



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΕΜΠΟΡΙΟΥ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η διαχρονική εξέλιξη των δημοσίων δαπανών στην υγεία, παιδεία
και άμυνα στην Ελλάδα και η συγκριτική μελέτη αυτών με τις
υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης**

ΚΑΡΥΠΙΔΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΤΣΟΥΡΛΟΣ

Επιβλέπων: Τσιτούρας Αντώνης

Καστοριά, 2023



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΕΜΠΟΡΙΟΥ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η διαχρονική εξέλιξη των δημοσίων δαπανών στην υγεία, παιδεία
και άμυνα στην Ελλάδα και η συγκριτική μελέτη αυτών με τις
υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης**

ΚΑΡΥΠΙΔΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΤΣΟΥΡΛΟΣ

Επιβλέπων: Τσιτούρας Αντώνης

Εγκρίθηκε από την τριμελή εξεταστική επιτροπή

.....

Ον/μο Μέλους ΕΠ

.....

Ον/μο Μέλους ΕΠ

.....

Ον/μο Μέλους ΕΠ

Copyright © 2023 – Καρυπίδης Αναστάσιος

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ' ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα.

Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν αποκλειστικά τον συγγραφέα και δεν αντιπροσωπεύουν τις επίσημες θέσεις του Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στα πλαίσια της εκπόνησης της πτυχιακής μελέτης δόθηκε το έναυσμα να γίνει μία έρευνα ως προς τις δημόσιες δαπάνες της χώρας στους σημαντικότερους τομείς της, που αφορούν την υγεία, την παιδεία και την άμυνα. Η μελέτη που ακολουθεί θέτει ως σκοπό να αναδείξει στοιχεία και πληροφορίες που σχετίζονται με την διάρθρωση των δημοσίων εκροών της χώρας για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης, εκπαίδευσης και ασφάλειας και προστασίας προς τους πολίτες της. Επιπρόσθετος σκοπός της μελέτης αυτής είναι η συγκριτική ανάλυση των δημοσίων δαπανών της χώρας στους ανωτέρω τομείς με άλλα κράτη – μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) χώρες. Ουσιαστικά, σκοπός είναι να προσδιοριστεί ο βαθμός στον οποίο κυμαίνονται οι δημόσιες εκροές στον τομέα της υγείας, της παιδείας και της άμυνας σε χώρες της ΕΕ σε σχέση με την εκείνες της Ελλάδας.

Αρχικά, η μελέτη παραθέτει στοιχεία που σχετίζονται με το εννοιολογικό περιεχόμενο των τριών βασικών τομέων της χώρας που αφορούν την υγεία, την παιδεία και την άμυνα. Ακολουθούν τα κεφάλαια που αναδεικνύουν τις δημόσιες δαπάνες της χώρας για κάθε τομέα ξεχωριστά με τη συμβολή διαγραμμάτων και πινάκων. Έπειτα, πραγματοποιείται συγκριτική επισκόπηση μεταξύ των δημοσίων δαπανών της Ελλάδας στην υγεία, στην παιδεία και στην άμυνα με άλλα κράτη – μέλη της ΕΕ.

Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για τη συγκεκριμένη μελέτη χαρακτηρίζεται ως δευτερογενής, καθότι βασίζεται στην ανασκόπηση δευτερογενών στοιχείων από άλλες επιστημονικές έρευνες και μελέτες της διεθνούς βιβλιογραφίας. Η εύρεση αυτών των ερευνών και μελετών επιτεύχθηκε με την συμβολή διαφόρων μηχανών αναζήτησης, όπως Scopus, Google Scholar. Σε μεγάλο βαθμό βοήθησαν επίσης τα στοιχεία που αντλήθηκαν μέσα από την επίσημη ιστοσελίδα της Eurostat, η οποία έχει πραγματοποιήσει σχετικές έρευνες που συμβάλλουν στην συγκριτική ανάλυση των δημοσίων δαπανών στην υγεία, στην παιδεία και στην άμυνα μεταξύ Ελλάδας και χωρών της ΕΕ.

Λέξεις – κλειδιά: υγεία, παιδεία, άμυνα, δαπάνη, προβλήματα, αντιμετώπιση

ABSTRACT

As part of the preparation of the degree study, the trigger was given to conduct a research regarding the country's public expenditures in its most important sectors, which concern health, education and defense. The following study aims to highlight data and information related to the structure of the country's public expenditures for the provision of health care, education and security and protection to its citizens. An additional purpose of this study is the comparative analysis of the country's public expenditure in the above sectors with other member states of the European Union (EU) countries. Essentially, the purpose is to determine the extent to which public outflows in the health, education and defense sectors vary in EU countries compared to Greece.

First, the study lists data related to the conceptual content of the country's three main sectors of health, education and defence. The following chapters highlight the country's public spending for each sector separately with the contribution of charts and tables. A comparative overview is then carried out between Greece's public expenditure on health, education and defense with other EU member states.

The methodology used for this particular study is characterized as secondary, as it is based on the review of secondary data from other scientific research and international literature studies. The finding of these researches and studies was achieved with the help of various search engines such as Scopus, Google Scholar. To a great extent, the data obtained from the official Eurostat website also helped, which has carried out relevant surveys that contribute to the comparative analysis of public expenditure in health, education and defense between Greece and EU countries.

Key words: health, education, defense, spending, problems, coping

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ABSTRACT.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΜΥΝΑΣ	10
1.1 Ο τομέας υγείας	10
1.2 Ο τομέας παιδείας.....	21
1.3 Ο τομέας άμυνας.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ Η ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΤΟΥ	29
2.1 Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα.....	29
2.2 Οργανωτική διάρθρωση και φορείς του συστήματος υγείας στην Ελλάδα.....	32
2.3 Χρηματοδότηση συστήματος υγείας στην Ελλάδα	34
2.4 Δημόσιες δαπάνες του συστήματος υγείας στην Ελλάδα.....	39
2.4.1 Εννοιολογικό περιεχόμενο και χαρακτηριστικά των δημοσίων δαπανών υγείας	39
2.4.2 Δαπάνες υγείας και χρηματοδότηση.....	41
2.4.3 Κατηγορίες δημοσίων δαπανών για την υγεία.....	42
2.4.4 Παράγοντες επίδρασης των δημοσίων δαπανών του συστήματος υγείας στην Ελλάδα	46
2.4.5 Εξέλιξη των δημοσίων δαπανών για την υγεία μεταξύ Ελλάδας και των κρατών – μελών της ΕΕ	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ο ΤΟΜΕΑΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ Η ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΤΟΥ.....	67
3.1 Ο τομέας παιδείας στην Ελλάδα	67
3.2 Χρηματοδότηση του τομέα παιδείας στην Ελλάδα	69
3.3 Δημόσια δαπάνη στον τομέα της παιδείας	71
3.4 Η διάρθρωση των δημοσίων δαπανών στον τομέα παιδείας μεταξύ Ελλάδας και των κρατών – μελών της ΕΕ.....	73
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ο ΤΟΜΕΑΣ ΑΜΥΝΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ Η ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΤΟΥ.....	86
4.1 Ο τομέας άμυνας στην Ελλάδα.....	86
4.2 Οργάνωση και εξοπλισμός του ελληνικού στρατού	88
4.3 Εθνική άμυνα και στρατιωτικές δαπάνες.....	89
4.4 Η διάρθρωση των δημοσίων δαπανών στον τομέα άμυνας μεταξύ Ελλάδας και των κρατών – μελών της ΕΕ.....	90
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	94
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	97

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι δημόσιες δαπάνες αναφέρονται στις δαπάνες που πραγματοποιούνται από τον δημόσιο τομέα ενός κράτους, περιλαμβάνοντας τον κεντρικό κρατικό προϋπολογισμό, τις τοπικές αυτοδιοικήσεις, κρατικούς φορείς, και άλλες δημόσιες οντότητες. Οι δημόσιες δαπάνες εξυπηρετούν τον σκοπό του δημοσίου τομέα να παρέχει διάφορες υπηρεσίες και παροχές στους πολίτες, όπως υγειονομική περίθαλψη, εκπαίδευση, άμυνα, υποδομές, κοινωνική πρόνοια, περιβάλλον, και άλλες δημόσιες υπηρεσίες. Επιπλέον, προκύπτουν από διάφορες πηγές εσόδων του κράτους, όπως φόροι, τέλη, εισφορές, δάνεια κ.α.. Η διαχείριση των δημόσιων δαπανών αποτελεί κρίσιμο κομμάτι της οικονομικής πολιτικής ενός κράτους, καθώς αποτελεί τον τρόπο με τον οποίο το κράτος προσδιορίζει πού θα διατεθούν οι πόροι του για την υποστήριξη των δημόσιων υπηρεσιών και την εκτέλεση διαφόρων πολιτικών (Zouhar et al., 2021).

Στόχοι των δημόσιων δαπανών περιλαμβάνουν την προώθηση της οικονομικής ανάπτυξης, της κοινωνικής δικαιοσύνης και της ευημερίας του πληθυσμού, την προστασία των ασθενέστερων κοινωνικών ομάδων, την προστασία του περιβάλλοντος, την αντιμετώπιση κρίσεων, καθώς και την προώθηση της έρευνας και της καινοτομίας. Ωστόσο, η διαχείριση των δημόσιων δαπανών απαιτεί προσεκτική σχεδίαση και διαφάνεια, προκειμένου να αποφευχθούν διαφθορά, αποτυχίες και υπερβολικό δημόσιο χρέος. Είναι σημαντικό να σημειωθεί πως οι πολιτικές σχετικά με το ποσό και τον τρόπο δαπάνης των δημοσίων κονδυλίων ποικίλουν ανάλογα με την οικονομική φιλοσοφία και τους στόχους του κάθε κράτους (Garry, 2017).

Η διαχείριση των δημόσιων δαπανών είναι μια σημαντική πτυχή της δημόσιας πολιτικής. Οι κυβερνήσεις πρέπει να λαμβάνουν υπόψη πολλούς παράγοντες κατά την διαμόρφωση του προϋπολογισμού και της χρήσης των δημόσιων πόρων (Zhang et al., 2021). Οι κύριοι παράγοντες που επηρεάζουν τις δημόσιες δαπάνες περιλαμβάνουν την οικονομική κατάσταση μίας χώρας, τις κοινωνικές ανάγκες, την προτεραιότητα πολιτικής, τα επίπεδα χρέους, τη φορολογική πολιτική και την οικονομική ανάπτυξη. Συγκεκριμένα, η κατάσταση της οικονομίας επηρεάζει τα έσοδα του κράτους και καθορίζει το πόσα μπορεί να δαπανήσει για διάφορα προγράμματα και υπηρεσίες. Ακόμη, οι ανάγκες της κοινωνίας για υγεία, εκπαίδευση, κοινωνική προστασία κ.λπ. πρέπει να καλυφθούν μέσω των δημόσιων δαπανών.

Επιπλέον, οι πολιτικές ατζέντες της κυβέρνησης και οι προτεραιότητές της καθορίζουν ποιους τομείς θα επενδύσει περισσότερο. Το επίπεδο του δημόσιου χρέους επηρεάζει την ικανότητα της κυβέρνησης να δαπανήσει, καθώς πολύ υψηλό χρέος μπορεί να αυξήσει το κόστος των δανείων. Επίσης, οι φορολογικές πολιτικές καθορίζουν τα έσοδα του κράτους και επηρεάζουν το πόσα χρήματα θα είναι διαθέσιμα για δαπάνες. Σημειώνεται δε πως και η προώθηση της οικονομικής ανάπτυξης μπορεί να αυξήσει τα έσοδα του κράτους και να βοηθήσει στην αντιμετώπιση κοινωνικών προβλημάτων (Moreno Enguix & Bayona, 2017).

Γενικότερα, οι δημόσιες δαπάνες μπορούν είτε να ενθαρρύνουν την οικονομική ανάπτυξη και την κοινωνική ευημερία είτε να προκαλούν προβλήματα, αν διαχειρίζονται ανεύθυνα. Ένας ισορροπημένος προϋπολογισμός που αντιστοιχεί στις πραγματικές ανάγκες της κοινωνίας και συμβάλλει στη βιώσιμη ανάπτυξη είναι ζωτικής σημασίας για την ευημερία και τη σταθερότητα του κράτους (Jaelani, 2017).

Με βάση όλα αυτά, κρίθηκε σημαντικό να γίνει μία βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με την διαχρονική διάρθρωση των δημοσίων δαπανών στην Ελλάδα, με έμφαση στον τομέα της υγείας, της παιδείας και της άμυνας. Επιπρόσθετα, πρόκειται για μία μελέτη που προβαίνει και στη συγκριτική εξέταση της διάρθρωσης των δημοσίων δαπανών στους ανωτέρω τομείς μεταξύ Ελλάδας και κρατών – μελών της ΕΕ.

Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η παρουσίαση της διάρθρωσης των δημοσίων δαπανών που διατίθενται για την λειτουργία του συστήματος υγείας, του τομέα παιδείας και άμυνας. Επιπρόσθετος σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή στοιχείων που αναδεικνύουν τις δημόσιες δαπάνες που πραγματοποιούν τα κράτη – μέλη της ΕΕ για την στήριξη των συστημάτων υγείας, παιδείας και άμυνας σε σχέση με την Ελλάδα.

Ο σκοπός της μελέτης αυτής επιτυγχάνεται με την συμβολή της δευτερογενούς έρευνας σε στοιχεία και πληροφορίες που διατίθενται σε άλλες επιστημονικές μελέτες και έρευνες. Πρόκειται για στοιχεία που αναδεικνύουν τον βαθμό στον οποίο διαρθρώνονται οι δημόσιες δαπάνες των εξεταζόμενων τομέων τόσο σε εθνικό, όσο και σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

Η εργασία διακρίνεται σε πέντε κεφάλαια, όπου στο κεφάλαιο 1 γίνεται μία γενική παρουσίαση γύρω από το εννοιολογικό περιεχόμενο γύρω από τον τομέα υγείας, παιδείας και άμυνας. Στη συνέχεια, στο κεφάλαιο 2 καταγράφονται στοιχεία που σχετίζονται με τις δημόσιες δαπάνες στην υγεία, αναδεικνύοντας την οργανωτική

διάρθρωση και τους φορείς του συστήματος, τα στοιχεία χρηματοδότησης, αλλά και τους παράγοντες επίδρασης των δημοσίων δαπανών του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, ενώ παράλληλα γίνεται και η συγκριτική ανάλυση μεταξύ Ελλάδας και ΕΕ. Στο κεφάλαιο 3 παρουσιάζεται ο τομέας παιδείας στην Ελλάδα, προσδιορίζοντας στοιχεία που αφορούν την χρηματοδότηση του τομέα, τις κύριες κατηγορίες δημοσίων δαπανών, τη δημόσια δαπάνη και τη δαπάνη εκπαίδευσης ανά βαθμίδα, ενώ ταυτόχρονα γίνεται και συγκριτική επισκόπηση ως προς τις δαπάνες παιδείας σε εγχώριο και ευρωπαϊκό επίπεδο. Στο κεφάλαιο 4 γίνεται λόγος για τον τομέα άμυνας στην Ελλάδα, αναδεικνύοντας την οργάνωση και τον εξοπλισμό του ελληνικού στρατού, την εθνική άμυνα και τις στρατιωτικές δαπάνες, αλλά και τη διαχρονική πορεία των αμυντικών δαπανών σε Ελλάδα και ΕΕ. Τέλος, επιτυγχάνεται η καταγραφή των τελικών συμπερασμάτων και των προτάσεων γύρω από τις δημόσιες δαπάνες στον τομέα της υγείας, της παιδείας και της άμυνας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΜΥΝΑΣ

1.1 Ο τομέας υγείας

Ο τομέας της υγείας είναι ευρύς και πολυπληθής, και αναφέρεται σε όλες τις πτυχές που σχετίζονται με την προστασία, τη διατήρηση και τη βελτίωση της ανθρώπινης υγείας (Κυριόπουλος, 1995). Αυτό περιλαμβάνει μια ευρεία γκάμα θεμάτων, όπως ιατρική περίθαλψη, νοσηλεία, ψυχική υγεία, πρόληψη ασθενειών, δημόσια υγεία, επιδημιολογία, ερευνητικές εργασίες, φαρμακευτική βιομηχανία, τεχνολογία υγείας και πολλά άλλα (Αντωνοπούλου, 2008).

Ο τομέας υγείας εμπλέκει επαγγελματίες υγείας όπως γιατρούς, νοσηλευτές, διατροφολόγους, φαρμακοποιούς, επιστήμονες της υγείας και πολλούς άλλους. Ο συνεχής επιστημονικός και τεχνολογικός προηγούμενος έχει οδηγήσει σε σημαντικές βελτιώσεις στη διάγνωση, τη θεραπεία και την πρόληψη ασθενειών (Kulsum et al., 2020). Επιπλέον, η παγκόσμια προσοχή στην υγεία έχει αυξηθεί ακόμα περισσότερο λόγω των παγκόσμιων απειλών όπως πανδημίες (όπως η COVID-19), οι οποίες έχουν αναδείξει την ανάγκη για προετοιμασία, συνεργασία και καινοτομία στον τομέα της υγείας (Filip et al., 2022).

Σημαντικοί στόχοι στον τομέα της υγείας περιλαμβάνουν τη βελτίωση της πρόσβασης σε ποιοτική ιατρική περίθαλψη, τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία, την προώθηση της ψυχικής υγείας, την έρευνα για νέες θεραπείες και εμβόλια, και την αντιμετώπιση των παγκόσμιων υγειονομικών προκλήσεων (Καϊτελίδου, 2014).

Όσον αφορά τη δημόσια υγεία, παράγοντες όπως η επιδημιολογία, η πρόληψη και η εκπαίδευση είναι καίριοι. Προγράμματα εμβολιασμού, εκστρατείες ενημέρωσης για την υγιεινή ζωή, η παρακολούθηση μεταδοτικών ασθενειών και η έρευνα για νέες αποτελεσματικές μεθόδους πρόληψης είναι μερικά από τα μέτρα που λαμβάνονται για τη διασφάλιση της δημόσιας υγείας (WHO, 2018). Η παγκοσμιοποίηση και οι διεθνείς προκλήσεις, όπως οι πανδημίες και η διασπορά ασθενειών, έχουν υπογραμμίσει την ανάγκη για συνεργασία μεταξύ των χωρών και των παγκόσμιων οργανισμών για την αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων (Bickley et al., 2021). Συνολικά, ο τομέας της υγείας εξελίσσεται συνεχώς και απαιτεί τη συνεργασία πολλών τομέων, από την επιστήμη και την τεχνολογία μέχρι την πολιτική και την

κοινωνία, προκειμένου να εξασφαλιστεί η βέλτιστη φροντίδα και προστασία της υγείας για όλους (Milcent, 2016).

Για τους ανωτέρω λόγους έχουν διαμορφωθεί συγκεκριμένα συστήματα, τα οποία αναφέρονται στις οργανωμένες δομές, διαδικασίες και πόρους που χρησιμοποιούνται για την παροχή ιατρικής περίθαλψης και υπηρεσιών υγείας σε μια χώρα ή μια περιοχή. Τα συστήματα υγείας ποικίλλουν σημαντικά ανά τον κόσμο, ανάλογα με την πολιτική, κοινωνική, οικονομική και πολιτιστική πραγματικότητα της κάθε χώρας (Zakus et al., 2015).

Τα συστήματα υγείας μπορούν να είναι κυρίως δημόσια, ιδιωτικά ή συνδυαστικά, ανάλογα με τον ρόλο που διαδραματίζει η κυβέρνηση και τον βαθμό συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα. Πολλές χώρες συνδυάζουν δημόσιες και ιδιωτικές συστάσεις για να καλύψουν τις ανάγκες των πολιτών τους. Τα συστήματα υγείας παίζουν έναν ζωτικό ρόλο στην κοινωνία, αφού επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ανθρώπων, την προστασία από ασθένειες και την αντιμετώπιση ιατρικών κρίσεων (Οικονόμου, 2012). Μερικά από τα σημαντικά θέματα και προκλήσεις που αφορούν τα συστήματα υγείας περιλαμβάνουν:

A) Χρηματοδότηση και Βιωσιμότητα

Η χρηματοδότηση και η βιωσιμότητα στον τομέα της υγείας είναι ζωτικής σημασίας για τη διασφάλιση υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας και την αντιμετώπιση των υγειονομικών προκλήσεων. Η σωστή χρηματοδότηση εξασφαλίζει ότι τα συστήματα υγείας μπορούν να παρέχουν αποτελεσματικές θεραπείες, πρόληψη ασθενειών και περίθαλψη σε όλο τον πληθυσμό. Αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο χρηματοδοτούνται οι υπηρεσίες υγείας (Cantor et al., 2015). Μπορεί να προέρχονται από δημόσιες πηγές, ιδιωτικές ασφαλίσεις υγείας, εισφορές από τους εργαζόμενους κ.α.. Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας είναι σημαντική για την εξασφάλιση υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας. Οι αυξημένες απαιτήσεις λόγω της γήρανσης του πληθυσμού και οι αυξημένες τεχνολογικές δαπάνες μπορεί να αποτελέσουν πρόκληση για τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας (Walugembe et al., 2019). Ορισμένες βασικές πτυχές σχετικά με τη χρηματοδότηση και τη βιωσιμότητα του τομέα υγείας περιλαμβάνουν:

- **Δημόσια Χρηματοδότηση:** Οι δημόσιες πηγές χρηματοδότησης, όπως οι δημόσιοι προϋπολογισμοί και οι φόροι, αποτελούν σημαντική πηγή χρηματοδότησης για το σύστημα υγείας. Η αποτελεσματική διαχείριση αυτών

των πόρων είναι απαραίτητη για την κάλυψη των αναγκών (Rechel et al., 2018).

