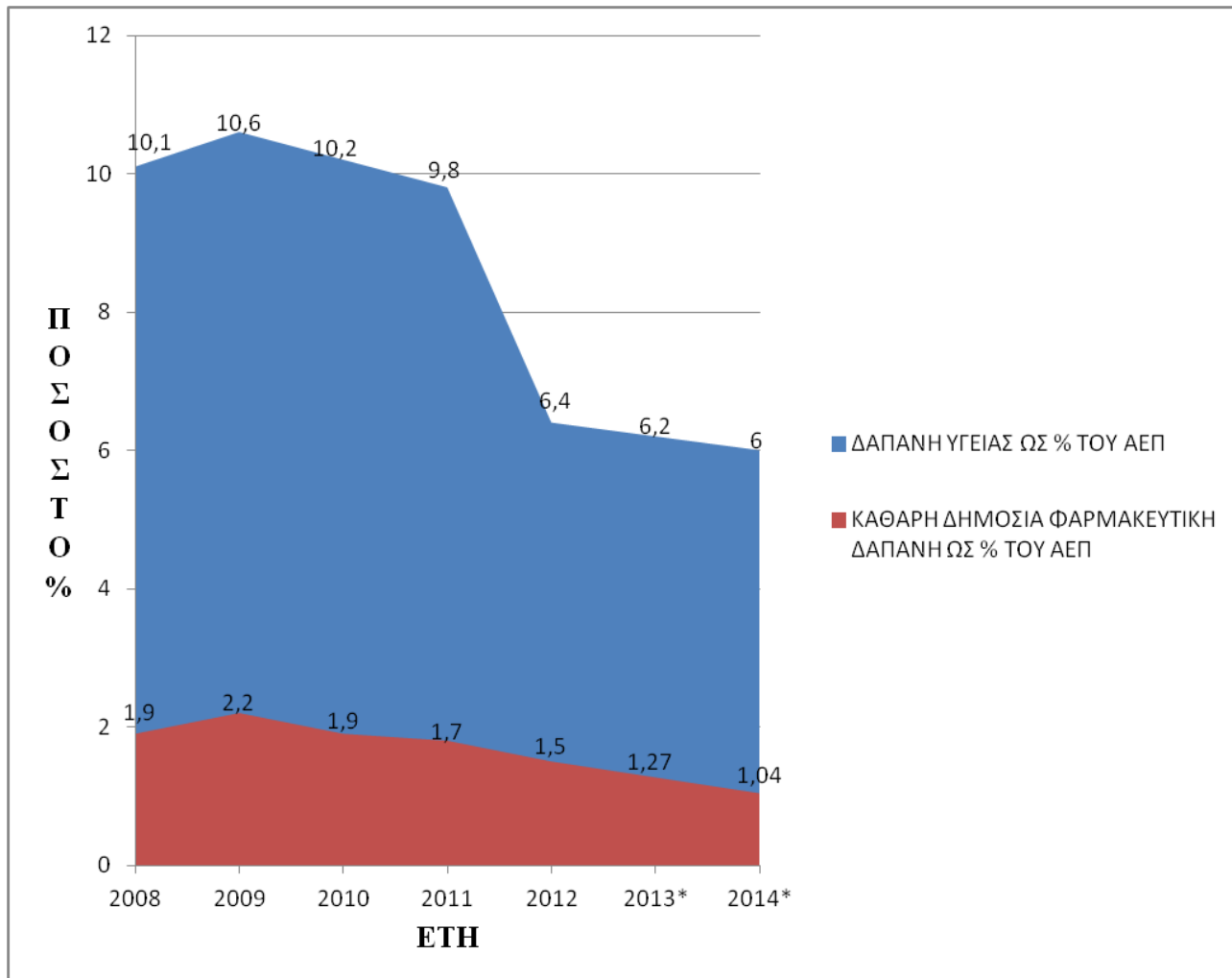
διάκριση στο πότε υπολογίζονται και πότε πληρώνονται ρεαλιστικά κάποιες δαπάνες. Επιπλέον σ' αυτές τις υπηρεσίες περιλαμβάνονται και εθελοντικές μη κυβερνητικές οργανώσεις, η εκκλησία και άλλοι φορείς οι οποίοι δεν αποστέλλουν πάντα στοιχεία των δαπανών τους, είτε δέχονται κρατική χρηματοδότηση είτε όχι. Παρατηρείται επίσης το φαινόμενο της υποεκτίμησης σε άγνωστα ή ελλιπή μεγέθη με την απουσία υπολογισμών όταν δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα και αυτό ενέχει κινδύνους υποβάθμισης των κοινωνικών αναγκών. Παρόλα αυτά η χρησιμότητα του είναι μεγάλη στην παρακολούθηση των αλλαγών της κοινωνικής πολιτικής κάθε κράτους και την σύγκριση τους με τα επιτυχημένα μοντέλα στα πλαίσια υιοθέτησης αποτελεσματικών πολιτικών και καθορισμό προτεραιοτήτων μέσα στην ευρωπαϊκή ενοποίηση [19].

Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ένα από τα σημαντικότερα ποσοστά στις δαπάνες υγείας καταλαμβάνει και η φαρμακευτική δαπάνη. Ειδικότερα στην Ελλάδα έως το 2009 σημείωνε αύξηση φτάνοντας στο 25,8% της συνολικής δαπάνης υγείας της χώρας και στο 2,7% του ΑΕΠ [24]. Στη φαρμακευτική δαπάνη συμπεριλαμβάνεται το σύνολο των δαπανών για συνταγογραφούμενα ή μη φάρμακα και φαρμακευτικά είδη που χορηγούνται σε ασθενείς και διακρίνεται σε δημόσια και ιδιωτική. Η δημόσια αναφέρεται στις φαρμακευτικές δαπάνες όλων των ασφαλιστικών φορέων για συνταγογραφούμενα είδη και η ιδιωτική αναφέρεται στα ποσοστά συμμετοχής των ασφαλισμένων, τις ίδιες δαπάνες των ασθενών

για μη καλυπτόμενα είδη και την αποζημίωση των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών [25].

Από τη φύση της η φαρμακευτική αγορά είναι πολυπαραγοντική και πολύπλοκη [26].



Πίνακας 3. Δαπάνη υγείας και φαρμάκου στην Ελλάδα 2009-2012 ως % του ΑΕΠ. Πηγή : ΣΦΕΕ, 2012[30], Eurostat, 2013[20] και IOBE, 2013[24]. *Οι τιμές το 2013 και 2014 είναι προσωρινές εκτιμήσεις και προβλέψεις του IOBE, 2013