- **Ιδιωτική Χρηματοδότηση:** Πολλά συστήματα υγείας συμπληρώνονται με ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης, όπως ιδιωτικές ασφαλίσεις υγείας ή εξοικονόμηση από τα νοικοκυριά για ιατρικές υπηρεσίες.
- **Ενίσχυση της Πρόληψης:** Επενδύσεις στην πρόληψη ασθενειών μπορούν να μειώσουν τα έξοδα της περίθαλψης στο μέλλον. Παρέχοντας ενημέρωση, εμβολιασμούς και προληπτικές εξετάσεις, τα συστήματα υγείας μπορούν να αποφύγουν ανεπιθύμητες επιπτώσεις.
- **Διαχείριση Κόστους:** Ο έλεγχος του κόστους των ιατρικών υπηρεσιών είναι κρίσιμος για την αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος. Αυτό μπορεί να γίνει μέσω της διαπραγμάτευσης με παρόχους υγείας για καλύτερες τιμές ή μέσω της προτίμησης πιο αποδοτικών θεραπειών (Dedewanou et al., 2023).
- **Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού:** Η επένδυση στην εκπαίδευση και επιμόρφωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού βελτιώνει την ποιότητα της φροντίδας και συμβάλλει στην αποτελεσματικότητα του συστήματος.
- **Καινοτομία και Έρευνα:** Η επένδυση σε επιστημονική έρευνα και την ανάπτυξη νέων θεραπειών και τεχνολογιών μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα της φροντίδας και να μειώσει το κόστος μακροπρόθεσμα (Liaropoulos & Goranitis, 2015).

Η βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας απαιτεί συνεχή εκτίμηση, προσαρμογή και στρατηγική προσέγγιση για να διασφαλιστεί ότι οι πολίτες έχουν πρόσβαση σε ποιοτική φροντίδα υγείας χωρίς να επιβαρύνονται υπερβολικά (Habicht et al., 2019).

B) Παροχή Υπηρεσιών και Ισότητα στην Παροχή

Η παροχή υπηρεσιών υγείας και η διασφάλιση της ισότητας σε αυτήν την παροχή αποτελούν σημαντικά ζητήματα για τα συστήματα υγείας. Η ισότητα σημαίνει ότι όλοι οι πολίτες έχουν πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη και υπηρεσίες υγείας χωρίς διακρίσεις, ανεξαρτήτως φύλου, εθνικότητας, κοινωνικοοικονομικού κατάλογου, γεωγραφικής τοποθεσίας και άλλων παραγόντων (MacNaughton, 2011). Ορισμένες πτυχές που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών υγείας και την ισότητα περιλαμβάνουν:

- **Πρόσβαση σε Βασικές Υπηρεσίες:** Όλοι οι πολίτες θα πρέπει να έχουν πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες υγείας, όπως εξετάσεις, εμβολιασμούς, πρόληψη και αποτελεσματική θεραπεία.
- **Διαθεσιμότητα Υποδομών:** Οι υγειονομικές υποδομές πρέπει να είναι διαθέσιμες και προσβάσιμες σε όλες τις περιοχές, συμπεριλαμβανομένων των απομακρυσμένων και αγροτικών περιοχών.
- **Κοινοτικές Ανάγκες:** Η παροχή υπηρεσιών υγείας πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις κοινοτικές ανάγκες και τις ειδικές ανάγκες ευάλωτων ομάδων, όπως παιδιά, ηλικιωμένοι, άτομα με αναπηρίες κ.ά.
- **Ισότητα Φύλου:** Η ισότητα μεταξύ των φύλων πρέπει να διασφαλίζεται σε όλες τις πτυχές της παροχής υπηρεσιών υγείας, από την πρόσβαση σε ενημέρωση και εκπαίδευση ως την παροχή θεραπείας.
- **Οικονομική Ισότητα:** Οι οικονομικές δυνατότητες ενός ατόμου δεν πρέπει να αποτελούν εμπόδιο για την πρόσβαση σε ιατρική φροντίδα και υπηρεσίες υγείας.
- **Πρόληψη και Ενημέρωση:** Η ενημέρωση του κοινού για την πρόληψη ασθενειών και τη σημασία της υγιεινής ζωής είναι σημαντική για τη διατήρηση της υγείας των πολιτών (Abatemarco et al., 2019).

Η διασφάλιση της ισότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας απαιτεί συνεργασία μεταξύ των υγειονομικών αρχών, της κυβέρνησης, του ιατρικού προσωπικού και των κοινοτήτων, προκειμένου να διασφαλιστεί ότι κάθε άτομο έχει πρόσβαση σε ποιοτική και αποτελεσματική φροντίδα υγείας (Williams et al., 2016).

Γ) Πρόσβαση

Η πρόσβαση στην υγεία αναφέρεται στη δυνατότητα και το δικαίωμα κάθε ανθρώπου να έχει πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας, περιλαμβανομένων των ιατρικών εξετάσεων, της θεραπείας, της πρόληψης και των άλλων πτυχών της φροντίδας υγείας. Η πρόσβαση στην υγεία είναι βασικής σημασίας για τη διασφάλιση της ευημερίας και της υγείας των ανθρώπων, καθώς και για την πρόληψη ασθενειών και την αντιμετώπιση ιατρικών προκλήσεων (Tzenios, 2019). Οι παράγοντες που επηρεάζουν την πρόσβαση στην υγεία περιλαμβάνουν:

- **Οικονομικοί Παράγοντες:** Οι οικονομικές δυνατότητες ενός ατόμου επηρεάζουν την ικανότητά του να ανταποκριθεί στα έξοδα υγείας, όπως επισκέψεις σε γιατρούς, φάρμακα και νοσηλεία.

- **Γεωγραφική Τοποθεσία:** Η πρόσβαση στην υγεία μπορεί να διαφέρει ανάλογα με το πού ζει κάποιος, ειδικά σε απομακρυσμένες και αγροτικές περιοχές.
- **Διαθεσιμότητα Υπηρεσιών:** Η πρόσβαση σε ιατρικούς επαγγελματίες, νοσοκομεία, κλινικές και φάρμακα είναι κρίσιμη για την παροχή υπηρεσιών υγείας.
- **Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες:** Οι κοινωνικοί παράγοντες, όπως ο ανθρώπινος πόρος και οι κοινωνικές υποδομές, μπορεί να επηρεάσουν την ικανότητα των ανθρώπων να αξιοποιούν τις υπηρεσίες υγείας.
- **Πρόληψη και Ενημέρωση:** Η πρόληψη ασθενειών μέσω εκστρατειών ενημέρωσης και εκπαίδευσης μπορεί να βελτιώσει την υγεία του πληθυσμού και να μειώσει την ανάγκη για ιατρική περίθαλψη.
- **Πολιτισμικοί Παράγοντες:** Οι πολιτισμικές παραδόσεις και πεποιθήσεις μπορεί να επηρεάσουν την ανταπόκριση των ανθρώπων στις υπηρεσίες υγείας (Coombs et al., 2021).

Η πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη θα πρέπει να είναι ισότιμη και δίκαιη για όλους, ανεξαρτήτως κοινωνικής θέσης ή οικονομικού κατάλογου. Η προώθηση της πρόσβασης στην υγεία απαιτεί συντονισμένες προσπάθειες από τις υγειονομικές αρχές, την κυβέρνηση, το ιατρικό προσωπικό και την κοινότητα, προκειμένου να διασφαλιστεί ότι όλοι έχουν ίση πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και φροντίδας (Levesque et al., 2013).

Δ) Εξειδίκευση

Η εξειδίκευση στον τομέα της υγείας αναφέρεται στην ανάπτυξη και την απόκτηση εξειδικευμένων γνώσεων, δεξιοτήτων και εμπειρίας σε συγκεκριμένους τομείς της υγείας. Αυτό συμπεριλαμβάνει την εξειδίκευση σε συγκεκριμένες ιατρικές ειδικότητες, κλινικές περιοχές, επιστημονικές κατευθύνσεις ή άλλους τομείς που σχετίζονται με την υγεία (Rosen et al., 2018). Οι εξειδικευμένοι επαγγελματίες της υγείας, όπως ιατροί, νοσηλευτές, φαρμακοποιοί και άλλοι, μπορούν να επιλέξουν να εξειδικευθούν σε διάφορους τομείς, όπως:

- **Ιατρικές Ειδικότητες:** Ιατροί μπορούν να εξειδικευτούν σε διάφορες ιατρικές ειδικότητες όπως χειρουργική, παθολογία, γυναικολογία, παιδιατρική, καρδιολογία, ογκολογία και πολλές άλλες.

- **Κλινικές Περιοχές:** Οι επαγγελματίες της υγείας μπορούν να εξειδικευτούν σε συγκεκριμένες κλινικές περιοχές, όπως εντατική θεραπεία, νεφρολογία, ψυχιατρική, ακτινολογία, κλπ..
- **Επιστημονικές Κατευθύνσεις:** Οι ερευνητές και οι επαγγελματίες της υγείας μπορούν να εξειδικευτούν σε επιστημονικούς τομείς όπως επιδημιολογία, βιοϊατρική, φαρμακολογία, μοριακή βιολογία κλπ..
- **Δημόσια Υγεία και Διοίκηση:** Επαγγελματίες υγείας μπορούν να εξειδικευτούν στη διοίκηση υγείας, τη δημόσια υγεία, την υγεία της κοινότητας και την υγειονομική πολιτική.
- **Ψυχολογία και Ψυχιατρική:** Ειδικοί στην ψυχολογία και την ψυχιατρική μπορούν να εξειδικευτούν σε θεραπευτικές τεχνικές, διαγνωστικές μεθόδους και παρεμβάσεις σε ψυχικές διαταραχές (Božić, 2023).

Η εξειδίκευση στον τομέα της υγείας απαιτεί συνήθως επιπλέον κατάρτιση, πρακτική εμπειρία και, σε ορισμένες περιπτώσεις, πιστοποίηση. Η εξειδίκευση βοηθά στη βελτίωση της γνώσης και των δεξιοτήτων, προσφέροντας πιο αποτελεσματική και εξειδικευμένη φροντίδα υγείας (Rosen et al., 2018).

E) Πρόληψη και Δημόσια Υγεία

Η πρόληψη και η δημόσια υγεία αποτελούν σημαντικούς πυλώνες στον τομέα της υγείας, καθώς επιδιώκουν την πρόληψη ασθενειών, την προαγωγή της υγείας και τη βελτίωση της ευημερίας του πληθυσμού. Οι πρακτικές πρόληψης και προώθησης της υγείας επικεντρώνονται στην αναγνώριση και αντιμετώπιση των παραγόντων που μπορούν να προκαλέσουν ασθένειες ή να επηρεάσουν την υγεία των ανθρώπων (Helfer et al., 2020). Οι έννοιες της πρόληψης και της δημόσιας υγείας περιλαμβάνουν τα εξής:

- **Πρωτοβάθμια Πρόληψη:** Αυτή αναφέρεται στην πρόληψη της εμφάνισης μιας ασθένειας ή ενός προβλήματος υγείας. Περιλαμβάνει ενέργειες όπως η προώθηση υγιεινών τρόπων ζωής, η εμβολιασμός, η αποφυγή επικίνδυνων συμπεριφορών και η προστασία από επιβλαβείς παράγοντες (Schaer et al., 2021).
- **Δευτεροβάθμια Πρόληψη:** Αυτή αναφέρεται στην ανίχνευση και την πρόληψη της προόδου μιας ασθένειας που έχει ήδη εκδηλωθεί, αλλά είναι σε πρώιμο στάδιο. Περιλαμβάνει εξετάσεις προληπτικού ελέγχου, όπως μαστογραφίες για τον καρκίνο του μαστού.

- **Τριτοβάθμια Πρόληψη:** Αυτή αναφέρεται στην αντιμετώπιση και την πρόληψη των επιπτώσεων μιας ασθένειας που έχει ήδη αναπτυχθεί, προκειμένου να αποφευχθούν οι επιπλοκές και οι σοβαρές επιπτώσεις.
- **Δημόσια Υγεία:** Η δημόσια υγεία επικεντρώνεται στην προώθηση της υγείας σε ολόκληρο τον πληθυσμό, με έμφαση στην πρόληψη ασθενειών και τη βελτίωση των υγειονομικών συνθηκών μέσω προγραμμάτων και παρεμβάσεων που αφορούν όλη την κοινότητα.
- **Επιδημιολογία:** Η επιδημιολογία είναι η επιστήμη που μελετά τη διασπορά και την ανάπτυξη ασθενειών σε μεγάλες ομάδες ανθρώπων, εστιάζοντας στους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία της πληθυσμιακής ομάδας (Helfer et al., 2020).

Η πρόληψη και η δημόσια υγεία απαιτούν συνεργασία μεταξύ των υγειονομικών αρχών, της κυβέρνησης, του ιατρικού προσωπικού και της κοινότητας, προκειμένου να διασφαλιστεί η ενίσχυση της υγείας και η μείωση των παραγόντων κινδύνου για ασθένειες (Atrash & Carpentier, 2012).

ΣΤ) Ρυθμίσεις Κυβέρνησης

Οι ρυθμίσεις της κυβέρνησης στην υγεία αποτελούν σημαντικά στοιχεία στον τομέα της υγείας, καθώς συνδέονται με την οργάνωση, τη λειτουργία και τη διαχείριση του υγειονομικού συστήματος, καθώς και με την εξασφάλιση υψηλής ποιότητας φροντίδας υγείας για τον πληθυσμό (Leslie et al., 2021). Η κυβέρνηση και ρύθμιση στον τομέα της υγείας περιλαμβάνουν τα εξής:

- **Κυβερνητική Πολιτική Υγείας:** Οι κυβερνήσεις αναπτύσσουν πολιτικές υγείας που καθοδηγούν τη δράση και τις προτεραιότητες στον τομέα της υγείας. Αυτές οι πολιτικές μπορεί να περιλαμβάνουν θέματα όπως η πρόληψη ασθενειών, η πρόσβαση σε φροντίδα υγείας, η εκπαίδευση υγείας και η χρηματοδότηση.
- **Ρύθμιση Υγείας:** Η ρύθμιση αφορά τη θέσπιση κανόνων, κανονισμών και πολιτικών που διέπουν τον τομέα της υγείας. Αυτοί οι κανόνες μπορεί να καλύπτουν την επάρκεια και την ασφάλεια των φαρμάκων, τη λειτουργία των νοσοκομείων, την επαγγελματική πρακτική των ιατρών και άλλων επαγγελματιών της υγείας.
- **Παρακολούθηση Υγείας:** Οι κυβερνήσεις συχνά παρακολουθούν την υγεία του πληθυσμού μέσω στατιστικών δεδομένων και επιδημιολογικών ερευνών,

προκειμένου να ανιχνεύουν τις τάσεις των ασθενειών και να αντιλαμβάνονται τις ανάγκες της κοινότητας.

- **Χρηματοδότηση Υγείας:** Η κυβέρνηση είναι υπεύθυνη για τη χρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών και τη διανομή των πόρων στο σύστημα υγείας. Αυτό περιλαμβάνει τη χρηματοδότηση δημόσιων νοσοκομείων, προγραμμάτων πρόληψης, εκπαίδευσης υγείας και άλλων υγειονομικών δράσεων.
- **Κανονιστικό Πλαίσιο:** Οι κυβερνήσεις εφαρμόζουν νομοθετικά μέτρα που διαμορφώνουν το κανονιστικό πλαίσιο για τη λειτουργία του υγειονομικού συστήματος, την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, την ασφάλεια των ασθενών και άλλες σχετικές πτυχές (Gostin et al., 2019).

Η αποτελεσματική κυβέρνηση και ρύθμιση είναι κρίσιμες για τη διασφάλιση υψηλής ποιότητας φροντίδας υγείας, την πρόληψη ασθενειών και τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού (Porter et al., 2018).

Z) Ποιότητα Φροντίδας Υγείας

Η διασφάλιση υψηλής ποιότητας φροντίδας στην υγεία είναι ζωτική, συμπεριλαμβανομένων των κατάλληλων πρωτοκόλλων και διαδικασιών που εγγυώνται την ασφαλή και αποτελεσματική θεραπεία. Η ποιότητα της φροντίδας υγείας αναφέρεται στην αξιολόγηση της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης και υπηρεσιών υγείας με βάση τα πρότυπα της ασφάλειας, της αποτελεσματικότητας, της αποτελεσματικότητας, της ανθρώπινης ευαισθησίας και της ικανοποίησης των ασθενών. Η ποιότητα είναι κρίσιμη για την εξασφάλιση ότι οι ασθενείς λαμβάνουν ασφαλή, αποτελεσματική και ανθρώπινη φροντίδα (Kourkouta et al., 2021). Τα στοιχεία που συνδέονται με την ποιότητα της φροντίδας υγείας περιλαμβάνουν:

- **Ασφάλεια:** Η φροντίδα υγείας πρέπει να είναι ασφαλής, δηλαδή να μειώνει τον κίνδυνο επιπλοκών, λαθών και ανεπιθύμητων γεγονότων.
- **Αποτελεσματικότητα:** Οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να παρέχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Αυτό σημαίνει ότι οι θεραπείες και οι παρεμβάσεις πρέπει να είναι αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας. Η ποιότητα της φροντίδας υγείας πρέπει να είναι οικονομικά εφικτή και να ανταποκρίνεται στις πόρους που είναι διαθέσιμοι.

- **Ανθρώπινη Ευαισθησία:** Οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να προσαρμόζονται στις ανάγκες και τις προτιμήσεις των ασθενών, λαμβάνοντας υπόψη τα πνευματικά, πολιτιστικά και κοινωνικά στοιχεία.
- **Συνεργασία:** Οι παροχείς υγείας πρέπει να συνεργάζονται αποτελεσματικά για την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας, περιλαμβανομένης της συνεργασίας μεταξύ γιατρών, νοσηλευτών, φαρμακοποιών και άλλων ειδικοτήτων.
- **Ικανοποίηση Ασθενών:** Η ποιότητα της φροντίδας υγείας αξιολογείται επίσης από την ικανοποίηση των ασθενών. Η ανταπόκριση στις ανάγκες των ασθενών και η επικοινωνία είναι σημαντικοί παράγοντες (Hannawa et al., 2022).

Η διασφάλιση υψηλής ποιότητας φροντίδας υγείας απαιτεί τη συνεχή αξιολόγηση, βελτίωση και προσαρμογή των υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με τις εξελίξεις της ιατρικής και τις ανάγκες των ασθενών (Uradhyai et al., 2020).

Η) Κατανομή Επαγγελματιών Υγείας

Η κατανομή των επαγγελματιών υγείας αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο οι διάφοροι επαγγελματίες στον τομέα της υγείας είναι διασπαρμένοι σε διάφορες γεωγραφικές περιοχές και υγειονομικές εγκαταστάσεις. Αυτή η κατανομή είναι σημαντική για τη διασφάλιση ισότιμης πρόσβασης σε φροντίδα υγείας σε όλους τους πληθυσμούς. Οι επαγγελματίες υγείας περιλαμβάνουν μια ευρεία γκάμα ειδικοτήτων, όπως γιατροί, νοσηλευτές, φαρμακοποιοί, οδοντίατροι, εργοθεραπευτές, φυσικοθεραπευτές, ψυχολόγοι, διατροφολόγοι και πολλοί άλλοι. Η κατανομή αυτών των επαγγελματιών συνδέεται με την πολιτική, την οικονομική και την κοινωνική κατάσταση ενός κράτους ή μιας περιοχής (Snow et al., 2013). Ορισμένες παράμετροι που επηρεάζουν την κατανομή των επαγγελματιών υγείας περιλαμβάνουν:

- **Πληθυσμιακή Ζήτηση:** Οι περιοχές με μεγαλύτερο πληθυσμό συνήθως έχουν αυξημένη ζήτηση για επαγγελματίες υγείας. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερη συγκέντρωση επαγγελματιών σε αστικές περιοχές.
- **Οικονομικοί Παράγοντες:** Οι οικονομικές συνθήκες μπορεί να επηρεάσουν την προτίμηση επαγγελματιών υγείας να εργαστούν σε συγκεκριμένες περιοχές. Υψηλότερες αμοιβές και καλύτερες εργασιακές συνθήκες μπορεί να τους προσελκύσουν σε συγκεκριμένες περιοχές.

- **Υποδομές Υγείας:** Η διαθεσιμότητα νοσοκομείων, κλινικών, φαρμακείων και άλλων υγειονομικών εγκαταστάσεων σε μια περιοχή μπορεί να επηρεάσει την κατανομή των επαγγελματιών υγείας.
- **Εκπαίδευση και Κατάρτιση:** Η διαθεσιμότητα προγραμμάτων εκπαίδευσης και κατάρτισης σε συγκεκριμένες περιοχές μπορεί να επηρεάσει τον αριθμό των επαγγελματιών υγείας που είναι διαθέσιμοι.
- **Κοινωνικές Παράμετροι:** Κοινωνικοί παράγοντες όπως ο πολιτισμός, οι προτιμήσεις και οι παραδόσεις μπορούν επίσης να επηρεάσουν την επιλογή των επαγγελματιών υγείας για την εγκατάσταση σε μια περιοχή (Boniol et al., 2022).

Για να διασφαλιστεί η ισότιμη πρόσβαση σε φροντίδα υγείας, είναι σημαντικό να υπάρχει ισορροπημένη κατανομή επαγγελματιών υγείας σε διάφορες περιοχές και να λαμβάνονται μέτρα για την προαγωγή της εγκατάστασης επαγγελματιών σε περιοχές με έλλειψη υγειονομικής κάλυψης (Snow et al., 2013).

Θ) Τεχνολογική Ανάπτυξη

Η τεχνολογική ανάπτυξη έχει έναν σημαντικό αντίκτυπο στον τομέα της υγείας, επηρεάζοντας την παροχή φροντίδας, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την πρόληψη και πολλά άλλα πτυχία της υγείας. Η χρήση νέων τεχνολογιών, όπως η τηλεϊατρική και η ψηφιακή υγεία, μπορεί να βελτιώσει την προσβασιμότητα και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας. Η σύγχρονη τεχνολογία συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας υγείας, την αύξηση της ακρίβειας της διάγνωσης και τη θεραπεία, καθώς και στην προαγωγή της έρευνας στον τομέα της υγείας (Kitsios et al., 2019). Ορισμένοι τρόποι με τους οποίους η τεχνολογία επηρεάζει τον τομέα της υγείας περιλαμβάνουν:

- **Ηλεκτρονική Υγεία (eHealth):** Η ηλεκτρονική υγεία αναφέρεται στη χρήση της τεχνολογίας των πληροφοριών και των επικοινωνιών για τη βελτίωση της παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Περιλαμβάνει ηλεκτρονικά ραντεβού, ηλεκτρονική καρτέλα ασθενούς, τηλεϊατρική και ηλεκτρονική παρακολούθηση (Qureshi et al., 2021).
- **Τηλεϊατρική:** Η τηλεϊατρική επιτρέπει στους ασθενείς να λαμβάνουν φροντίδα υγείας από απόσταση, συνήθως μέσω βιντεοκλήσεων ή άλλων τηλεπικοινωνιακών μέσων. Αυτό είναι ιδιαίτερα χρήσιμο σε απομακρυσμένες

περιοχές ή για ασθενείς με περιορισμένη κινητικότητα (Khemarech et al., 2019).

- **Ψηφιακή Διάγνωση και Θεραπεία:** Οι τεχνολογίες όπως η ψηφιακή εικονική αναπαράσταση και η τεχνητή νοημοσύνη βοηθούν στη βελτίωση της διάγνωσης και της θεραπείας, καθώς μπορούν να αναγνωρίζουν πρότυπα και να παρέχουν προσαρμοσμένες λύσεις (Boniol et al., 2022).
- **Διάδραση Ανθρώπου-Υπολογιστή:** Τα ηλεκτρονικά ιατρικά φυλλάδια, οι εφαρμογές υγείας στα κινητά και άλλες διαδραστικές πλατφόρμες επιτρέπουν στους ασθενείς να αποκτήσουν πρόσβαση σε πληροφορίες και να διαχειρίζονται τη δική τους υγεία.
- **Βιοϊατρική και Υπερ-Εξειδικευμένη Ιατρική:** Η ανάπτυξη νέων τεχνολογιών όπως οι γονιδιακές θεραπείες, η κατασκευή προσαρμοσμένων ιατρικών συσκευών και η χρήση της τεχνητής νοημοσύνης στη διάγνωση επιτρέπουν την εξειδίκευση της φροντίδας υγείας σε ατομικό επίπεδο (Strasser, 2014).

Η τεχνολογική ανάπτυξη συνεχίζει να εξελίσσεται και να επηρεάζει τον τομέα της υγείας, προσφέροντας νέες δυνατότητες για τη βελτίωση της παροχής φροντίδας, την αύξηση της ακρίβειας των θεραπειών και την προώθηση της δημόσιας υγείας (Iyanna et al., 2022).

Συνολικά, τα συστήματα υγείας είναι σύνθετα και πολυποίκιλα, αλλά παραμένουν ζωτικής σημασίας για την ευημερία και την υγεία των κοινωνιών. Η διαρκής προσπάθεια βελτίωσης, προσαρμογής και αντιμετώπισης νέων προκλήσεων αποτελεί βασική αρχή για την αποτελεσματική λειτουργία τους (Κυριαζή & Μπαλτάση, 2015).

1.2 Ο τομέας παιδείας

Ο τομέας παιδείας αναφέρεται στο σύστημα εκπαίδευσης και διδασκαλίας που παρέχεται σε μαθητές και φοιτητές. Το σύστημα εκπαίδευσης και διδασκαλίας αναφέρεται στον οργανωμένο τρόπο με τον οποίο παρέχεται η εκπαίδευση σε μαθητές και φοιτητές. Αποτελείται από μια σειρά διαδικασιών, δομών, προγραμμάτων και πόρων που συνεργάζονται για να παράσχουν την εκπαιδευτική εμπειρία (Clamp & Tarpley, 2023). Κάθε χώρα μπορεί να έχει διαφορετικό σύστημα εκπαίδευσης και διδασκαλίας, αλλά υπάρχουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά που συνήθως περιλαμβάνονται:

- **Επίπεδα Εκπαίδευσης:** Το σύστημα εκπαίδευσης περιλαμβάνει διάφορα επίπεδα, όπως η προσχολική εκπαίδευση, η βασική εκπαίδευση (πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια), και η τριτοβάθμια εκπαίδευση (ανώτατη εκπαίδευση).
- **Δομές Σχολείων και Πανεπιστημίων:** Τα σχολεία και τα πανεπιστήμια αποτελούν τις βασικές δομές του συστήματος. Κάθε δομή έχει τα δικά της προγράμματα και διδακτικούς στόχους.
- **Διδακτικό Προσωπικό:** Οι εκπαιδευτικοί και καθηγητές αποτελούν τον πυρήνα της διδασκαλίας. Αναλαμβάνουν τον ρόλο της διδασκαλίας, της καθοδήγησης και της αξιολόγησης των μαθητών.
- **Προγράμματα Σπουδών:** Τα προγράμματα σπουδών καθορίζουν τα μαθήματα και τα θέματα που θα διδαχθούν σε κάθε επίπεδο εκπαίδευσης.
- **Αξιολόγηση:** Η αξιολόγηση των μαθητών αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο μετράται η κατανόηση και η ανάπτυξή τους σε σχέση με τους στόχους του προγράμματος.
- **Εκπαιδευτικά Υλικά:** Περιλαμβάνουν βιβλία, πολυμέσα, διαδικτυακούς πόρους και άλλα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για τη διδασκαλία και τη μάθηση.
- **Παιδαγωγικές Προσεγγίσεις:** Αναφέρονται στις μεθόδους και τις προσεγγίσεις που χρησιμοποιούνται για να διδαχθούν και να εκπαιδευτούν οι μαθητές (Munna & Kalam, 2021).

Το σύστημα εκπαίδευσης και διδασκαλίας διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στην ανάπτυξη των ατόμων, της κοινωνίας και της οικονομίας. Η διαρκής αναβάθμιση και προσαρμογή του συστήματος είναι σημαντική για να ανταποκριθεί στις αναγκαίες

εκπαιδευτικές απαιτήσεις και προκλήσεις του σύγχρονου κόσμου. Τα επίπεδα εκπαίδευσης αναφέρονται στα διάφορα στάδια ή βαθμίδες της εκπαιδευτικής διαδικασίας. Κάθε επίπεδο αντιπροσωπεύει μια συγκεκριμένη φάση της εκπαίδευσης, με διαφορετικούς στόχους, προγράμματα και προσεγγίσεις (Munna & Kalam, 2021). Τα βασικά επίπεδα εκπαίδευσης συνήθως είναι τα εξής:

- ♦ **Προσχολική Εκπαίδευση:** Αυτό είναι το πρώτο επίπεδο εκπαίδευσης, που περιλαμβάνει την προετοιμασία των παιδιών πριν αρχίσουν το σχολείο. Συνήθως πρόκειται για παιδικούς σταθμούς και νηπιαγωγεία. Η προσχολική εκπαίδευση αναφέρεται στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα και τις δραστηριότητες που παρέχονται σε παιδιά πριν από την ηλικία που εισέρχονται στο δημοτικό σχολείο. Πρόκειται για το πρώτο επίπεδο της εκπαίδευσης και αποσκοπεί στην προετοιμασία των παιδιών για την εκπαίδευση που θα ακολουθήσει. Στόχος της προσχολικής εκπαίδευσης είναι να παρέχει στα παιδιά τις βασικές δεξιότητες, γνώσεις και κοινωνικές ικανότητες που θα τα εξοπλίσουν για την ένταξή τους στο σχολείο και στην κοινωνία γενικότερα. Η προσχολική εκπαίδευση μπορεί να παρέχεται μέσα από παιδικούς σταθμούς, νηπιαγωγεία και προσχολικές τάξεις σε ορισμένα σχολεία. Σε αυτό το επίπεδο, η προσέγγιση είναι παιγνιώδης και βασίζεται στην ενεργό συμμετοχή των παιδιών, ενθαρρύνοντας την αυτονομία, την ανακάλυψη και την πειραματική μάθηση (Baltsavias & Kyridis, 2020).
- ♦ **Βασική Εκπαίδευση (Πρωτοβάθμια):** Η βασική εκπαίδευση, γνωστή και ως πρωτοβάθμια εκπαίδευση, αναφέρεται στο πρώτο επίπεδο της υποχρεωτικής εκπαίδευσης και αποτελεί τη δεύτερη φάση της εκπαίδευσης μετά την προσχολική. Συνήθως καλύπτει την περίοδο από την πρώτη έως την έκτη τάξη του δημοτικού σχολείου, αν και αυτή η διάρκεια μπορεί να διαφέρει ανάλογα με τη χώρα και το εκπαιδευτικό σύστημα. Στόχος της βασικής εκπαίδευσης είναι να παρέχει μια ευρεία γενική εκπαίδευση στα παιδιά, να αναπτύξει τις βασικές γνώσεις και δεξιότητες τους και να τα προετοιμάσει για την είσοδο στο επόμενο επίπεδο της εκπαίδευσης. Σε πολλά εκπαιδευτικά συστήματα, η βασική εκπαίδευση έχει ως στόχο να παρέχει στους μαθητές μια στερεή βάση γνώσεων και δεξιοτήτων που θα τους εφοδιάσει για την

περαιτέρω εκπαίδευση στα ανώτερα επίπεδα. Επιπλέον, η βασική εκπαίδευση βοηθά τα παιδιά να αναπτύξουν τις κοινωνικές, συναισθηματικές και ακαδημαϊκές δεξιότητες που θα χρειαστούν στην πορεία τους (Handrianto et al., 2021).

- ◆ **Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση:** Η δευτεροβάθμια εκπαίδευση είναι το επίπεδο εκπαίδευσης που ακολουθεί τη βασική εκπαίδευση και προηγείται της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Περιλαμβάνει την εκπαίδευση που παρέχεται σε μαθητές και μαθήτριες μετά την ολοκλήρωση της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (συνήθως την ηλικία των περίπου 12 έως 18 ετών). Ανάλογα με το εκπαιδευτικό σύστημα και τη χώρα, η δευτεροβάθμια εκπαίδευση μπορεί να είναι είτε υποχρεωτική είτε μη υποχρεωτική. Στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, οι μαθητές αναπτύσσουν πιο συγκεκριμένες γνώσεις και δεξιότητες, ενώ είναι πιθανό να επιλέξουν συγκεκριμένα κατευθύνσεις που ανταποκρίνονται στα ενδιαφέροντά τους και τις μελλοντικές τους σταδιοδρομίες (Zanden et al., 2021).
- ◆ **Τριτοβάθμια Εκπαίδευση (Ανώτατη Εκπαίδευση):** Η τριτοβάθμια εκπαίδευση, γνωστή και ως ανώτατη εκπαίδευση, αναφέρεται στο υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης που προσφέρεται μετά την ολοκλήρωση της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (λυκείου ή αντίστοιχου). Συνήθως περιλαμβάνει πανεπιστημιακές σπουδές και εκπαιδευτικά ιδρύματα που παρέχουν προχωρημένη εκπαίδευση, ειδικεύσεις και επιστημονική έρευνα. Το επίπεδο της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ποικίλει ανάλογα με τη χώρα, το εκπαιδευτικό σύστημα και το είδος του ιδρύματος. Η τριτοβάθμια εκπαίδευση επιτρέπει στους φοιτητές να εμβαθύνουν σε ένα συγκεκριμένο αντικείμενο και να αποκτήσουν εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες. Επίσης, παρέχει τη δυνατότητα για επιστημονική έρευνα, προηγμένη μάθηση και εξειδίκευση, ενώ συχνά συνδέεται με την προετοιμασία για επαγγελματικές σταδιοδρομίες (Tight, 2018).

Κάθε επίπεδο εκπαίδευσης έχει διαφορετικούς στόχους, προγράμματα, διδακτικούς μεθοδολογίες και αξιολογήσεις. Ο σκοπός της εκπαίδευσης σε κάθε επίπεδο είναι να παράσχει τις αναγκαίες γνώσεις, δεξιότητες και ικανότητες στους

μαθητές και φοιτητές, προετοιμάζοντάς τους για διάφορους τομείς της ζωής, της εργασίας και της κοινωνίας (Grant, 2017). Ο τομέας της παιδείας προσφέρει τις ακόλουθες βασικές υπηρεσίες:

- **Εκπαίδευση:** Παρέχει τη δυνατότητα στους μαθητές και τους φοιτητές να αποκτήσουν γνώσεις, δεξιότητες και ικανότητες σε διάφορα επίπεδα και μαθήματα.
- **Ανάπτυξη:** Εκτός από την απόκτηση γνώσεων, η παιδεία συμβάλλει στην προσωπική, κοινωνική και επαγγελματική ανάπτυξη των ατόμων.
- **Κοινωνικοποίηση:** Η σχολική εμπειρία επιτρέπει στους μαθητές να μάθουν κοινωνικές δεξιότητες και να αλληλεπιδρούν με συμμαθητές και δασκάλους.
- **Προετοιμασία για το μέλλον:** Ο τομέας της παιδείας εξοπλίζει τους νέους με τις γνώσεις και τις δεξιότητες που απαιτούνται για να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις του μέλλοντος και να ενταχθούν στην αγορά εργασίας.
- **Έρευνα και Καινοτομία:** Ο τομέας της παιδείας συμβάλλει στην έρευνα και την ανάπτυξη νέων μεθόδων διδασκαλίας, εκπαιδευτικών υλικών και προγραμμάτων (Ordu, 2021).

Ο τομέας παιδείας υφίσταται διαρκώς εξελίξεις και προκλήσεις, όπως η ανάγκη προσαρμογής στις νέες τεχνολογίες, η προετοιμασία των νέων για την αγορά εργασίας του μέλλοντος, η ενίσχυση της προσβασιμότητας στην εκπαίδευση, και η βελτίωση της ποιότητας της διδασκαλίας (Munna & Kalam, 2021).

Η χρηματοδότηση του τομέα της παιδείας είναι ένας κρίσιμος παράγοντας που επηρεάζει την ποιότητα και την προσβασιμότητα της εκπαίδευσης. Οι πηγές χρηματοδότησης και ο τρόπος χρήσης των πόρων διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στη δυνατότητα των εκπαιδευτικών συστημάτων να ανταποκριθούν στις ανάγκες των μαθητών και των φοιτητών (Bhuiyan, 2019). Ορισμένες πτυχές σχετικά με τη χρηματοδότηση του τομέα παιδείας περιλαμβάνουν:

- **Δημόσιος Προϋπολογισμός:** Οι περισσότερες χώρες χρηματοδοτούν τον τομέα της παιδείας μέσω του δημόσιου προϋπολογισμού. Αυτό περιλαμβάνει την κυβερνητική χρηματοδότηση για σχολεία, πανεπιστήμια και εκπαιδευτικά προγράμματα.
- **Ιδιωτική Χρηματοδότηση:** Σε ορισμένες χώρες, το ιδιωτικό σύστημα εκπαίδευσης λαμβάνει χρηματοδότηση από τους γονείς, τις οικογένειες ή

άλλους ιδιωτικούς φορείς. Αυτό μπορεί να δημιουργήσει ανισότητες στην προσβασιμότητα στην εκπαίδευση.

- **Υποτροφίες και Επιδοτήσεις:** Οι υποτροφίες και οι επιδοτήσεις παρέχονται σε φοιτητές για να βοηθήσουν στην κάλυψη των διδακτικών εξόδων και των δαπανών διαβίωσης.
- **Εσωτερική Χρηματοδότηση των Ιδρυμάτων:** Πανεπιστήμια και άλλα εκπαιδευτικά ιδρύματα μπορεί να λαμβάνουν έσοδα από εσωτερικές πηγές, όπως δίδακτρα, έρευνα και εμπορικές δραστηριότητες.
- **Διεθνείς Οργανισμοί:** Ορισμένες χώρες λαμβάνουν χρηματοδότηση για τον τομέα της παιδείας από διεθνείς οργανισμούς, όπως το Παγκόσμιο Τραπεζικό Σύστημα.
- **Εφαρμογή τεχνολογίας:** Η τεχνολογία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποτελεσματικότητας των εκπαιδευτικών προγραμμάτων, μειώνοντας ταυτόχρονα το κόστος (Abdullah et al., 2017).

Η χρηματοδότηση της παιδείας είναι πολύπλοκη και ποικίλει ανάλογα με τη χώρα και το εκπαιδευτικό σύστημα. Η βέλτιστη χρήση των πόρων είναι ζωτικής σημασίας για τη διασφάλιση της ποιότητας και της ισότητας στην εκπαίδευση (Bhuiyan, 2019).

1.3 Ο τομέας άμυνας

Ο τομέας της άμυνας αναφέρεται στον τομέα της εθνικής ασφάλειας και της προστασίας μιας χώρας ή ενός κράτους από απειλές και εχθρικές ενέργειες. Περιλαμβάνει τις στρατιωτικές, αστυνομικές και πληροφοριακές δραστηριότητες που αποσκοπούν στη διατήρηση της ασφάλειας, την προστασία των πολιτών και την αποτροπή των απειλών (Mitkow et al., 2022). Ο τομέας άμυνας περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία:

- **Στρατιωτικές Δυνάμεις:** Αυτές περιλαμβάνουν τον στρατό, τον αεροπορικό στόλο, το ναυτικό και άλλες στρατιωτικές μονάδες που είναι υπεύθυνες για την άμυνα της χώρας. Οι στρατιωτικές δυνάμεις μπορεί να εμπλακούν σε εθνικές ή διεθνείς επιχειρήσεις.

- **Ασφάλεια:** Πέραν των στρατιωτικών δυνάμεων, ο τομέας άμυνας περιλαμβάνει επίσης τις δυνάμεις ασφαλείας, όπως η αστυνομία, η πυροσβεστική, οι δυνάμεις καταστολής των ταραχών κ.ά.
- **Πληροφορίες και Πληροφοριακή Ασφάλεια:** Ο τομέας της άμυνας ενσωματώνει επίσης τη συλλογή, την ανάλυση και τη διαχείριση πληροφοριών για την πρόληψη και αντιμετώπιση απειλών.
- **Έρευνα και Ανάπτυξη:** Η τεχνολογική ανάπτυξη παίζει ζωτικό ρόλο στον τομέα της άμυνας, καθώς νέες τεχνολογίες και εξοπλισμός συνεισφέρουν στην αποτελεσματικότητα των επιχειρήσεων και την ασφάλεια (Nanto, 2011).