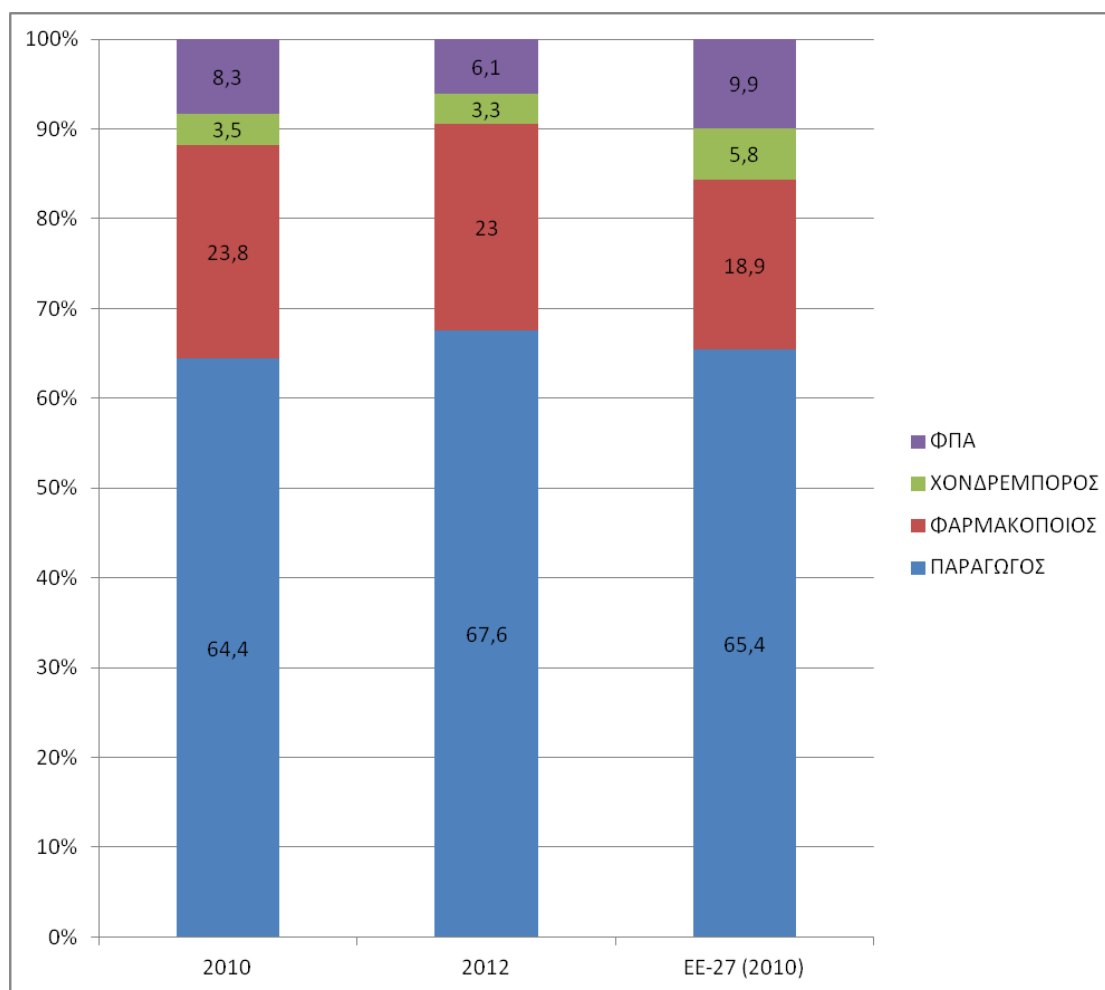
Στον Πίνακα 3 αποτυπώνεται η πορεία της δαπάνης υγείας της Ελλάδας και της καθαρής δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης ως ποσοστά του ΑΕΠ από το 2008 έως το 2014, μεγέθη που σημειώνουν μια σημαντική μείωση το 2012. Η μείωση αυτή προήλθε από την εφαρμογή μιας σειράς μέτρων σε όλα τα στάδια της πορείας του φαρμάκου [27-29]. Στο στάδιο της παραγωγής εφαρμόστηκε μια έκπτωση 5% από τις φαρμακευτικές εταιρίες στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, που είναι και οι μεγαλύτεροι καταναλωτές, και αυξήθηκε η κατανάλωση γενοσήμων από αυτά ενώ

ταυτόχρονα μειώθηκε η τιμή των γενοσήμων σε ποσοστό 60% του πρωτότυπου με αποτέλεσμα την αύξηση του ανταγωνισμού και την μείωση του κέρδους των χονδρεμπόρων. Στο επόμενο στάδιο, της διάθεσης των φαρμάκων ιδρύθηκαν και επεκτάθηκαν τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ με αποτέλεσμα τον ανταγωνισμό με τα ιδιωτικά. Στο επόμενο στάδιο, της χορήγησης και κατανάλωσης των φαρμάκων, προωθήθηκε η κατάρτιση θετικής και αρνητικής λίστας, η ευρεία εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και η συνταγογράφηση

βάσει δραστηκής ουσίας ώστε να αυξηθεί η προτίμηση των ιατρών και ασθενών για φθηνότερα φάρμακα. Επίσης αυξήθηκε το ποσοστό συμμετοχής των ασφαλισμένων σε ευρείας κυκλοφορίας φάρμακα και θεοπίστηκε το τέλος ανά συνταγή. Τέλος διευρύνθηκε η σύνταξη και εφαρμογή διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων με στόχο τον αυστηρότερο έλεγχο της υπερσυνταγογράφησης και της υπερκατανάλωσης.

Οι επιπτώσεις της πολιτικής στα φαρμακεία

Το τελευταίο από τα προαναφερθέντα μέτρα σε συνδυασμό και με άλλες ρυθμίσεις τιμών επέφερε μείωση του περιθωρίου του κέρδους των φαρμακοποιών το οποίο πλέον εξαρτάται από τις τιμές χονδρικής των φαρμάκων [30]. Για τιμές μεγαλύτερες από 200€ το περιθώριο αρχίζει από 12% και σταδιακά μειώνεται για τιμές μεγαλύτερες από 1500€ έως 2%. Το 91% των καταναλωμένων φαρμάκων είναι αξίας μικρότερης των 200€ και συνυπολογίζοντας τις εκπτώσεις και τις επιστροφές το μέσο περιθώριο κέρδους των φαρμακείων εκτιμάται περίπου στο 19% [24].



Πίνακας 4. Δομή τιμής συνταγογραφούμενων με τιμή χονδρικής <200€ (λιανική τιμή =100€). Πηγή: ΙΟΒΕ, 2013[24]

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζεται η δομή της τιμής των συνταγογραφούμενων φαρμάκων με τιμή χονδρικής μικρότερης των 200€ το 2010 και 2012 στην Ελλάδα καθώς και ο μέσος όρος της ΕΕ-27. Παρατηρείται μια μείωση στο κέρδος των φαρμακείων, στο ΦΠΑ και στο κέρδος των χονδρεμπόρων ενώ αύξηση σημείωσαν μόνο οι παραγωγοί στο περιθώριο τους. Παρόλα αυτά το περιθώριο των φαρμακείων είναι ακόμα υψηλότερο από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο όπως και των παραγωγών ενώ ο ΦΠΑ είναι κατά πολύ χαμηλότερος από αυτόν της ΕΕ-27 [31]. Κατά συνέπεια υπάρχουν δυνατότητες για περαιτέρω μείωση της τιμής του φαρμάκου άρα και της φαρμακευτικής δαπάνης στο 2014 στο 1% του ΑΕΠ, που είναι και ο στόχος του προϋπολογισμού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Καταλήγοντας διαπιστώνεται ότι οι διαχωριστικές ιδεολογικές γραμμές του παρελθόντος στα διάφορα μοντέλα κοινωνικής πολιτικής που αναπτύχθηκαν στην αρχή του αιώνα έχουν κλονιστεί και οι σύγχρονες παγκόσμιες κοινωνικοοικονομικές

συνθήκες επιβάλλουν πιο ευέλικτα και αποτελεσματικά κράτη πρόνοιας με μεγαλύτερη συμμετοχή πλέον των κοινωνικών δικτύων όπως η οικογένεια, οι ΜΚΟ, οι ΟΤΑ και η Εκκλησία [32]. Η συνεργασία και η αλληλοσυμπλήρωση αυτών των φορέων με το κράτος, δεδομένης της ανάγκης για βέλτιστη αξιοποίηση ανθρώπινων και υλικών πόρων θα συμβάλλει καθοριστικά και ουσιαστικά στην αντιμετώπιση των σύγχρονων κοινωνικών κινδύνων με το ελάχιστο οικονομικό κόστος. Η αξιοποίηση της διεθνούς εμπειρίας πρέπει να συνδυαστεί με τις ιδιαιτερότητες και τις ανάγκες του κάθε εθνικού συνόλου και να ληφθεί υπόψη σε κάθε προσπάθεια σύγκρισης όχι μόνο η διαφορετική οικονομική ισχύς κάθε χώρας αλλά και τα διαφορετικά συστήματα υγείας και εκπαίδευσης που η καθεμία έχει αναπτύξει [33-35]. Τέλος αποδεικνύεται και εμπειρικά ότι η αποτελεσματικότητα ενός κράτους πρόνοιας δεν εξαρτάται από το ύψος των δαπανών κοινωνικής προστασίας αλλά από την ορθολογική και στρατηγικά σχεδιασμένη διαχείριση τους με κριτήριο τις πραγματικές ανάγκες των πολιτών [36-37].