Ο τομέας άμυνας είναι πολύ σημαντικός για την εθνική ασφάλεια, τη σταθερότητα και την προστασία των πολιτών. Ωστόσο, συχνά συνοδεύεται από δεοντολογικά, πολιτικά και διεθνή ζητήματα, καθώς η χρήση της στρατιωτικής δύναμης πρέπει να γίνεται με σύνεση και σεβασμό προς τους νόμους του διεθνούς δικαίου (Žaboklicka, 2020).

Επιπλέον, ο τομέας άμυνας αντιμετωπίζει διάφορες εξελίξεις και προκλήσεις που τον επηρεάζουν:

- **Τεχνολογική Εξέλιξη:** Η τεχνολογία παίζει ζωτικό ρόλο στον τομέα της άμυνας. Νέες τεχνολογίες όπως τα αυτόνομα όπλα, η κυβερνοασφάλεια και η τεχνητή νοημοσύνη έχουν επιπτώσεις στις στρατηγικές και τις τακτικές.
- **Διαχείριση Κρίσεων:** Ο τομέας της άμυνας πρέπει να αντιμετωπίζει ποικίλες κρίσεις, όπως τρομοκρατικές απειλές, φυσικές καταστροφές και παρεμβάσεις σε εσωτερικές συγκρούσεις.
- **Διεθνείς Σχέσεις:** Ο τομέας της άμυνας συνδέεται με τις διεθνείς σχέσεις, την ασφάλεια και την ειρήνη. Η συνεργασία μεταξύ χωρών και διεθνών οργανισμών είναι σημαντική για την αντιμετώπιση κοινών απειλών.
- **Ενεργές Κυβερνοεπιθέσεις:** Ο ψηφιακός χώρος έχει γίνει πεδίο ανταγωνισμού και σύγκρουσης. Ποικίλες επιθέσεις μπορούν να έχουν σοβαρές επιπτώσεις στην ασφάλεια μιας χώρας.
- **Πρόκληση των Νέων Απειλών:** Οι νέες απειλές, όπως η τρομοκρατία και ο κυβερνοεγκληματικός παράγοντας, απαιτούν νέες στρατηγικές και προσεγγίσεις στον τομέα της άμυνας.

- **Ανθρώπινο Δυναμικό:** Ο τομέας της άμυνας απαιτεί εξειδικευμένο ανθρώπινο δυναμικό με τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες (Manyika & McRaven, 2019).

Συνοψίζοντας, ο τομέας άμυνας αντιμετωπίζει συνεχείς προκλήσεις λόγω των αλλαγών στην παγκόσμια γεωπολιτική, της τεχνολογικής εξέλιξης και των νέων απειλών. Η αποτελεσματική διαχείριση αυτών των προκλήσεων απαιτεί συνεργασία, καινοτομία και ανθρώπινο δυναμικό υψηλής εξειδίκευσης (Nanto, 2011).

Η χρηματοδότηση του τομέα άμυνας είναι ένα σημαντικό θέμα για κάθε κράτος, καθώς εξασφαλίζει την ικανότητα της χώρας να αντιμετωπίζει απειλές και να διατηρεί την ασφάλειά της. Ο τομέας άμυνας απαιτεί υψηλή χρηματοδότηση για την αγορά, ανάπτυξη και συντήρηση στρατιωτικού εξοπλισμού, την κατάρτιση του ανθρώπινου δυναμικού και την υποστήριξη των επιχειρήσεων άμυνας (Mitkow et al., 2022). Οι πηγές χρηματοδότησης του τομέα άμυνας περιλαμβάνουν:

- **Δημόσιος Προϋπολογισμός:** Οι περισσότερες χώρες εκχωρούν σημαντικό μέρος του δημόσιου προϋπολογισμού για την άμυνα. Αυτό περιλαμβάνει δαπάνες για στρατιωτικό προσωπικό, εξοπλισμό, έρευνα και ανάπτυξη, υποδομές και άλλες ανάγκες.
- **Πωλήσεις Όπλων και Εξοπλισμού:** Ορισμένες χώρες εξάγουν τον στρατιωτικό εξοπλισμό και τα όπλα που παράγουν, ενισχύοντας έτσι τα έσοδά τους στον τομέα άμυνας.
- **Ιδιωτικές Επενδύσεις:** Ιδιωτικές εταιρείες που ειδικεύονται στην παραγωγή στρατιωτικού εξοπλισμού μπορούν να επενδύουν στην έρευνα και ανάπτυξη νέων τεχνολογιών.
- **Συμμαχίες και Διεθνείς Συνεργασίες:** Ορισμένες χώρες συνεργάζονται με άλλες χώρες για την ανάπτυξη και αγορά στρατιωτικού εξοπλισμού, μειώνοντας έτσι το κόστος και αυξάνοντας την αποτελεσματικότητα.
- **Έσοδα από Διεθνείς Συμβάσεις:** Ορισμένες χώρες μπορεί να λαμβάνουν χρήματα από διεθνείς συμβάσεις για την παροχή υπηρεσιών άμυνας, όπως η εκπαίδευση και η συμβολή σε ειρηνευτικές επιχειρήσεις.
- **Εθνικοί Πόροι:** Ορισμένες χώρες με πλούσιους φυσικούς πόρους μπορεί να χρησιμοποιούν αυτούς τους πόρους για τη χρηματοδότηση του τομέα άμυνας (Zaboklicka, 2020).

Η αποτελεσματική χρηματοδότηση του τομέα άμυνας είναι ζωτικής σημασίας για την διατήρηση της ασφάλειας και της εθνικής άμυνας μιας χώρας (Nanto, 2011). Η χρηματοδότηση του τομέα άμυνας μπορεί να αντιμετωπίζει και ορισμένες προκλήσεις:

- **Οικονομικοί Περιορισμοί:** Η αύξηση των δαπανών στον τομέα άμυνας μπορεί να αντιμετωπίζει αντίσταση λόγω οικονομικών περιορισμών. Οι χώρες πρέπει να βρουν ισορροπία ανάμεσα στις ανάγκες άμυνας και τις οικονομικές προκλήσεις.
- **Τεχνολογικές Αλλαγές:** Ο ταχείας τεχνολογικής αλλαγής και η ανάγκη για συνεχή αναβάθμιση του εξοπλισμού μπορεί να αυξήσει το κόστος της άμυνας.
- **Εξάρτηση από Ιδιωτικές Εταιρείες:** Η συνεργασία με ιδιωτικές εταιρείες για την ανάπτυξη και παραγωγή στρατιωτικού εξοπλισμού μπορεί να οδηγήσει σε εξάρτηση από αυτές και να επηρεάσει την ασφάλεια και την ανεξαρτησία της χώρας.
- **Διαφορετικές Προτεραιότητες:** Οι χώρες πρέπει να αποφασίσουν σε ποιους τομείς της άμυνας θα δώσουν προτεραιότητα, καθώς η χρηματοδότηση είναι περιορισμένη.
- **Διαφάνεια και Δημοκρατικός Έλεγχος:** Οι δαπάνες στον τομέα άμυνας πρέπει να είναι διαφανείς και να υπόκεινται σε δημοκρατικό έλεγχο, προκειμένου να αποφευχθούν περιπτώσεις διαφθοράς και σπατάλης.
- **Διαχείριση Απειλών:** Οι χώρες πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τις σύγχρονες ασύμμετρες απειλές, όπως η τρομοκρατία και οι επιθέσεις (Mitkow et al., 2022).

Η ισορροπία μεταξύ αποτελεσματικής άμυνας και βιώσιμης χρηματοδότησης είναι κρίσιμη για τη διασφάλιση της εθνικής ασφάλειας και σταθερότητας. Η χρηματοδότηση του τομέα άμυνας απαιτεί προσεκτική και στρατηγική προσέγγιση, έτσι ώστε να διασφαλιστεί η ικανότητα της χώρας να προστατεύει την εθνική της ασφάλεια και να αντιμετωπίζει τις σύγχρονες απειλές. Είναι σημαντικό να επιτυγχάνεται ισορροπία μεταξύ της ανάγκης για εξοπλισμό και ανάπτυξη και της βιωσιμότητας των οικονομικών πόρων (Żaboklicka, 2020).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ Η ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΤΟΥ

2.1 Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα είναι ένα σύνθετο δίκτυο υπηρεσιών και δομών που παρέχει υγειονομική περίθαλψη στους πολίτες της χώρας (Σταχτέας & Σταχτέας, 2021). Βασίζεται σε δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες, με στόχο την προστασία της υγείας, την πρόληψη ασθενειών, την παροχή ιατρικής φροντίδας και την προώθηση της ευημερίας του πληθυσμού (Τούντας κ.α., 2020). Τα βασικά στοιχεία του ελληνικού συστήματος υγείας περιλαμβάνουν τα εξής:

- **Οργάνωση και Διαχείριση:** Το ελληνικό σύστημα υγείας διαχωρίζεται σε δημόσιο (Εθνικό Σύστημα Υγείας - ΕΣΥ) και ιδιωτικό τομέα. Το Υπουργείο Υγείας είναι υπεύθυνο για τη διαχείριση και την ανάπτυξη του δημόσιου συστήματος υγείας (Βραχάτης & Παπαδόπουλος, 2012).
- **Δημόσια Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας:** Το εθνικό σύστημα περιλαμβάνει δημόσια νοσοκομεία, κέντρα υγείας και κλινικές που παρέχουν δωρεάν ιατρική φροντίδα στους πολίτες. Οι πολίτες έχουν πρόσβαση σε αυτές τις υπηρεσίες με τη χρήση της υγειονομικής τους κάρτας (Βεριώνης, 2018).
- **Ιδιωτικός Τομέας:** Ο ιδιωτικός τομέας προσφέρει υπηρεσίες υγείας που μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες των πολιτών, είτε μέσω ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών είτε μέσω ιδιωτικών ιατρών (Μιλτιάδης, 2014).
- **Φαρμακευτική Φροντίδα:** Η φαρμακευτική φροντίδα περιλαμβάνει την απονομή φαρμάκων και θεραπειών. Οι πολίτες έχουν πρόσβαση σε φάρμακα με συνταγή και αντικείμενα από τον κατάλογο φαρμακευτικής περίθαλψης του ΕΟΠΥΥ (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας) (Κυριαζή, & Μπαλτάση, 2015).
- **Ασφάλιση και ΕΟΠΥΥ:** Ο ΕΟΠΥΥ είναι υπεύθυνο για την ασφαλιστική κάλυψη των πολιτών και τη διαχείριση των υπηρεσιών υγείας. Οι πολίτες είναι υποχρεωμένοι να είναι ασφαλισμένοι σε έναν από τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης (Κυριαζή, & Μπαλτάση, 2015).

- **Προληπτική Υγεία και Προγράμματα Εμβολιασμού:** Το σύστημα υγείας προάγει προληπτικά μέτρα, όπως προγράμματα εμβολιασμού και ενημέρωση για υγιεινό τρόπο ζωής (ΣΦΕΕ, 2019).
- **Επείγουσα Ιατρική Φροντίδα:** Το σύστημα περιλαμβάνει επίσης υπηρεσίες επείγουσας ιατρικής φροντίδας μέσω νοσοκομείων και ιατρικών κέντρων που προσφέρουν βοήθεια σε περιπτώσεις κρίσιμων ιατρικών αναγκών (Πετρέλης & Δομάγερ, 2018).
- **Διαχείριση Δαπανών:** Οι δημόσιοι πόροι για την υγεία προέρχονται από τον δημόσιο προϋπολογισμό και τις ασφαλιστικές εισφορές. Η διαχείριση αυτών των πόρων είναι σημαντική για τη διασφάλιση της βιωσιμότητας του συστήματος (Μπακόλα κ.α, 2018).

Παρ' όλες τις προόδους, το ελληνικό σύστημα υγείας αντιμετωπίζει προκλήσεις, όπως η αύξηση της ζήτησης, η εξισορρόπηση μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών και η αύξηση της αποδοτικότητας στη χρήση των πόρων (Βραχνέλη, 2017). Ορισμένες από τις βασικές προκλήσεις που αντιμετωπίζει το σύστημα υγείας στην Ελλάδα περιλαμβάνουν:

- **Οικονομικές Προκλήσεις:** Οι οικονομικές προκλήσεις μπορεί να περιορίσουν τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, επηρεάζοντας τη διαθεσιμότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών.
- **Πρόσβαση και Ισότητα:** Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη δεν είναι πάντα ισορροπημένη σε όλες τις περιοχές της χώρας και για όλες τις κοινωνικές ομάδες.
- **Επιβάρυνση του Δημόσιου Συστήματος:** Ορισμένες φορές το δημόσιο σύστημα υγείας μπορεί να αντιμετωπίζει υπερβολικό φόρτο λόγω αυξημένης ζήτησης υπηρεσιών.
- **Πρόκληση του Επαγγελματικού Προσωπικού:** Η διασφάλιση επαρκούς, εκπαιδευμένου και άρτιου επαγγελματικού προσωπικού στον τομέα της υγείας είναι κρίσιμη, αλλά αυτή η πρόκληση μπορεί να αντιμετωπιστεί με δυσκολία.
- **Τεχνολογικές Εξελίξεις:** Οι τεχνολογικές εξελίξεις στην ιατρική μπορεί να είναι δαπανηρές, αλλά ταυτόχρονα απαραίτητες για τη βελτίωση της περίθαλψης.
- **Δημόσια Διαχείριση:** Ορισμένες φορές, η δημόσια διαχείριση μπορεί να αντιμετωπίσει προκλήσεις σε θέματα αποτελεσματικότητας, διαφάνειας και διαχείρισης πόρων (Οικονόμου & Χαρέμης, 2014).

Η βελτίωση του συστήματος υγείας απαιτεί συνεργασία μεταξύ των ενδιαφερόμενων φορέων, πολιτική βούληση, αναπροσαρμογή των δομών και συνεχή προσαρμογή στις ανάγκες του πληθυσμού και των επιστημονικών εξελίξεων (Οικονόμου, 2012). Προς την κατεύθυνση της βελτίωσης του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, μπορούν να ληφθούν υπόψη τα παρακάτω μέτρα:

- ◆ **Ενίσχυση της Πρόληψης:** Επενδύσεις σε εκπαιδευτικές εκστρατείες και προγράμματα πρόληψης που ευαισθητοποιούν το κοινό για υγιεινή διατροφή, άσκηση και αντιμετώπιση ρίσκων όπως το κάπνισμα.
- ◆ **Ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας:** Επένδυση στα κέντρα υγείας και την ιατρική φροντίδα σε τοπικό επίπεδο, για να αντιμετωπίζονται περισσότερα προβλήματα υγείας σε νωρίτερα στάδια.
- ◆ **Ενδυνάμωση των Ανθρωπίνων Πόρων:** Εκπαίδευση και κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας για να διασφαλιστεί η υψηλή ποιότητα και η ασφαλής παροχή υγειονομικής φροντίδας.
- ◆ **Τεχνολογική Αναβάθμιση:** Χρήση της τεχνολογίας για τη βελτίωση της διαχείρισης των ιατρικών εγγράφων, την εξυπηρέτηση των ασθενών μέσω τηλεϊατρικής, και την αύξηση της ακρίβειας στη διάγνωση και θεραπεία.
- ◆ **Ενίσχυση της Ιδιωτικής Συνεισφοράς:** Ενθάρρυνση της ιδιωτικής συνεισφοράς στον τομέα της υγείας με ανάπτυξη ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών.
- ◆ **Βελτίωση της Διοίκησης και Διαχείρισης:** Υιοθέτηση σύγχρονων διαχειριστικών πρακτικών και ψηφιακών λύσεων για αποτελεσματικότερη διαχείριση των υπηρεσιών υγείας.
- ◆ **Προσαρμογή στην Γήρανση του Πληθυσμού:** Λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση των προκλήσεων που προκύπτουν από την αυξανόμενη αναλογία των ηλικιωμένων στον πληθυσμό (Τούντας κ.α., 2020).

Η βελτίωση του συστήματος υγείας αποτελεί σημαντική προτεραιότητα για την προστασία και την προαγωγή της υγείας των πολιτών, ενώ απαιτεί συνεργασία, διαφάνεια και διαρκή προσαρμογή στις συνεχώς μεταβαλλόμενες ανάγκες και προκλήσεις (Καϊτελίδου, 2014).

2.2 Οργανωτική διάρθρωση και φορείς του συστήματος υγείας στην Ελλάδα

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα έχει μια πολύπλοκη οργανωτική διάρθρωση με πολλούς φορείς που συμβάλλουν στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης και διαχείριση του συστήματος (Πιερράκος, 2018). Ορισμένοι από τους βασικούς φορείς του ελληνικού συστήματος υγείας περιλαμβάνουν:

- ◆ **Υπουργείο Υγείας:** Το Υπουργείο Υγείας είναι υπεύθυνο για τον συντονισμό και τη διαχείριση του συστήματος υγείας. Επιβλέπει τη νομοθεσία, τον προγραμματισμό και την πολιτική για τον τομέα της υγείας (Οικονόμου, 2012).
- ◆ **Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ):** Το ΕΣΥ αποτελεί το κύριο δημόσιο σύστημα υγείας στην Ελλάδα. Περιλαμβάνει δημόσια νοσοκομεία, κέντρα υγείας και άλλες δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Ο ΕΟΠΥΥ είναι υπεύθυνος για την ασφάλιση των πολιτών και την οργάνωση της παροχής υπηρεσιών υγείας μέσω του ΕΣΥ (Κυριαζή & Μπαλλάση, 2015).
- ◆ **Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ):** Ο ΕΟΦ είναι υπεύθυνος για την έγκριση, την παρακολούθηση και τον έλεγχο των φαρμάκων που κυκλοφορούν στην αγορά της Ελλάδας (ΕΟΦ, 2017).
- ◆ **Ιατρικοί Σύλλογοι:** Οι ιατρικοί σύλλογοι αντιπροσωπεύουν τους επαγγελματίες υγείας και συμβάλλουν στη διαμόρφωση της επαγγελματικής πολιτικής και των κανονισμών¹.
- ◆ **Περιφερειακές Υπηρεσίες Υγείας (ΠΥΣΠΕ):** Οι ΠΥΣΠΕ αναλαμβάνουν την οργάνωση και την παροχή υπηρεσιών υγείας σε περιφερειακό επίπεδο (Κακαλέτσης κ.α., 2013).
- ◆ **Νοσοκομειακές Επιτροπές Διαχείρισης:** Οι επιτροπές διαχείρισης διοικούν τα νοσοκομεία και επιβλέπουν τη λειτουργία τους.

¹ Ιατρικοί Σύλλογοι. Σελίδα στο διαδίκτυο <https://isx.gr/sites/default/files/%CE%99%CE%91%CE%A4%CE%A1%CE%99%CE%9A%CE%9F%CE%99%20%CE%A3%CE%A5%CE%9B%CE%9B%CE%9F%CE%93%CE%9F%CE%99.pdf>, με ημερομηνία πρόσβασης 1/8/2023

- ◆ **Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία:** Τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία συμβάλλουν στην ιατρική έρευνα και εκπαίδευση, καθώς και στην παροχή υπηρεσιών υγείας (Πιερράκος, 2018).
- ◆ **Ιδιωτικοί Φορείς:** Ο ιδιωτικός τομέας περιλαμβάνει ιδιωτικά νοσοκομεία, κλινικές και ιατρεία που παρέχουν ιατρική φροντίδα με αντάλλαγμα αμοιβή (Μιλτιάδης, 2014).

Αυτοί είναι μερικοί από τους βασικούς φορείς και τμήματα του ελληνικού συστήματος υγείας. Η συνεργασία και η συντονισμένη λειτουργία μεταξύ αυτών των φορέων είναι κρίσιμη για την παροχή υψηλής ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης στον πληθυσμό (Βραχνέλη, 2017). Η συνεργασία και ο συντονισμός μεταξύ αυτών των φορέων είναι κρίσιμα στην εξασφάλιση ομαλής λειτουργίας και αποτελεσματικής παροχής υγειονομικής φροντίδας στον πληθυσμό (Μπουρσανίδης, 2020). Ορισμένοι ακόμη βασικοί φορείς και τμήματα του ελληνικού συστήματος υγείας περιλαμβάνουν:

- ◆ **Κέντρα Υγείας:** Τα κέντρα υγείας αποτελούν βασική ατζέντα της πρωτοβάθμιας φροντίδας, παρέχοντας βασικές υγειονομικές υπηρεσίες και προληπτική φροντίδα.
- ◆ **Ιατροφαρμακευτικό Συγκρότημα:** Αντιπροσωπεύει τους επαγγελματίες της ιατρικής και της φαρμακευτικής περίθαλψης, συμβάλλοντας στη συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών υγείας.
- ◆ **Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Υγείας (ΕΚΕΔΥ):** Ασχολείται με την παρακολούθηση και την αξιολόγηση της δημόσιας υγείας και επιδημιολογικών δεδομένων.
- ◆ **Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης:** Πέρα από τον ΕΟΠΥΥ, υπάρχουν και άλλοι φορείς ασφάλισης που παρέχουν υπηρεσίες υγείας, όπως οι φορείς του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ κ.ά.
- ◆ **Ειδικευμένα Ιατρικά Κέντρα:** Συμπεριλαμβάνουν εξειδικευμένα ιατρικά κέντρα και κλινικές, όπως εκείνα που ασχολούνται με την ογκολογία, την καρδιολογία, την ψυχική υγεία κ.ά.
- ◆ **Επαγγελματικά Ιατρεία και Κέντρα:** Προσφέρουν εξειδικευμένη φροντίδα για συγκεκριμένες επαγγελματικές ανάγκες, όπως ιατρεία εργασίας, ιατρεία αθλητών κ.ά. (Τούντας κ.α., 2020).

- ♦ **Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης (Ε.Φ.Κ.Α.):** Αποτελεί έναν από τους μεγαλύτερες φορείς κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα. Δημιουργήθηκε με σκοπό να διαχειρίζεται τις ασφαλιστικές υποχρεώσεις και δικαιώματα των εργαζομένων, καθώς και των συνταξιούχων και των επαγγελματιών στην Ελλάδα. Ο Ε.Φ.Κ.Α. έχει αναλάβει τον ρόλο του κύριου φορέα για την είσπραξη των ασφαλιστικών εισφορών, τη διαχείριση των ασφαλιστικών δικαιωμάτων, την καταβολή συντάξεων, επιδομάτων ασθενείας και άλλων ασφαλιστικών παροχών. Αυτός ο φορέας είχε δημιουργηθεί από τη συγχώνευση πολλών προϋπαρχόντων ασφαλιστικών οργανισμών, με σκοπό να επιτύχει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και οργάνωση στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης. Ωστόσο, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι μετά από τις ενεργές μεταρρυθμίσεις και αλλαγές στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης της Ελλάδας, ο Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης έχει αναδιοργανωθεί και έχει δημιουργηθεί ένα νέο σύστημα με διάφορους φορείς που διαχειρίζονται τις ασφαλιστικές δικαιώματα και υποχρεώσεις. Αυτό έχει συμβεί με την εφαρμογή της μεταρρύθμισης του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης που αποφασίστηκε με το νόμο 4387/2016 και περιλαμβάνει τη δημιουργία του ΕΦΚΑ (Κουμαριανός, 2017).

Οι πολλοί φορείς και τμήματα αυτού του συστήματος αλληλεπιδρούν για την παροχή ολοκληρωμένης υγειονομικής φροντίδας στον πληθυσμό. Η οργανωτική διάρθρωση είναι πολύπλοκη και ποικίλη και η διαρκής βελτίωση και προσαρμογή απαιτούνται για να αντιμετωπιστούν οι προκλήσεις και να εξασφαλιστεί η υψηλή ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας (Μπουρσανίδης, 2020).

2.3 Χρηματοδότηση συστήματος υγείας στην Ελλάδα

Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα προέρχεται από διάφορες πηγές και μηχανισμούς. Αυτός ο συνδυασμός πόρων εξασφαλίζει τη λειτουργία των νοσοκομείων, των κέντρων υγείας, των ιατρικών υπηρεσιών και άλλων υγειονομικών υποδομών (Μπιτσώρη & Μπαλάσκα, 2016). Ορισμένες από τις κύριες πηγές χρηματοδότησης περιλαμβάνουν:

- ◆ **Δημόσια Χρηματοδότηση:** Η κυβέρνηση είναι υπεύθυνη για την παροχή χρηματοδότησης για το σύστημα υγείας μέσω δημόσιων πόρων, όπως είναι ο προϋπολογισμός του κράτους. Αυτή η χρηματοδότηση καλύπτει τη λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων, κέντρων υγείας και άλλων υπηρεσιών υγείας.
- ◆ **Ασφαλιστικά Ταμεία:** Τα ασφαλιστικά ταμεία, όπως ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) και άλλοι φορείς κοινωνικής ασφάλισης, συνεισφέρουν στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας. Οι εισφορές από τους εργαζόμενους και εργοδότες χρηματοδοτούν τις υπηρεσίες υγείας για τα μέλη τους.
- ◆ **Ιδιωτικές Εισφορές:** Οι πολίτες μπορούν να καλύψουν το κόστος υγειονομικής φροντίδας μέσω ιδιωτικών ασφαλίσεων υγείας ή καταβολής προσωπικών εξόδων για ιατρικές υπηρεσίες.
- ◆ **Επιπλέον Τέλη και Εισφορές:** Σε ορισμένες περιπτώσεις, επιβάλλονται επιπλέον τέλη ή εισφορές για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, όπως τα επισκεπτήρια σε ιατρούς ή τα τέλη νοσηλείας.
- ◆ **Ιδιωτική Χρηματοδότηση:** Οι ιδιώτες μπορούν να χρηματοδοτήσουν τις υγειονομικές υπηρεσίες πληρώνοντας απευθείας για τις ιατρικές εξετάσεις, τη θεραπεία και τα φάρμακα (Μητάκος & Μπογιατζίδης, 2023).

Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας είναι πολύπλοκη και απαιτεί ισορροπημένη προσέγγιση για να διασφαλιστεί η διαθεσιμότητα και η ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών για τον πληθυσμό (Τούντας κ.α., 2020).

Η διαχείριση της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας είναι ένας σύνθετος και δυναμικός διαδικασίας, καθώς οι ανάγκες και οι προκλήσεις στον τομέα της υγείας διαφέρουν και αλλάζουν συνεχώς (Μητάκος & Μπογιατζίδης, 2023). Η βελτιστοποίηση της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας συχνά περιλαμβάνει τις εξής προσεγγίσεις:

- **Αποτελεσματική Διαχείριση Πόρων:** Η αποτελεσματική διαχείριση των χρηματοδοτικών πόρων είναι κρίσιμη για τη μείωση των δαπανών και τη βελτίωση της απόδοσης των υπηρεσιών υγείας.
- **Προτεραιότητες στη Δαπάνη:** Η κατάλληλη ανάθεση πόρων σε πεδία όπως η πρόληψη, η πρωτοβάθμια φροντίδα, η εξειδικευμένη ιατρική

περίθαλψη και η ψυχική υγεία μπορεί να βοηθήσει στην επίτευξη μιας ισορροπημένης παροχής υγειονομικής περίθαλψης.

- **Προαγωγή της Πρόληψης:** Επενδύσεις σε προληπτικά προγράμματα υγείας μπορούν να μειώσουν τις δαπάνες σε μελλοντική φάση, αναχαιτίζοντας την εξάπλωση ασθενειών.
- **Ενθάρρυνση της Ιδιωτικής Συνεισφοράς:** Η προώθηση της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας και της ιδιωτικής φροντίδας μπορεί να αποφορτίσει το δημόσιο σύστημα και να παρέχει επιπρόσθετες πηγές χρηματοδότησης.
- **Ανάπτυξη Διαφάνειας:** Η διαφάνεια στη χρηματοδότηση και διαχείριση του συστήματος υγείας μπορεί να διασφαλίσει ότι οι πόροι διατίθενται σωστά και ότι υπάρχει αντίστοιχη ανταπόκριση.
- **Επενδύσεις στην Υποδομή και Τεχνολογία:** Η αναβάθμιση των ιατρικών εγκαταστάσεων και η εισαγωγή τεχνολογικών καινοτομιών μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα των υπηρεσιών και να εξοικονομήσει χρόνο και πόρους (Μπιτσώρη & Μπαλάσκα, 2016).

Η διασφάλιση μιας βιώσιμης και αποτελεσματικής χρηματοδότησης είναι ζωτικής σημασίας για τη δυνατότητα παροχής υψηλής ποιότητας υγειονομικής φροντίδας στους πολίτες. Η διασφάλιση μιας βιώσιμης και αποτελεσματικής χρηματοδότησης στον τομέα της υγείας απαιτεί προσεκτικό σχεδιασμό, διαφάνεια, και διαρκή παρακολούθηση. Οι προκλήσεις περιλαμβάνουν την αντιμετώπιση των αυξανόμενων αναγκών υγείας του πληθυσμού, την αναπροσαρμογή στις επιπτώσεις της τεχνολογίας, και την αντιμετώπιση των οικονομικών περιορισμών (Τούντας κ.α., 2020). Ορισμένα βήματα για την επίτευξη αποτελεσματικής και βιώσιμης χρηματοδότησης περιλαμβάνουν:

- **Στρατηγικός Σχεδιασμός:** Η κυβέρνηση και οι αρμόδιοι φορείς πρέπει να αναπτύξουν έναν στρατηγικό σχεδιασμό για την υγειονομική περίθαλψη που θα λαμβάνει υπόψη τις μελλοντικές ανάγκες του πληθυσμού και τις επιπτώσεις της τεχνολογίας.
- **Διαφάνεια και Διαχείριση Ρίσκου:** Η διαφάνεια στις δημοσιονομικές διαδικασίες και η αποτελεσματική διαχείριση του ρίσκου μπορούν να βοηθήσουν στην αποτροπή διασποράς πόρων.

- **Καινοτομία στην Παροχή Υπηρεσιών:** Η χρήση της τεχνολογίας και η εφαρμογή καινοτόμων μοντέλων παροχής υπηρεσιών μπορούν να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα και να μειώσουν το κόστος.
- **Προτεραιότητα στην Πρόληψη:** Ο επενδυτικός προσανατολισμός προς την πρόληψη μπορεί να μειώσει τις δαπάνες σε μελλοντικό χρόνο, αποτρέποντας την εξάπλωση ασθενειών.
- **Ενίσχυση της Δημόσιας και Ιδιωτικής Συνεργασίας:** Η συνεργασία μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα μπορεί να δημιουργήσει νέες πηγές χρηματοδότησης και να βελτιώσει την παροχή υπηρεσιών.
- **Παρακολούθηση και Αξιολόγηση:** Ο συνεχής έλεγχος και η αξιολόγηση των δημοσιονομικών και λειτουργικών αποτελεσμάτων μπορούν να βοηθήσουν στην προσαρμογή της χρηματοδότησης σύμφωνα με τις ανάγκες (Μπιτσώρη & Μπαλάσκα, 2016).

Η διασφάλιση βιώσιμης και αποτελεσματικής χρηματοδότησης απαιτεί συνεργασία μεταξύ πολλών φορέων, σωστή διαχείριση των πόρων και προορατική προσέγγιση για την αντιμετώπιση των προκλήσεων στον τομέα της υγείας. Η διασφάλιση βιώσιμης και αποτελεσματικής χρηματοδότησης στον τομέα της υγείας είναι ένα συνεχής και πολυπαραγοντικός επαγγελματικός και πολιτικός προσανατολισμός. Είναι απαραίτητο να διασφαλιστεί ότι οι πόροι διατίθενται αποτελεσματικά, οι ανάγκες του πληθυσμού καλύπτονται και η ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας διατηρείται σε υψηλά επίπεδα (Τούντας κ.α., 2020).

1. **Εκπαίδευση και Κατάρτιση:** Η εκπαίδευση και κατάρτιση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε σύγχρονες πρακτικές και τεχνολογίες μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα της φροντίδας και να μειώσει τα ιατρικά λάθη.
2. **Αναθεώρηση της Χρηματοδοτικής Πολιτικής:** Η τακτική αναθεώρηση της χρηματοδοτικής πολιτικής βοηθά στην προσαρμογή της στις αναγκαίες αλλαγές και προκλήσεις.
3. **Προσέγγιση Βάσει Αποτελεσμάτων:** Η χρηματοδότηση μπορεί να είναι ευέλικτη και να στηρίζεται στα αποτελέσματα, με επιβραβεύσεις για την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας.
4. **Συμμετοχή του Κοινού:** Η συμμετοχή των πολιτών και των ενδιαφερομένων μπορεί να βοηθήσει στον καθορισμό των

προτεραιοτήτων και να διασφαλίσει την διαφάνεια της χρηματοδότησης.

5. **Έρευνα και Καινοτομία:** Η επένδυση σε έρευνα και καινοτομία μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη νέων τεχνολογιών, θεραπειών και προσεγγίσεων που μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης και να μειώσουν το κόστος.
6. **Παγκόσμια Συνεργασία:** Η συνεργασία μεταξύ χωρών και διεθνών οργανισμών μπορεί να συμβάλει στον κοινό στόχο της βελτίωσης της υγειονομικής περίθαλψης και της διασφάλισης της βιωσιμότητας των συστημάτων υγείας.
7. **Διαχείριση Κρίσεων:** Η ικανότητα αντιμετώπισης και διαχείρισης κρίσεων όπως πανδημίες, φυσικές καταστροφές και άλλες εκτάκτου ανάγκης καθορίζει την αντοχή του συστήματος υγείας (Μπιτσώρη & Μπαλάσκα, 2016).

Οι προσεγγίσεις αυτές απαιτούν συνεχή παρακολούθηση, προσαρμογή και συνεργασία μεταξύ πολλών ενδιαφερομένων, συμπεριλαμβανομένων της κυβέρνησης, των επαγγελματιών υγείας, των ασφαλιστικών φορέων, του κοινού και άλλων φορέων της κοινωνίας. Η σωστή διαχείριση και χρηματοδότηση του συστήματος υγείας είναι αναγκαία για τη διασφάλιση υψηλής ποιότητας φροντίδας και την προστασία της υγείας του πληθυσμού. Ένα καλά διαχειριζόμενο και βιώσιμο σύστημα υγείας επιτρέπει την παροχή αποτελεσματικών και προσβάσιμων υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες, ενώ ταυτόχρονα ανταποκρίνεται στις συνεχείς ανάγκες και αλλαγές στον τομέα της υγείας (Τούντας κ.α., 2020). Κάποιες από τις κύριες πτυχές που διασφαλίζονται μέσω σωστής διαχείρισης και χρηματοδότησης του συστήματος υγείας περιλαμβάνουν:

- *Προσβασιμότητα:* Το σύστημα πρέπει να είναι προσβάσιμο σε όλους τους πολίτες, ανεξαρτήτως οικονομικής κατάστασης, εθνικότητας, ηλικίας και άλλων παραμέτρων.
- *Ποιότητα Φροντίδας:* Η παρεχόμενη φροντίδα πρέπει να είναι υψηλής ποιότητας, ασφαλής και αποτελεσματική, με σεβασμό προς τις καλύτερες διαθέσιμες πρακτικές.
- *Κάλυψη Αναγκών:* Το σύστημα πρέπει να μπορεί να ανταποκρίνεται στις αναγκαίες υπηρεσίες και παρεχόμενες

προσεγγίσεις περίθαλψης που καλύπτουν το πλήθος των ιατρικών αναγκών.

- *Βιώσιμη Χρηματοδότηση*: Η χρηματοδότηση πρέπει να είναι βιώσιμη και να διασφαλίζει τη συνεχή λειτουργία του συστήματος χωρίς υπερβολικές οικονομικές πιέσεις.
- *Καινοτομία και Ανάπτυξη*: Η δυνατότητα εφαρμογής νέων τεχνολογιών, θεραπειών και πρακτικών είναι απαραίτητη για την εξέλιξη της ιατρικής και τη βελτίωση των αποτελεσμάτων.
- *Πρόληψη και Προαγωγή*: Η δυνατότητα να επενδύσει το σύστημα σε προληπτικές προσεγγίσεις μπορεί να μειώσει την εμφάνιση σοβαρών ασθενειών (Μητάκος & Μπογιατζίδης, 2023).

Συνολικά, η ορθή διαχείριση και χρηματοδότηση του συστήματος υγείας είναι κρίσιμη για τη διασφάλιση της καλής υγείας και της ευημερίας του πληθυσμού, εξασφαλίζοντας παράλληλα την βιωσιμότητα και ανάπτυξη του συστήματος υγείας (Μπιτσώρη & Μπαλάσκα, 2016).

2.4 Δημόσιες δαπάνες του συστήματος υγείας στην Ελλάδα

2.4.1 Εννοιολογικό περιεχόμενο και χαρακτηριστικά των δημοσίων δαπανών υγείας

Οι δημόσιες δαπάνες του συστήματος υγείας στην Ελλάδα αποτελούν σημαντικό τμήμα του γενικού δημοσιονομικού προϋπολογισμού και αφορούν τις δαπάνες που διατίθενται για την παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες. Οι δημόσιες δαπάνες στον τομέα της υγείας περιλαμβάνουν τα έξοδα για τη λειτουργία των νοσοκομείων, των κέντρων υγείας, την αποζημίωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, την αγορά φαρμάκων και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, καθώς και τις επενδύσεις στην υγειονομική υποδομή (Σίσκου κ.α., 2008).

Οι δημόσιες δαπάνες υγείας παίζουν κρίσιμο ρόλο στη διασφάλιση υψηλής ποιότητας φροντίδας υγείας για τον πληθυσμό. Μέσω αυτών των δαπανών, η κυβέρνηση παρέχει τα απαραίτητα οικονομικά μέσα για τη λειτουργία και την αναβάθμιση των υγειονομικών υπηρεσιών και τη διασφάλιση της προσβασιμότητας

του πληθυσμού σε αυτές (Πεχλιβανίδου, 2017). Επίσης, μέσω των δημόσιων δαπανών υγείας, μπορούν να προωθούνται προγράμματα πρόληψης, εκπαίδευσης και ενημέρωσης σχετικά με την υγεία. Η διαχείριση και ανάλυση των δημόσιων δαπανών υγείας είναι σημαντικές για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του υγειονομικού συστήματος και την προσαρμογή της πολιτικής υγείας για την καλύτερη εξυπηρέτηση των αναγκών του πληθυσμού (Μπακόλα κ.α., 2018).

Το ύψος των δαπανών υγείας αποτελεί έναν σημαντικό και ευρέως χρησιμοποιούμενο δείκτη για την αξιολόγηση της ποιότητας και της προσβασιμότητας των υγειονομικών υπηρεσιών σε μια χώρα. Αν και το ύψος των δαπανών δεν είναι ο μόνος παράγοντας που επηρεάζει την υγεία του πληθυσμού, αποτελεί έναν σημαντικό δείκτη της δέσμευσης και της προτεραιότητας που αποδίδει μια κυβέρνηση στην παροχή φροντίδας υγείας στους πολίτες της. Ακόμη, μπορεί να επηρεάζει πολλούς παράγοντες, όπως την ποιότητα και τη διαθεσιμότητα των ιατρικών υπηρεσιών, την προσβασιμότητα σε φάρμακα και ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, καθώς και την ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης και ευαισθητοποίησης σχετικά με την υγεία (Ζηκίδου, 2020).

Με γνώμονα τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), ο δείκτης «δαπάνες υγείας» αναφέρεται στο ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ) που δαπανάται για την υγεία. Αυτός ο δείκτης μετρά τον συνολικό οικονομικό όγκο που διατίθεται για υπηρεσίες υγείας σε σχέση με το συνολικό ΑΕΠ της χώρας και εκφράζεται συνήθως σε ποσοστιαία μορφή. Ο δείκτης δαπανών υγείας είναι ένας κρίσιμος δείκτης για την αξιολόγηση της προτεραιότητας που δίνει μια κοινωνία στη φροντίδα της υγείας των πολιτών της. Υψηλά ποσοστά δαπανών υγείας συνήθως υποδεικνύουν ότι η χώρα επενδύει σημαντικούς πόρους στη βελτίωση του υγειονομικού συστήματος και στην προστασία της υγείας του πληθυσμού (Ρεκλέτη κ.α., 2012).

Επιπρόσθετα, όσον αφορά τα ποσοστά του ΑΕΠ που δαπανώνται για την υγεία, εξαρτώνται από την κατάσταση που επικρατεί στην οικονομία. Σε περιόδους οικονομικής ύφεσης και περιορισμένων δημοσιονομικών πόρων, οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία μπορεί να μειώνονται, ενώ σε περιόδους οικονομικής ανάκαμψης και αύξησης των πόρων, μπορεί να αυξάνονται. Αυτή η κυκλική δυναμική συνδέεται συχνά με τις προσπάθειες των κυβερνήσεων να διαχειριστούν τον προϋπολογισμό της χώρας και να εξασφαλίσουν την οικονομική σταθερότητα. Ωστόσο, αυτές οι αυξομειώσεις μπορεί να επηρεάσουν την ποιότητα και την προσβασιμότητα της

υγειονομικής περίθαλψης και να έχουν επιπτώσεις στην ευημερία του πληθυσμού (Ζηκίδου, 2020).