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Δικαίος Κ, Χλέτσος Μ. Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις, Τόμος Β, Πολιτική Υγείας/Κοινωνική Πολιτική. Εκδόσεις ΕΑΠ, Πάτρα, 1999:110-119
2. Esping-Andersen G. Γιατί χρειαζόμαστε ένα νέο κοινωνικό κράτος πρόνοιας. Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα, 2006:41-74.
3. Ζαννής Π. Ο Τρίτος Τομέας στην Παροχή Κοινωνικών Υπηρεσιών, στο: Η Ανάπτυξη Συνοδευτικών Υποστηρικτικών Υπηρεσιών. Εκδόσεις Ερμής και ΕΚΕΠΙΣ, Αθήνα, 2006:1-24.
4. Στασινοπούλου Ο. Κοινωνική Πολιτική :βασικές έννοιες, ιστορική εξέλιξη, φορείς και πρότυπα. Πάντειο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής, Αθήνα, 2006:93-94.
5. Titmuss R. Social policy. Allen and Unwin, London, 1974:23-32
6. Esping-Andersen G. Οι τρεις κόσμοι του καπιταλισμού και της ευημερίας. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2006:116-177.
7. Ferrera M. The “Southern Model” of Welfare in Social Europe, J. Eur. soc. policy 1996, 6:17-37.
8. Χλέτσος Μ. Κύκλος διαλέξεων: Οικονομία και Κοινωνία. Κεφάλαιο 1^ο: Το κράτος πρόνοιας ως νέος τρόπος οργάνωσης του κοινωνικού. Εργαστήριο Εφαρμοσμένης Οικονομικής και Κοινωνικής Πολιτικής, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Ιωάννινα, 1995.
9. Χλέτσος Μ. Το κοινωνικό κράτος στην Ελλάδα: από την ανάπτυξη στην κρίση. Κύκλος σεμιναρίων :Κοινωνία και Ελεύθερη Γνώση. Εργαστήριο Εφαρμοσμένης Οικονομικής και Κοινωνικής Πολιτικής, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Ιωάννινα 2012.
10. Βενιέρης Δ, Παπαθεοδώρου Χ. Η κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα. Προκλήσεις και προοπτικές. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα, 2003:89-131.
11. Matsaganis M. The welfare state and the crisis: the case of Greece. J. Eur. soc. policy, 2011, 21:501.
12. Atkinson A.B, Μητράκος Θ, Τσακλόγλου Π, Ματσαγγάνης Μ, Λεβέντη Χ, Δαφέρμος Γ, και συν. Κοινωνική πολιτική και κοινωνική συνοχή στην Ελλάδα σε συνθήκες οικονομικής κρίσης. Τράπεζα της Ελλάδος, Αθήνα, 2012.
13. Mossuti G, Asero G. Population and social conditions. Eurostat, Statistics in focus 2012. Ανακτηση 22-12-2013 από http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-12-014/EN/KS-SF-12-014-EN.PDF
14. Ferrera M. Welfare state reform in southern Europe: fighting poverty and social exclusion in Greece, Italy, Spain and Portugal. Taylor & Francis Ltd, New York, 2005:240-258.
15. Πετμεζίδου Μ. Η προβληματική της κοινωνικής μεταρρύθμισης : Αξιακές επιλογές, διλήμματα και προοπτικές. Στο : Ρομπόλης Σ, και συν. (επιμ.) Η Κοινωνική Πολιτική σε Ένα Μεταβαλλόμενο Περιβάλλον. Πρακτικά Διεθνούς Συνεδρίου, Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα, 2006:19-34

16. Δαφέρμος Γ, Παπαθεοδώρου Χ. Το παράδοξο της κοινωνικής πολιτικής στην Ελλάδα: Γιατί η αύξηση των δαπανών για κοινωνική προστασία δεν μείωσε τη φτώχεια; Κείμενα Πολιτικής (Policy Briefs) / 1, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων 2011, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.
17. Sotiropoulos D. The EU's Impact on the Greek Welfare State: Europeanization on Paper ? J. Eur. soc. policy, 2004, 14:267.
18. Τήνιος Π. Κοινωνικές ασφαλίσεις. Πανεπιστημιακές Σημειώσεις για το Μάθημα Επιλογής του Γ' Εξαμήνου, Τμήμα Στατιστικής και Ασφαλιστικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Πειραιάς, 2005.
19. Ρομπόλης Σ. Η ελληνική οικονομία και η απασχόληση. Ετήσια έκθεση 2013. Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.
20. European Commission, Eurostat, Social Protection, Data, Main Tables 2013. Ανάκτηση 3-1-2014 από http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/social_protection/data/main_tables
21. Miroslav B, Thum A, Veselkova M. Education and social protection policies in OECD countries: Social stratification and policy intervention. J. Eur. soc. policy, 2013 23: 487
22. Πετμεζίδου Μ. Αξιακές επιλογές, διλήμματα και προοπτικές του ευρωπαϊκού κοινωνικού κράτους. Στο : Παπαδάκης Ν, Χανιωτάκης Ν,(επιμ.) Εκπαίδευση, κοινωνία και πολιτική. Εκδόσεις Πεδίο, Αθήνα, 2011.
23. Ebbinghaus B. Comparing Welfare State Regimes: Are Typologies an Ideal or Realistic Strategy. Draft Paper presented at European Social Policy Analysis Network, ESPAnet Conference, Edinburgh, UK, 2012.
24. Αθανασιάδης Θ, Μανιάτης Γ, Ντεμούσης Φ. Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα, Ετήσια Έκθεση 2012, Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας, ΙΟΒΕ, Αθήνα, 2013.
25. Αναστασάκου Ζ. Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη: Πρόσφατες εξελίξεις. Οικονομικές Εξελίξεις 2013, 20:43-47.
26. Κυριόπουλος Γ, Καραμπλή Ε, Ολλανδέζος Μ, Γείτονα Μ. Πολιτικές Ρύθμισης της Αγοράς Φαρμάκου. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2006:94-105
27. Στουρνάρας Γ. Φαρμακευτική Δαπάνη και Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα, Τα Νέα της ΕΟΠΕ 2011, 14:8-11.
28. Στουρνάρας Γ. Δαπάνες και Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα την Περίοδο του Μνημονίου. ΙΟΒΕ, Αθήνα 2011.
29. Μόσιαλος Η, Ζωγράφος Κ, Κρεατσάς Γ, και συν. Ενδιάμεση Έκθεση της Ανεξάρτητης Ομάδας Εργασίας Ειδικών Εμπειρογνομόνων στον Τομέα της Υγείας. Αθήνα 2011.
30. Τσακανίκας Α, Μανιάτης Γ, Ντεμούσης Φ, Αθανασιάδης Θ. Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και στοιχεία 2012. ΣΦΕΕ, Αθήνα, 2012.