Ένα υψηλό ποσοστό του ΑΕΠ που διατίθεται για την υγεία συνήθως υποδεικνύει μια πιο εξελιγμένη υγειονομική υποδομή, καλύτερη πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη και περισσότερες δυνατότητες πρόληψης. Ωστόσο, είναι επίσης σημαντικό να λαμβάνονται υπόψη και άλλοι παράγοντες, όπως η αποτελεσματική διαχείριση των πόρων, η ισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και η ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών, προκειμένου να εξασφαλίζεται η βιωσιμότητα και η αποτελεσματικότητα του υγειονομικού συστήματος (Μπακόλα κ.α., 2018).

2.4.2 Δαπάνες υγείας και χρηματοδότηση

Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα υπόκεινται σε διάφορες παράγοντες και μπορεί να έχουν διαφορετικές πηγές χρηματοδότησης (Κουκουφίλιππου κ.α., 2016). Ορισμένοι από αυτούς τους παράγοντες περιλαμβάνουν:

- **Δημόσιος Προϋπολογισμός:** Ο κυριότερος παράγοντας χρηματοδότησης είναι ο δημόσιος προϋπολογισμός. Οι κυβερνητικές αρχές διαθέτουν κονδύλια από τον γενικό δημοσιονομικό προϋπολογισμό για να καλύψουν τις δαπάνες του συστήματος υγείας.
- **Κοινωνικές Ασφαλίσεις:** Η κοινωνική ασφάλιση, όπως η ασφάλιση υγείας και η ασφάλιση συνταξιοδοτικών δικαιωμάτων, μπορεί να παρέχει πόρους για το σύστημα υγείας.
- **Εισφορές Ασφαλιστρών:** Οι εισφορές που καταβάλλουν οι ασφαλισμένοι και οι εργοδότες συνιστούν σημαντική πηγή χρηματοδότησης του συστήματος υγείας.
- **Ευρωπαϊκά Κονδύλια:** Η Ευρωπαϊκή Ένωση παρέχει κονδύλια για την ανάπτυξη του υγειονομικού συστήματος σε διάφορες χώρες μέλη, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας.
- **Ιδιωτική Χρηματοδότηση:** Οι πολίτες μπορούν να καλύψουν μέρος των δαπανών τους για υγειονομική περίθαλψη μέσω ιδιωτικών ασφαλίσεων ή πληρώνοντας απευθείας για υπηρεσίες υγείας (Γιαννακάκου, 2018).

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας είναι ένα πολύπλοκο θέμα και ποικίλει ανάλογα με τις πολιτικές, οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες της κάθε χώρας. Είναι σημαντικό να διατηρείται ένας σταθερός και βιώσιμος προϋπολογισμός για την υγεία, ανεξαρτήτως της οικονομικής κατάστασης. Η υγεία του πληθυσμού αποτελεί κρίσιμη παράμετρο για την αειφορία και την ανάπτυξη μιας χώρας, και οι επενδύσεις στον τομέα της υγείας πρέπει να αντιμετωπίζονται ως μακροπρόθεσμη επένδυση για το καλό της κοινωνίας (Χαλκιά & Βαρακλιώτη, 2015).

2.4.3 Κατηγορίες δημοσίων δαπανών για την υγεία

Οι δημόσιες δαπάνες υγείας διακρίνονται σε τρεις βασικές κατηγορίες, οι οποίες φέρουν συγκεκριμένα βασικά χαρακτηριστικά, όπως:

1. Ιατρικές δαπάνες. Οι ιατρικές δαπάνες αναφέρονται στις δαπάνες που σχετίζονται με την παροχή ιατρικής φροντίδας και υπηρεσιών σε ασθενείς που είναι κάτοικοι της χώρας όπου λαμβάνουν τη φροντίδα. Οι ιατρικές δαπάνες αναφέρονται στα χρηματικά ποσά που καταβάλλονται για τη λήψη ιατρικής φροντίδας, ιατρικών υπηρεσιών, φαρμάκων και άλλων σχετικών υπηρεσιών που συνδέονται με την διατήρηση και την ανάκτηση της υγείας (Γιαννακάκου, 2018). Αυτές οι δαπάνες μπορεί να περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- **Ιατρικές Εξετάσεις:** Τα έξοδα για επισκέψεις σε γιατρούς, ειδικούς, εξετάσεις, διαγνωστικά τεστ, ακτινογραφίες και άλλες ιατρικές εξετάσεις.
- **Νοσοκομειακή Φροντίδα:** Τα έξοδα για νοσηλεία, χειρουργικές επεμβάσεις, επείγουσες επεμβάσεις και κλινικές περίθαλψης σε νοσοκομεία και άλλες υγειονομικές εγκαταστάσεις.
- **Φάρμακα:** Το κόστος για την αγορά συνταγογραφούμενων και αντυικών φαρμάκων.
- **Θεραπευτικές Παρεμβάσεις:** Τα έξοδα για φυσιοθεραπεία, ψυχοθεραπεία, εργοθεραπεία και άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις.

- **Οδοντιατρική Φροντίδα:** Τα έξοδα για οδοντιατρικές εξετάσεις, καθαρίσματα, ορθοδοντική αγωγή, εμφυτεύματα κ.ά.
- **Οφθαλμολογική Φροντίδα:** Τα έξοδα για εξετάσεις από οφθαλμιάτρους, γυαλιά, φακούς επαφής και ενδεχομένως χειρουργικές επεμβάσεις.
- **Ψυχική Υγεία:** Τα έξοδα για επισκέψεις σε ψυχοθεραπευτές, ψυχιάτρους και τη χρήση ψυχοφαρμάκων (Μπακόλα κ.α., 2018).

Οι ιατρικές δαπάνες μπορεί να επηρεάζονται από τον τρόπο ασφάλισης, το επίπεδο της υγείας του πληθυσμού, τον τύπο του συστήματος υγείας, τον τύπο της προσφερόμενης φροντίδας και πολλούς άλλους παράγοντες (Πεχλιβανίδου, 2017). Στην Ελλάδα, οι ιατρικές δαπάνες αντιπροσωπεύουν το σύνολο των χρηματικών πόρων που δαπανώνται για την παροχή ιατρικής φροντίδας και υγειονομικών υπηρεσιών στον πληθυσμό. Αυτές οι δαπάνες περιλαμβάνουν τα έξοδα που καταβάλλονται από τον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, καθώς και από τους ίδιους τους ασθενείς (de la Maisonneuve et al., 2016). Οι ιατρικές δαπάνες στην Ελλάδα μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής:

- ◆ **Δημόσια Δαπάνη Υγείας:** Περιλαμβάνει τα έξοδα που καταβάλλονται από το κράτος για τη λειτουργία, τη συντήρηση και τη βελτίωση του δημόσιου συστήματος υγείας, καθώς και για την παροχή δωρεάν ιατρικής περίθαλψης σε πολίτες που καλύπτονται από το δημόσιο σύστημα υγείας.
- ◆ **Ιδιωτική Δαπάνη Υγείας:** Αναφέρεται στα έξοδα που καταβάλλονται από ιδιώτες πολίτες ή ιδιωτικούς φορείς για ιατρική περίθαλψη, φάρμακα, ιατρικές εξετάσεις και άλλες υγειονομικές υπηρεσίες.
- ◆ **Άμεσες Δαπάνες από τους Ασθενείς:** Περιλαμβάνουν το ποσό που πληρώνει άμεσα ο ασθενής για ιατρικές υπηρεσίες, φάρμακα, εξετάσεις και νοσηλεία (Γιαννακάκου, 2018).

2. Ενδο-νοσοκομειακές δαπάνες. Οι ενδο-νοσοκομειακές δαπάνες αναφέρονται στα έξοδα που σχετίζονται με τη νοσηλεία και τη φροντίδα ασθενών σε νοσοκομεία και άλλες υγειονομικές εγκαταστάσεις. Αυτές οι δαπάνες

περιλαμβάνουν τα έξοδα που συνδέονται με την παροχή ιατρικής φροντίδας, νοσηλείας, εξετάσεων, φαρμάκων και άλλων υπηρεσιών κατά τη διάρκεια της διαμονής τους στο νοσοκομείο (Ζηκίδου, 2020). Οι ενδονοσοκομειακές δαπάνες μπορούν να περιλαμβάνουν τα εξής:

- ◆ **Νοσηλευτική Φροντίδα:** Το κόστος για την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας από ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, περιλαμβανομένων των περιποιήσεων, των ελέγχων των συμπτωμάτων και των φαρμακευτικών αγωγών.
- ◆ **Ιατρική Φροντίδα:** Τα έξοδα για τις ιατρικές εξετάσεις, τη διάγνωση, τον προγραμματισμό της θεραπείας και την παρακολούθηση της εξέλιξης της πάθησης.
- ◆ **Διαγνωστικές Εξετάσεις:** Το κόστος για διάφορες διαγνωστικές εξετάσεις, όπως ακτινογραφίες, υπερήχους, αιματολογικές εξετάσεις, βιοχημικές αναλύσεις κ.ά.
- ◆ **Χειρουργικές Επεμβάσεις:** Το κόστος για την πραγματοποίηση χειρουργικών επεμβάσεων, τη χρήση εξοπλισμού και την αναισθησία.
- ◆ **Φάρμακα και Ιατροτεχνολογικές Εξετάσεις:** Τα έξοδα για την προμήθεια φαρμάκων, ιατροτεχνολογικών συσκευών και εξετάσεων.
- ◆ **Υπηρεσίες Υποστήριξης:** Τα έξοδα για ψυχολογική υποστήριξη, διατροφή, φυσικοθεραπεία και άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις (Μπακόλα κ.α., 2018).

Οι ενδονοσοκομειακές δαπάνες είναι σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τη χρηματοδότηση και την παροχή ιατρικής φροντίδας σε νοσοκομεία και υγειονομικές εγκαταστάσεις. Οι πολιτικές και οικονομικές αποφάσεις που λαμβάνονται σε αυτόν τον τομέα έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας και την πρόσβαση των ασθενών σε αυτήν (de la Maisonneuve et al., 2016).

3. Φαρμακευτικές δαπάνες. Οι φαρμακευτικές δαπάνες αναφέρονται στα έξοδα που σχετίζονται με την αγορά και τη χρήση φαρμάκων για θεραπευτικούς σκοπούς. Αυτές οι δαπάνες περιλαμβάνουν το ποσό που δαπανάται για την αγορά συνταγογραφούμενων και αντικών φαρμάκων, τις ιατρικές συνταγές, καθώς και τις διάφορες υπηρεσίες και εξετάσεις που συνδέονται με τη

φαρμακευτική φροντίδα (Κουκουφιλίππου κ.α., 2016). Οι φαρμακευτικές δαπάνες μπορούν να περιλαμβάνουν τα εξής:

- ◆ **Συνταγογραφούμενα Φάρμακα:** Το κόστος για την αγορά φαρμάκων που απαιτούν συνταγή από ιατρό.
- ◆ **Αντικά Φάρμακα:** Τα έξοδα για την αγορά φαρμάκων που πωλούνται χωρίς συνταγή, όπως αναλγητικά, αντιυπερτικά κ.ά.
- ◆ **Γενόσημα Φάρμακα:** Τα έξοδα για την αγορά φαρμάκων που έχουν αντίστοιχη δραστική ουσία με τα εμπορικά φάρμακα, αλλά είναι πιο οικονομικά.
- ◆ **Φαρμακευτική Δαπάνη για Χρόνιες Παθήσεις:** Το κόστος για την αγορά φαρμάκων που απαιτούνται για τη διαχείριση χρόνιων ασθενειών.
- ◆ **Φαρμακευτικές Θεραπείες:** Τα έξοδα για ειδικές φαρμακευτικές θεραπείες, όπως χημειοθεραπείες, ανοσοθεραπείες κ.ά.
- ◆ **Ειδικά Φάρμακα:** Το κόστος για φάρμακα που παρέχονται για σπάνιες ασθένειες ή ασθενείς με ειδικές ανάγκες (Πεχλιβανίδου, 2017).

Ο υπολογισμός των συνολικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα είναι ένα σύνθετο καθήκον που απαιτεί συγκέντρωση δεδομένων από διάφορες πηγές και τον συνδυασμό πληροφοριών από διάφορους τομείς του συστήματος υγείας. Τα δεδομένα αυτά περιλαμβάνουν τις δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες, τις ενδονοσοκομειακές δαπάνες, τις δαπάνες για φαρμακευτική φροντίδα, την πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, και πολλούς άλλους παράγοντες (Ζηκίδου, 2020). Οι πηγές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον υπολογισμό των συνολικών δαπανών υγείας περιλαμβάνουν:

- *Κρατικά Υγειονομικά Στατιστικά:* Οι εθνικές αρχές υγείας συνήθως συγκεντρώνουν και δημοσιεύουν στατιστικά στοιχεία σχετικά με τις δημόσιες δαπάνες υγείας.
- *Υπουργείο Οικονομικών:* Οι δαπάνες του κράτους για την υγεία μπορούν να προκύψουν από τα δεδομένα που παρέχονται από το Οικονομικό Υπουργείο.

- *Υγειονομικοί Φορείς και Νοσοκομεία:* Οι δαπάνες των νοσοκομείων και άλλων υγειονομικών φορέων μπορεί να προκύψουν από τους προϋπολογισμούς και τα οικονομικά των φορέων αυτών.
- *Ερευνητικά Ινστιτούτα:* Ορισμένα ερευνητικά ινστιτούτα μπορεί να ασχολούνται με την ανάλυση των δαπανών υγείας.
- *Ιδιωτικές Εταιρείες και Φορείς:* Ιδιωτικοί φορείς υγείας και φαρμακευτικές εταιρείες μπορούν να παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τις ιδιωτικές δαπάνες (Κουκουφιλίππου κ.α., 2016).

Για την πλήρη και ακριβή ανάλυση των συνολικών δαπανών υγείας, είναι συχνά απαραίτητο να συνδυαστούν δεδομένα από πολλές πηγές και να εκτελεστούν αναλύσεις για την κατηγοριοποίηση και τον υπολογισμό των δαπανών σε διάφορους τομείς και κατηγορίες (de la Maisonneuve et al., 2016).

2.4.4 Παράγοντες επίδρασης των δημοσίων δαπανών του συστήματος υγείας στην Ελλάδα

Οι δημόσιες δαπάνες του συστήματος υγείας στην Ελλάδα επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες που καθορίζουν το ποσό που διατίθεται για την χρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών και των ασφαλιστικών παροχών (Ρεκλέτη κ.α., 2012). Ορισμένοι από αυτούς τους παράγοντες περιλαμβάνουν:

- **Οικονομική Κατάσταση της Χώρας:** Η οικονομική ανάπτυξη, η ανεργία, το ΑΕΠ και άλλοι οικονομικοί παράγοντες επηρεάζουν τα έσοδα του κράτους και, κατά συνέπεια, τη δυνατότητα χρηματοδότησης του συστήματος υγείας (Πετρέλης & Δομάγερ, 2016).
- **Πολιτικές Αποφάσεις:** Οι πολιτικές αποφάσεις και οι προτεραιότητες του κράτους επηρεάζουν το ποσό που διατίθεται για την υγεία. Ορισμένες περιόδους μπορεί να δοθεί έμφαση σε άλλους τομείς της δημόσιας δαπάνης.
- **Δημογραφικές Τάσεις:** Η σύνθεση του πληθυσμού, οι δημογραφικές τάσεις και οι ανάγκες για υγειονομικές υπηρεσίες επηρεάζουν τον όγκο της ζήτησης και, κατά συνέπεια, το ποσό των δαπανών.
- **Τεχνολογικές Εξελίξεις:** Οι νέες ιατρικές τεχνολογίες, η διάθεση νέων φαρμάκων και θεραπειών μπορούν να επηρεάσουν το κόστος των υπηρεσιών υγείας.

- **Επίπεδο Ζωής και Υγείας:** Οι ανάγκες του πληθυσμού για υγειονομικές υπηρεσίες εξαρτώνται από το επίπεδο ζωής, την υγεία και τις προτεραιότητες των ανθρώπων.
- **Ανάγκες Υγείας:** Η ανάγκη για πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και φροντίδα της υγείας καθορίζει το επίπεδο της ζήτησης και, συνεπώς, τον όγκο των δαπανών (Μιλτιάδης & Μπογιατζίδης, 2021).
- **Διαχείριση και Αποδοτικότητα:** Ο τρόπος διαχείρισης των πόρων και η αποδοτικότητα του συστήματος υγείας επηρεάζουν το κόστος και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών (Πεχλιβανίδου, 2017).

Ο συνδυασμός αυτών των παραγόντων καθορίζει το επίπεδο των δημοσίων δαπανών του συστήματος υγείας στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες. Είναι σημαντικό να υπάρχει ισορροπία ανάμεσα στην παροχή υψηλής ποιότητας υγειονομικών υπηρεσιών και στη βιωσιμότητα του συστήματος χρηματοδότησης (Γιαννακάκου, 2018).

2.4.5 Εξέλιξη των δημοσίων δαπανών για την υγεία μεταξύ Ελλάδας και των κρατών – μελών της ΕΕ

Η διάρθρωση των δημοσίων δαπανών στον τομέα υγείας διαφέρει μεταξύ των διαφόρων κρατών-μελών της ΕΕ. Οι δαπάνες υγείας αντιπροσωπεύουν μια σημαντική συνιστώσα των δημόσιων δαπανών κάθε χώρας, και οι διαφορές στη διάρθρωση αυτών των δαπανών αντανακλούν τις διαφορετικές προτεραιότητες, πολιτικές και ανάγκες κάθε κράτους (Γιαννακάκου, 2018). Ορισμένα κριτήρια που επηρεάζουν τη διάρθρωση των δημοσίων δαπανών υγείας περιλαμβάνουν:

- **Συστηματική Οργάνωση:** Ο τρόπος λειτουργίας και οργάνωσης του υγειονομικού συστήματος κάθε χώρας μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο δαπανώνται οι πόροι. Ορισμένες χώρες ενδεχομένως να δίνουν μεγαλύτερη έμφαση σε προληπτικές υπηρεσίες, ενώ άλλες ενδεχομένως να επενδύουν περισσότερο σε ιατρικές εξετάσεις και επεμβάσεις.
- **Δημογραφικοί Παράγοντες:** Η σύνθεση του πληθυσμού, όπως οι ηλικιακές ομάδες, επηρεάζει τις ανάγκες για υγειονομικές υπηρεσίες. Συνήθως, άτομα που ανήκουν στην ομάδα των ηλικιωμένων ενδεχομένως να απαιτούν

μεγαλύτερη προσοχή λόγω της εκδήλωσης χρόνιων ασθενειών και περισσότερης φροντίδας.


- **Προτεραιότητες Υγείας:** Οι πολιτικές προτεραιότητες κάθε χώρας μπορεί να επηρεάσουν τη διάρθρωση των δαπανών. Για παράδειγμα, κάποιες χώρες ενδέχεται να επικεντρώνονται στη βελτίωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ενώ άλλες ενδέχεται να δίνουν έμφαση στην ειδικευμένη νοσηλεία και τις τεχνολογικά προηγμένες θεραπείες.
- **Οικονομικές Δυνατότητες:** Η οικονομική κατάσταση κάθε χώρας επηρεάζει το ποσό που μπορεί να διατεθεί για την υγεία. Ορισμένες χώρες μπορεί να έχουν μεγαλύτερη δυνατότητα να επενδύσουν σε υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας.
- **Πολιτικές Υγείας και Ασφάλισης:** Ο τρόπος λειτουργίας του ασφαλιστικού συστήματος και οι πολιτικές υγείας που υιοθετούνται επηρεάζουν τη διάρθρωση των δαπανών. Οι διαφορετικές προσεγγίσεις στην ασφάλιση και την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας δημιουργούν διαφορετικά μοντέλα χρηματοδότησης (Ρεκλέτη κ.α., 2012).

Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης οργανώνονται και χρηματοδοτούνται με διαφορετικούς τρόπους στα κράτη μέλη της ΕΕ, αλλά η καθολική πρόσβαση σε ποιοτική υγειονομική περίθαλψη, με προσιτό κόστος τόσο για τα άτομα όσο και για την κοινωνία γενικότερα, θεωρείται ευρέως ως βασική ανάγκη. Επιπλέον, αυτή είναι μία από τις κοινές αξίες και αρχές των συστημάτων υγείας της ΕΕ (Eurostat, 2020). Συνολικά, οι διάφορες χώρες-μέλη της ΕΕ έχουν διαφορετικούς παράγοντες και προτεραιότητες που καθορίζουν τη διάρθρωση των δημοσίων δαπανών τους στον τομέα της υγείας (Γιαννακάκου, 2018).