31. Βίτσου Ε. Οι εξελίξεις της Φαρμακευτικής Πολιτικής στην Ελλάδα υπό το πρίσμα της φαρμακευτικής βιομηχανίας. Τμήμα Φαρμακευτικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα 2011.
32. Κατρούγκαλος Γ, Κοντιάδης Ξ, Ντουχάνης Χ, και συν. Κοινωνικά δικαιώματα και κρίση του κράτους πρόνοιας. Εκδόσεις Σαββάλας, Αθήνα, 2007:148-157.
33. Kuitto K. More than just money: Patterns of disaggregated welfare expenditure in the enlarged Europe. *J. Eur. soc. policy* 2011, 21: 348.
34. Beblavy M, Thum A, Veselkova M. Education and social protection policies in OECD countries : Social stratification and policy intervention. *J. Eur. soc. policy* 2013, 23:487-503.
35. Guillen A, Matsaganis M. Testing the 'social dumping' hypothesis in Southern Europe : welfare policies in Greece and Spain during the last 20 years. *J. Eur. soc. policy* 2000, 10:120-145.
36. Contiades Χ, Golna C, Souliotis K. Pharmaceutical regulation in Greece at the crossroad of change: Economic, political and constitutional considerations for a new regulatory paradigm. *Health Policy* 2007, 82:116–129.
37. Σουλιώτης Κ. Μια (επαναλαμβανόμενη) πρόταση για την αναμόρφωση της πολιτικής φαρμάκου στην Ελλάδα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2013, 3:519-521

The influence of the economic crisis on the European Welfare State and on the pharmaceutical policy in Greece

Georgios Zacharopoulos

Military DDS,

Post Graduate Programme of Health Care Management, Hellenic Open University, Patra, Greece

ABSTRACT

Welfare state and social policy of Western countries are divided into four categories according to the state's intervention and participation in addressing social risks, in production and in reproduction of the labor force. These categories are the liberal, the corporatist, the social democratic and the mediterranean model. The current European socio-economic reality proved the effectiveness or not, of different models of the welfare state that had developed in European countries and the need for development of social networks, such as family and voluntary organizations, in order to have effective social protection. The purpose of this paper is to present a typology of social policy and the welfare state based on the literature and the different effects of the economic crisis in the European welfare state. It will also determine the inclusion of Greece in any of the existing models and analyze comparatively the social costs of EU countries-15-based on the tool of ESSPROS. Pharmaceutical expenditure, as a part of the social expenditure, is a significant portion of health expenditure, which in Greece made a significant decrease in 2012. Therefore the measures that contributed to this fall will be described and analyzed as well as their impact on pharmacies. This cost does not always match the efficiency and flexibility of the welfare state and the international economic situation has serious implications for the implementation of all social policies. Each welfare state responds differently to the economic crisis and austerity measures needed at the level distribution of social expenditure and health expenditure.

Keywords: social policy, welfare state, health expenditure, pharmaceutical policy

Citation

G. Zacharopoulos. The influence of the economic crisis on the European Welfare State and on the pharmaceutical policy in Greece. Scientific Chronicles 2014;19(3): 272-286.