Πίνακας 1: Τρέχουσες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης, 2020

Current healthcare expenditure, 2020					
	€ million	€ per inhabitant	PPS per inhabitant		% of GDP
EU (*)	1 462 373	3 269	3 269		10.9
Belgium	50 535	4 380	3 764		11.1
Bulgaria	5 226	754	1 478		8.5
Czechia	19 889	1 859	2 649		9.2
Denmark	32 902	5 642	3 964		10.5
Germany	431 805	5 192	4 831		12.8
Estonia	2 080	1 565	1 900		7.8
Ireland	26 479	5 311	3 740		7.1
Greece	15 720	1 469	1 731		9.5
Spain	120 203	2 538	2 588		10.7
France	281 065	4 160	3 807		12.2
Croatia	3 897	963	1 448		7.8
Italy	159 628	2 686	2 609		9.6
Cyprus	1 750	1 961	2 065		8.1
Latvia	2 194	1 154	1 551		7.5
Lithuania	3 732	1 335	2 006		7.5
Luxembourg	3 704	5 875	3 918		5.8
Hungary	9 965	1 022	1 672		7.3
Malta (*)	1 298	2 575	2 943		9.2
Netherlands	89 098	5 108	4 302		11.1
Austria	43 524	4 881	4 095		11.5
Poland (*)	34 183	902	1 591		6.5
Portugal	21 108	2 050	2 331		10.6
Romania	13 728	713	1 428		6.3
Slovenia	4 435	2 110	2 419		9.5
Slovakia	6 659	1 220	1 480		7.2
Finland	22 880	4 138	3 206		9.6
Sweden	54 687	5 282	4 008		11.4
Iceland	1 811	4 941	3 216		9.6
Liechtenstein	346	8 892			6.5
Norway (*)	38 113	7 127	4 588		10.5
Switzerland	77 824	9 009	4 997		11.8
Bosnia and Herzegovina	1 723				9.8

(*) Estimates.
(*) 2019.
(*) Provisional.
Source: Eurostat (online data code: hlth_sha11_hf)

eurostat 

Πηγή: Eurostat, 2023

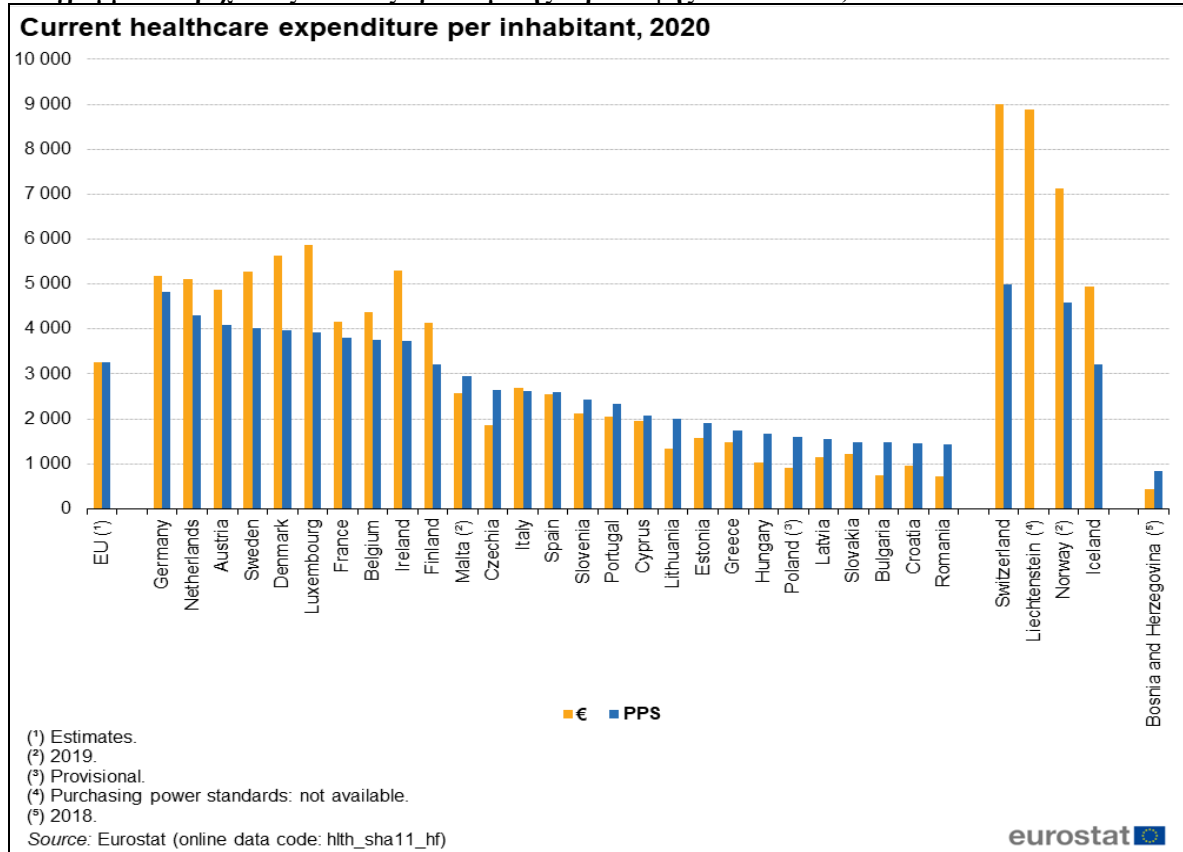
Σύμφωνα με τον πίνακα 1, η Γερμανία είχε το υψηλότερο επίπεδο τρεχουσών δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ, αξίας 432 δις ευρώ το 2020. Η Γαλλία κατέγραψε το δεύτερο υψηλότερο επίπεδο τρεχουσών δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη (281 δις ευρώ), ακολουθούμενη από την Ιταλία (160 δις ευρώ) και την Ισπανία (120 δις ευρώ). Οι τρέχουσες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης στη Γερμανία και τη Γαλλία ισοδυναμούσαν με 12,8% και 12,2% αντίστοιχα, του ΑΕΠ, περισσότερο από κάθε άλλο κράτος μέλος της ΕΕ. Οι επόμενοι υψηλότεροι δείκτες ήταν στην Αυστρία (11,5%), Σουηδία (11,4%), Ολλανδία (11,1%) και Βέλγιο (11,1%). Η Ισπανία, η Πορτογαλία και η Δανία ήταν τα μόνα άλλα κράτη μέλη της ΕΕ που κατέγραψαν διψήφιους δείκτες. Σημειώνεται ότι οι τρέχουσες δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη στην Ελβετία ισοδυναμούσαν με 11,8% της ΑΕΠ και ότι η Νορβηγία είχε επίσης διψήφιο ποσοστό (στοιχεία 2019). Αντίθετα, οι τρέχουσες δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη αντιστοιχούσαν σε λιγότερο από 7,5% της ΑΕΠ σε έξι κράτη μέλη, με το Λουξεμβούργο να καταγράφει το χαμηλότερο ποσοστό (5,8%).

Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα επηρεάζονται από διάφορους παράγοντες, όπως η οικονομική κατάσταση, η πανδημία, ο τρόπος λειτουργίας του δημόσιου συστήματος υγείας, ο βαθμός ασφάλισης των πολιτών, οι τιμές των φαρμάκων και ιατρικών υπηρεσιών, καθώς και οι πολιτικές για την υγεία και η κοινωνική προστασία (Μιλτιάδης & Μπογιατζίδης, 2021). Με βάση το πίνακα 1 το επίπεδο τρεχουσών δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ, κατέγραψε συνολική αξία 15 δις ευρώ το 2020, διατηρώντας το 9,5% του ΑΕΠ.

Σε σχέση με το μέγεθος του πληθυσμού και σε ευρώ, οι τρέχουσες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης το 2020 ήταν οι υψηλότερες μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ στο Λουξεμβούργο (5.875 € ανά κάτοικο) και τη Δανία (5.642 € ανά κάτοικο). Είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι το Λουξεμβούργο είχε την υψηλότερη αναλογία ανά κάτοικο παρόλο που είχε τη χαμηλότερη αναλογία δαπανών υγειονομικής περίθαλψης προς την ΑΕΠ, αντανακλώντας το υψηλότερο επίπεδο ΑΕΠ στο Λουξεμβούργο. Ένα σημαντικό ποσοστό των εργαζομένων στο Λουξεμβούργο είναι διασυνοριακοί εργαζόμενοι και ζουν εκτός της χώρας. Παρατηρείται ακόμη ότι, ως μη κάτοικοι, οι δαπάνες για την υγειονομική τους περίθαλψη δεν περιλαμβάνονται στους λογαριασμούς υγείας του Λουξεμβούργου, ενώ η οικονομική τους δραστηριότητα συμβάλλει στην ΑΕΠ του Λουξεμβούργου.

Οι χώρες που περιλαμβάνονται στον Πίνακα 1, Ελβετία, Λιχτενστάιν και Νορβηγία ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα δαπανών υγειονομικής περίθαλψης ανά κάθε ένα από τα κράτη μέλη. Μετά από το Λουξεμβούργο και τη Δανία, αναλογίες άνω των 5.000 ευρώ ανά κάθε άλλο παρατηρήθηκαν επίσης στην Ιρλανδία, τη Σουηδία, τη Γερμανία και τις Κάτω Χώρες, ενώ στην Αυστρία η αναλογία ήταν ακριβώς κάτω από αυτό το επίπεδο. Με τη σειρά τους, αυτές ακολουθήθηκαν σε κάποια απόσταση από μια άλλη ομάδα το Βέλγιο, η Γαλλία και η Φινλανδία, με αναλογίες της τάξης των 4.138 ευρώ έως 4.380 ευρώ ανά κάτοικο. Υπήρχε τότε ένα μεγάλο χάσμα από την Ιταλία (2.686 ευρώ ανά κάτοικο), τη Μάλτα (2.575 ευρώ, στοιχεία 2019) και την Ισπανία (2.538 ευρώ). Και τα υπόλοιπα 14 κράτη μέλη της ΕΕ κατέγραψαν μέση δαπάνη 2.110 ευρώ ανά κάτοικο ή λιγότερο το 2020, με τέσσερα από αυτά να καταγραφούν μέση δαπάνη για υγειονομική περίθαλψη κάτω από 1.000 ευρώ ανά έτος. Τα χαμηλότερα επίπεδα μέσης δαπάνης ανά κάτοικο ήταν στη Βουλγαρία (754 €) και στη Ρουμανία (713 €). Όσον αφορά την Ελλάδα σε σχέση με το μέγεθος του πληθυσμού και σε ευρώ, οι τρέχουσες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ανά κάτοικο το 2020 ήταν 1.469 €

Διάγραμμα 1: Τρέχουσες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ανά κάτοικο, 2020



Πηγή: Eurostat, 2023

Αυτές οι διαφορές ήταν λιγότερο εμφανείς όταν οι δαπάνες εκφράζονται σε πρότυπα αγοραστικής δύναμης (PPS). Αυτό το μέτρο προσαρμόζει τις διαφορές στα επίπεδα τιμών μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ. Η Γερμανία (4.831 PPS ανά κάτοικο), οι Κάτω Χώρες (4.302 PPS ανά κάτοικο) και η Αυστρία (4.095 PPS ανά κάτοικο) κατέγραψαν τους υψηλότερους δείκτες δαπανών υγειονομικής περίθαλψης ανά κάτοικο σε όρους PPS. Η Κροατία (1.448 PPS ανά κάτοικο) και η Ρουμανία (1.428 PPS ανά κάτοικο) είχαν τις χαμηλότερες αναλογίες, ενώ η Ελλάδα φαίνεται να κυμαίνεται στα 2.000 PPS περίπου ανά κάτοικο). Ως εκ τούτου, λαμβάνοντας υπόψη τις διαφορές στα επίπεδα τιμών, η αναλογία μεταξύ των υψηλότερων (Γερμανία) και των χαμηλότερων (Ρουμανία) επιπέδων δαπανών υγειονομικής περίθαλψης ανά κάτοικο ήταν πολύ μικρότερη από την ισοδύναμη ανάλυση σε ευρώ.

Πίνακας 2: Τρέχουσες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης, 2012–2020

Current healthcare expenditure, 2012–2020										
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Overall change 2012–2020 (%)
	(€ million)									
EU (*)	:	:	1 178 260	1 215 376	1 248 575	1 293 451	1 336 798	1 391 446	1 462 373	24.1
Belgium	40 470	41 445	42 619	44 895	46 289	47 850	49 634	50 997	50 535	24.9
Bulgaria	3 186	3 004	3 306	3 386	3 637	3 936	4 121	4 364	5 226	64.0
Czechia (*)	:	12 314	11 989	12 202	12 610	14 328	15 761	17 154	19 889	61.5
Denmark	26 787	26 726	27 397	28 241	29 023	29 770	30 528	31 424	32 902	22.8
Germany	297 962	309 206	322 667	338 444	352 114	369 980	385 865	406 251	431 805	44.9
Estonia	1 045	1 138	1 275	1 370	1 458	1 572	1 735	1 892	2 080	99.0
Ireland	18 653	18 495	18 607	19 230	20 107	21 219	22 432	23 792	26 479	42.0
Greece	16 811	15 179	13 986	14 498	14 743	14 391	14 581	15 031	15 720	-6.5
Spain	94 389	92 514	93 813	98 345	99 711	103 984	108 310	113 729	120 203	27.3
France	235 981	241 458	247 957	251 518	256 597	260 911	264 987	270 537	281 065	19.1
Croatia (*)	:	2 855	2 908	3 028	3 184	3 328	3 561	3 785	3 897	34.0
Italy	142 676	141 526	144 317	146 613	147 963	150 697	153 790	155 523	159 628	11.9
Cyprus	1 274	1 250	1 212	1 219	1 265	1 345	1 480	1 599	1 750	37.3
Latvia (*)	:	1 233	1 291	1 389	1 556	1 610	1 804	2 029	2 194	77.9
Lithuania	2 097	2 147	2 266	2 424	2 581	2 733	2 972	3 420	3 732	78.0
Luxembourg	2 463	2 570	2 709	2 751	2 850	2 987	3 174	3 412	3 704	50.4
Hungary	7 429	7 396	7 488	7 731	8 124	8 561	8 947	9 201	9 965	34.1
Malta (*)	:	:	795	889	945	1 042	1 110	1 297.84	:	63.2
Netherlands	68 816	69 901	70 964	71 236	72 918	74 614	77 553	82 447	89 098	29.5
Austria	32 500	33 317	34 541	35 692	37 021	38 355	39 871	41 640	43 524	33.9
Poland (*)	:	25 166	25 681	27 280	27 756	30 664	31 502	34 400	34 183	35.8
Portugal	16 247	16 035	16 168	16 743	17 520	18 235	19 313	20 395	21 108	29.9
Romania	6 282	7 467	7 568	7 923	8 509	9 672	11 371	12 810	13 728	118.5
Slovenia (*)	:	:	3 200	3 309	3 429	3 520	3 797	4 125	4 435	38.6
Slovakia	5 550	5 583	5 256	5 418	5 666	5 721	5 991	6 534	6 659	20.0
Finland (*)	19 271	20 034	20 237	20 389	20 399	20 654	21 111	21 998	22 880	18.7
Sweden	46 165	48 183	48 043	49 212	50 601	51 771	51 497	51 656	54 687	18.5
Iceland	939	992	1 109	1 275	1 523	1 811	1 863	1 890	1 811	92.8
Liechtenstein (*)	:	277	283	325	330	326	314	333	346	25.0
Norway (*)	34 806	35 130	35 132	35 220	35 319	36 448	37 118	38 113	:	9.5
Switzerland	55 183	56 143	58 809	69 655	71 047	71 641	69 473	73 787	77 824	41.0
Bosnia and Herzegovina (*)	:	1 292	1 325	1 367	1 414	1 434	1 520	1 633.05	1 722.85	35.8

(*) 2020: estimate.
(*) 2014–2020 instead of 2012–2020.
(*) 2013–2020 instead of 2012–2020.
(*) 2014–2019 instead of 2012–2020.
(*) 2020: provisional.
(*) 2015: break in series.
(*) 2012–2019 instead of 2012–2020.
Source: Eurostat (online data code: hlth_sha11_hf)

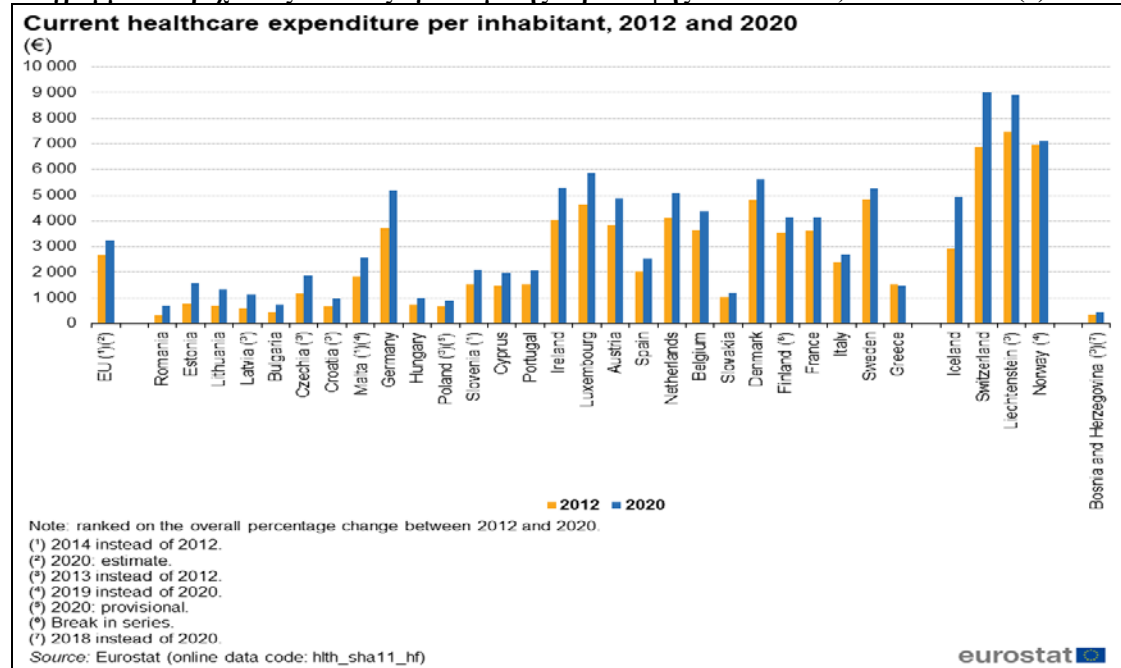
eurostat

Πηγή: Eurostat, 2023

Ο Πίνακας 2 και τα Διαγράμματα 2 και 3 επισημαίνουν τις εξελίξεις στο επίπεδο των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη τα τελευταία χρόνια, εστιάζοντας σε σύγκριση μεταξύ 2012 και 2020. Σημειώνεται ότι οι αναλύσεις στον Πίνακα 2 και στο Διάγραμμα 2 παρουσιάζονται σε τρέχοντες όρους τιμών και επομένως αντικατοπτρίζουν τις αλλαγές τιμών (πληθωρισμός και αποπληθωρισμός) καθώς και πραγματικές αλλαγές στις δαπάνες.

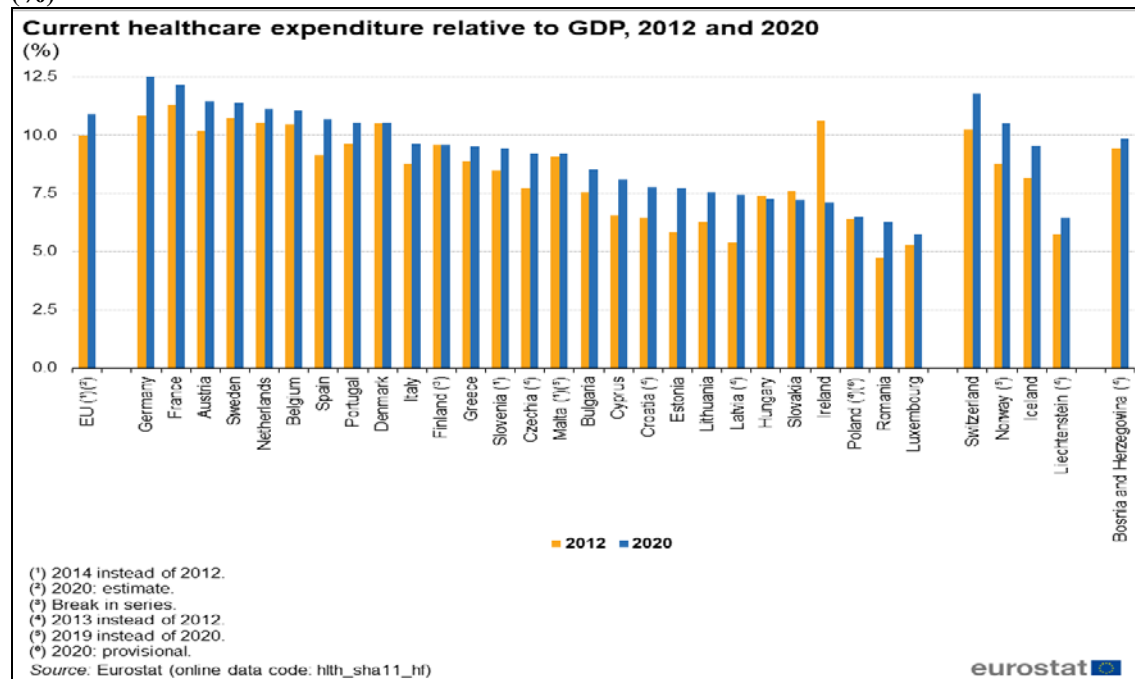
Με βάση τα στοιχεία που εμφανίζονται στον Πίνακα 2, όλα εκτός από την Ελλάδα κατέγραψαν υψηλότερες δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη το 2020 σε σχέση με το 2012. Οι μεγαλύτερες συνολικές αυξήσεις παρατηρήθηκαν στη Ρουμανία και την Εσθονία, όπου οι δαπάνες το 2020 ήταν 118,5% και 99% αντίστοιχα, υψηλότερες από το 2012. Αυτά ισοδυναμούσαν με ετήσιες μέσες αυξήσεις 10,3% στη Ρουμανία και 9% στην Εσθονία. Η Λιθουανία, η Λετονία (2013–2020), η Βουλγαρία, η Μάλτα (2014–2019), η Τσεχία (2013–2020) και το Λουξεμβούργο κατέγραψαν συνολικές αυξήσεις τουλάχιστον 50% μεταξύ 2012 και 2020.

Διάγραμμα 2: Τρέχουσες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ανά κάτοικο, 2012 και 2020 (€)



Πηγή: Eurostat, 2023

Διάγραμμα 3: Τρέχουσες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης σε σχέση με το ΑΕΠ, 2012 και 2020 (%)



Πηγή: Eurostat, 2023

Εκτός από τις αλλαγές των τιμών, οι συγκρίσεις των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης με την πάροδο του χρόνου μπορούν επίσης να επηρεαστούν από δημογραφικές αλλαγές. Το Διάγραμμα 2 δείχνει τη μέση δαπάνη υγειονομικής περίθαλψης ανά κάτοικο το 2012 και το 2020. Η Ελλάδα ήταν το μόνο κράτος μέλος της ΕΕ όπου καταγράφηκε χαμηλότερο επίπεδο δαπανών ανά κάτοικο το 2020 σε σχέση με το 2012, μειωμένο κατά 3,5%. Όπως και με τον ρυθμό μεταβολής με βάση τις συνολικές δαπάνες, η Ρουμανία κατέγραψε τη μεγαλύτερη αύξηση, με τη μέση δαπάνη ανά κάτοικο να αυξάνεται κατά 127,5%. Τα κράτη μέλη της Βαλτικής κατέγραψαν τις επόμενες μεγαλύτερες αυξήσεις: η Εσθονία αυξήθηκε κατά 98,%, η Λιθουανία αυξήθηκε κατά 90,3% και η Λετονία αυξήθηκε κατά 88,5% (μεταξύ 2013 και 2020).

Το Διάγραμμα 3 παρέχει μια άλλη ανάλυση της αλλαγής στις συνολικές δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ 2012 και 2020, εστιάζοντας στην αναλογία μεταξύ αυτών των δαπανών και του ΑΕΠ. Οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη και το ΑΕΠ επηρεάζονται και τα δύο από τις μεταβολές των τιμών και έτσι, όταν συνδυάζονται οι δύο δείκτες σε μια αναλογία, ο αντίκτυπος του πληθωρισμού μπορεί να ακυρωθεί σε κάποιο βαθμό: αυτό εξαρτάται από τον βαθμό στον οποίο οι μεταβολές των τιμών που σχετίζονται με τις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης είναι παρόμοιες σε όσους έχουν εμπειρία για την οικονομία συνολικά.

Συνολικά 22 από τα κράτη μέλη της ΕΕ ανέφεραν υψηλότερη αναλογία δαπανών υγειονομικής περίθαλψης προς το ΑΕΠ το 2020 σε σχέση με το 2012 (μικρότερες χρονικές σειρές για ορισμένα κράτη μέλη), ενώ δύο ανέφεραν καμία συνολική αλλαγή και τρία χαμηλότερη αναλογία. Μακράν η μεγαλύτερη πτώση σημειώθηκε στην Ιρλανδία, όπου η αναλογία ήταν 3,5% χαμηλότερα το 2020 (7,1%) από ό, τι ήταν το 2012 (10,6%), πτώσεις 0,3% και 0,2% παρατηρήθηκαν στη Σλοβακία και την Ουγγαρία, αντίστοιχα. Στα κράτη μέλη της ΕΕ όπου η αναλογία ήταν υψηλότερη το 2020 από ό, τι ήταν το 2012, η αύξηση ήταν 1,6% ή λιγότερο στις περισσότερες περιπτώσεις, με μεγαλύτερες αυξήσεις στην Εσθονία (άνοδος 1,9%), τη Λετονία (αύξηση 2% μεταξύ 2013 και 2020) και τη Γερμανία (επίσης αύξηση 2%). Μεταξύ των χωρών που δεν είναι μέλη της ΕΕ που φαίνονται στο Διάγραμμα 3, η Νορβηγία κατέγραψε σχετικά μεγάλη αύξηση, κατά 1,7% μεταξύ 2012 και 2019.

Πίνακας 3: Ανάλυση τρεχουσών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης, 2020

Analysis of current healthcare expenditure, 2020 (%)										
	Financing			Functions			Providers			
	Government schemes	Compulsory schemes and saving accounts (*)	Other financing agents (including unknown)	Curative and rehabilitative care	Medical goods (non-specified by function)	Other functions (including unknown)	Hospitals	Providers of ambulatory health care	Retailers and other providers of medical goods	Other providers (including unknown)
EU (*)				53.1	18.2	28.7	37.4	24.8	16.7	21.1
Belgium	24.5	54.7	20.8	55.9	13.1	31.0	41.8	29.1	10.9	18.2
Bulgaria	17.5	45.6	36.9	53.6	34.1	12.4	39.8	13.7	33.6	12.8
Czechia	17.5	70.2	12.3	57.4	17.3	25.3	45.5	20.7	13.6	20.3
Denmark	84.9	0.0	15.1	60.6	10.5	28.9	46.3	24.7	10.5	18.4
Germany	9.0	76.1	14.9	49.6	18.2	32.2	28.8	31.4	18.1	21.7
Estonia	9.1	68.1	22.8	53.1	19.8	27.0	44.2	22.8	17.6	15.3
Ireland	78.3	0.5	21.2	56.1	12.6	31.3	37.3	20.0	12.3	30.3
Greece	28.2	33.7	38.2	59.0	32.5	8.5	43.8	16.0	32.5	7.7
Spain	69.5	3.7	26.7	58.6	21.1	20.3	46.4	19.9	21.1	12.7
France	6.2	78.5	15.3	51.6	19.4	29.1	38.9	22.2	15.9	22.9
Croatia	8.7	75.5	15.8	56.3	23.2	20.6	46.8	19.0	22.7	11.5
Italy	75.9	0.2	23.9	53.5	20.8	25.8	44.8	23.0	15.7	16.5
Cyprus	34.9	43.2	21.9	66.7	14.2	19.1	45.6	27.1	13.0	14.4
Latvia	63.6	0.0	36.4	51.5	26.2	22.3	34.6	25.0	25.2	15.2
Lithuania	10.4	59.7	29.9	53.3	26.9	19.8	33.8	25.1	26.6	14.6
Luxembourg	7.1	79.3	13.6	54.4	12.8	32.8	33.1	28.9	11.1	26.9
Hungary	11.8	59.6	28.6	54.3	28.1	17.6	40.3	19.7	28.1	11.9
Malta (*)	62.5	0.0	37.5	48.4	24.0	27.7	40.0	21.1	14.8	24.2
Netherlands	10.5	74.4	15.1	49.0	10.6	40.4	33.3	16.7	10.2	39.8
Austria	33.4	43.1	23.6	58.4	16.2	25.3	38.7	22.3	15.0	24.0
Poland (*)	9.8	62.4	27.7	62.3	21.7	16.0	40.4	25.8	21.3	12.5
Portugal	62.1	2.4	35.5	64.1	19.8	16.2	43.2	23.5	19.0	14.4
Romania	17.5	62.7	19.7	57.0	25.9	17.1	48.0	13.6	25.2	13.2
Slovenia	9.1	64.1	26.8	57.4	21.1	21.5	39.1	23.6	20.8	16.5
Slovakia	4.5	75.7	19.7	53.9	31.8	14.3	34.7	18.8	31.8	14.7
Finland	65.5	13.6	20.9	59.0	14.2	26.8	37.7	30.1	14.6	17.6
Sweden	85.9	0.0	14.1	51.1	12.2	36.8	39.7	23.8	10.8	25.8
Iceland	83.3	0.0	16.7	60.1	13.9	26.0	40.0	25.5	13.9	20.6
Liechtenstein	18.7	48.8	32.5	61.6	11.4	27.0	9.2	26.3	3.6	61.0
Norway (*)	85.8	0	14.2	48.8	10.2	41.0	39.3	28.1	9.8	22.9
Switzerland	25.6	44.1	30.3	53.1	14.6	32.4	37.1	25.5	9.1	28.4
Bosnia and Herzegovina	4.5	66.2	29.3	60.8	27.6	11.6	37.8	28.0	27.4	6.8

(*) Compulsory contributory health insurance schemes and compulsory medical saving accounts.
 (*) Estimates.
 (*) 2019.
 (*) Provisional.
 Source: Eurostat (online data codes: hlth_sha11_hf, hlth_sha11_hc and hlth_sha11_hp)

Πηγή: Eurostat, 2023

Οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη μπορούν να αναλυθούν από τρεις οπτικές γωνίες: τις πηγές χρηματοδότησης, τις λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης που χρηματοδοτούνται και τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Ο Πίνακας 3 προσδιορίζει τις μεγαλύτερες πηγές χρηματοδότησης, λειτουργίες και παρόχους. Μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ, τα κυβερνητικά συστήματα και τα υποχρεωτικά συστήματα ανταποδοτικής ασφάλισης υγείας και οι υποχρεωτικοί ιατρικοί λογαριασμοί αποταμίευσης (οι οποίοι γενικά αποτελούν μέρος του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης και στο εξής αναφέρονται ως υποχρεωτικά συστήματα/λογαριασμοί) 87,7% της συνολικής χρηματοδότησης το 2020. Πάνω από το ήμισυ (53,1%) των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης στην ΕΕ το 2020 αφορούσε θεραπευτική και αποκατάσταση, ενώ σχεδόν το ένα πέμπτο (18,2%) αφορούσε ιατρικά προϊόντα. Τα νοσοκομεία ήταν οι μεγαλύτεροι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης σε όρους δαπανών, αντιπροσωπεύοντας σχεδόν τα 2/5 (37,4%) του συνόλου των δαπανών στην ΕΕ το 2020. Οι πάροχοι περιπατητικής υγειονομικής

περίθαλψης (24,8 %) και οι άλλοι πάροχοι λιανικής ιατρικών αγαθών (16,7%) ήταν ο δεύτερος και ο τρίτος μεγαλύτερος πάροχος υγειονομικής περίθαλψης σε όρους δαπανών.

Πίνακας 4: Συνολικός ρυθμός μεταβολής για τις τρέχουσες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης, 2012–2020 (%)

Overall rate of change for current healthcare expenditure, 2012–2020 (%)										
	Financing			Functions			Providers			
	Government schemes	Compulsory schemes and saving accounts (*)	Other financing agents (including unknown)	Curative and rehabilitative care	Medical goods (non-specified by function)	Other functions (including unknown)	Hospitals	Providers of ambulatory health care	Retailers and other providers of medical goods	Other providers (including unknown)
EU (†)	-	-	-	23.0	16.8	31.5	26.6	22.7	15.1	29.5
Belgium	183.7	3.7	11.3	28.2	10.3	26.0	42.2	17.4	3.2	18.8
Bulgaria (‡)	161.3	86.9	23.5	74.0	39.0	117.6	86.6	38.8	38.5	135.0
Czechia (‡)	120.3	60.2	21.4	70.7	33.0	65.7	81.9	58.8	22.0	58.7
Denmark	23.5	-	19.0	21.7	17.7	27.4	25.1	16.1	17.7	30.3
Germany	90.3	44.9	26.9	38.9	36.1	61.7	43.1	45.3	36.4	55.0
Estonia	67.0	105.8	94.8	87.2	70.8	164.0	86.1	108.4	51.5	293.8
Ireland	55.4	213.5	6.4	49.2	14.7	43.1	51.6	43.2	15.6	43.1
Greece	-12.9	-12.3	5.3	-10.4	-2.4	8.7	-9.6	-14.0	-2.4	17.4
Spain	30.4	12.5	22.1	29.0	20.3	30.4	39.7	10.1	20.3	29.7
France	46.0	31.6	-23.8	16.5	19.0	24.2	22.2	22.3	1.8	25.4
Croatia (‡)	337.8	25.4	42.6	44.1	14.9	46.4	48.1	32.6	13.8	55.3
Italy	12.3	-23.6	11.0	7.1	19.6	16.7	8.4	19.9	3.6	20.4
Cyprus	5.0	8 323.2	-44.0	42.1	7.9	50.1	38.4	49.0	22.2	29.4
Latvia (‡)	88.6	-	61.9	84.9	56.3	92.6	71.0	130.7	53.2	75.1
Lithuania	101.8	82.8	62.7	81.1	50.6	122.8	69.6	122.8	47.8	107.4
Luxembourg	180.4	50.9	18.9	48.0	28.0	66.1	61.6	48.8	17.1	57.3
Hungary	83.2	40.6	11.1	43.2	6.3	72.6	59.8	25.4	6.3	65.3
Malta (‡)	66.4	-	58.2	66.7	65.9	55.5	53.0	73.0	54.1	80.8
Netherlands	169.7	25.0	9.2	31.9	6.0	34.3	35.7	22.2	7.8	34.7
Austria	43.7	32.4	24.5	31.6	29.2	43.0	32.2	34.5	30.3	38.7
Poland (‡)(§)	34.0	39.7	28.4	41.5	23.2	33.6	55.6	35.9	21.6	12.2
Portugal	36.3	46.7	19.2	31.4	21.3	35.5	39.1	18.4	16.4	46.7
Romania	284.2	104.8	86.8	159.9	51.2	155.4	178.2	108.3	50.2	154.0
Slovenia (‡)	239.2	31.8	28.8	41.0	29.2	42.4	33.4	47.1	30.3	52.4
Slovakia	-19.9	39.0	-14.9	34.9	7.0	4.5	57.7	9.6	7.0	1.6
Finland (‡)	22.4	9.8	13.9	24.8	17.6	7.7	31.9	13.8	17.4	5.1
Sweden	20.8	-	5.8	16.3	11.8	24.1	22.7	19.3	11.4	14.7
Iceland	100.9	-	60.3	106.0	53.0	91.0	106.1	102.8	53.0	90.7
Liechtenstein (‡)	48.9	19.8	21.8	22.3	20.9	33.6	14.2	11.5	30.9	33.5
Norway (‡)	10.9	-	1.9	8.8	-0.6	13.3	7.3	11.6	2.3	9.7
Switzerland	49.9	47.8	26.3	37.9	41.5	46.3	43.1	39.6	30.0	43.5
Bosnia and Herzegovina (‡)	160.0	29.1	33.2	40.4	30.9	9.6	42.2	29.9	29.8	18.6

– indicates the rate of changes cannot be calculated as there was no expenditure of this nature in 2012.
 (†) Compulsory contributory health insurance schemes and compulsory medical saving accounts.
 (‡) 2014–2020. Estimates.
 (‡) Government schemes and retailers and other providers of medical goods: break in series.
 (‡) 2013–2020.
 (‡) 2014–2019.
 (‡) Provisional.
 (‡) 2014–2020.
 (‡) Other financing agents (including unknown), other functions and providers: break in series.
 (‡) 2012–2019.
 Source: Eurostat (online data codes: hlth_sha11_hf, hlth_sha11_hc and hlth_sha11_hp)

Πηγή: Eurostat, 2023

Ο Πίνακας 4 δείχνει πώς άλλαξαν οι δαπάνες για καθεμία από τις μεγαλύτερες πηγές χρηματοδότησης, λειτουργίες και παρόχους μεταξύ 2012 και 2020. Επιπλέον, ορισμένα κράτη μέλη της ΕΕ και ορισμένες από τις χώρες εκτός ΕΕ, τα ποσοστά αλλαγής καλύπτουν μικρότερο χρονικό διάστημα.

Μεταξύ 2014 και 2020, οι δαπάνες για άλλες λειτουργίες αυξήθηκαν κατά 31,5%, εν όψει της αύξησης για θεραπευτική και αποκαταστατική περίθαλψη (23%) και για ιατρικά είδη (16,8%). Με παρόμοιο τρόπο, οι δαπάνες για άλλους παρόχους αυξήθηκαν 29,5% μεταξύ 2014 και 2020, μπροστά από τα ποσοστά μεταβολής που καταγράφηκαν για τα νοσοκομεία (26,6%) και τους παρόχους περιπατητικής

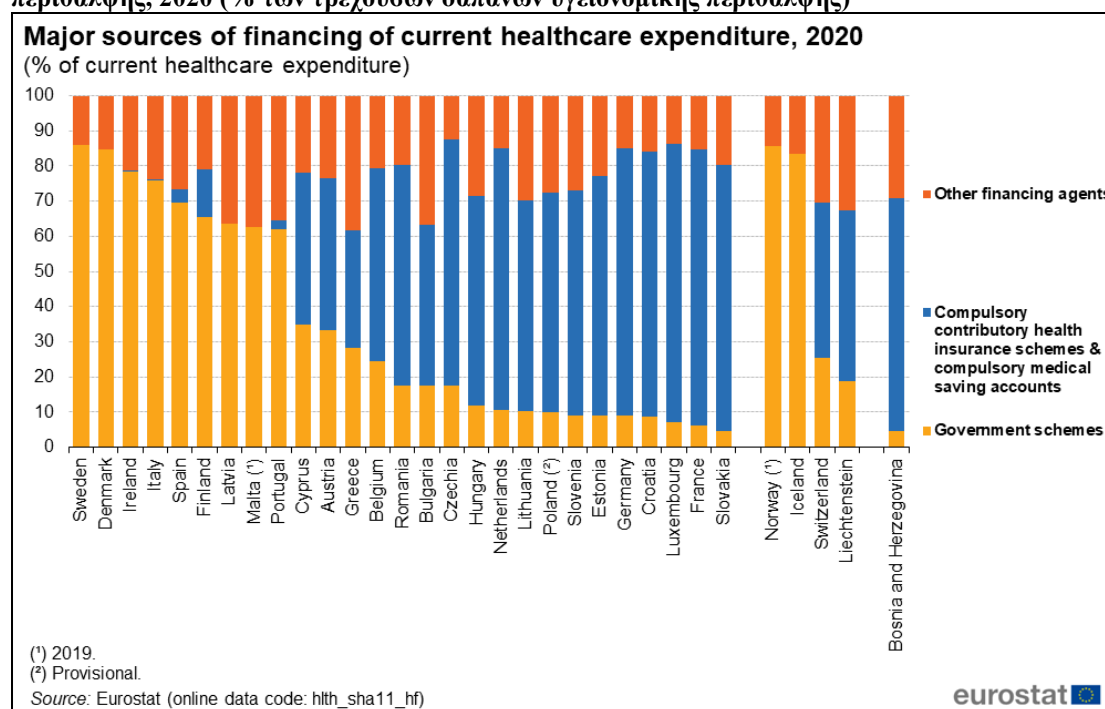
υγειονομικής περίθαλψης (22,7%) και τους λιανοπωλητές και άλλους παρόχους ιατρικών αγαθών (15,1%).

Μεταξύ 2012 και 2020, η μεγαλύτερη αύξηση στη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης σε 20 κράτη μέλη της ΕΕ προήλθε από κυβερνητικά προγράμματα (για παράδειγμα, στη Ρουμανία). Σε άλλα έξι ήταν από υποχρεωτικά σχήματα/λογαριασμοί (π.χ. στην Κύπρο). Κατά συνέπεια, υπήρχε ένα κράτος μέλος της ΕΕ – η Ελλάδα – όπου οι δαπάνες από άλλα χρηματοδοτικά σχήματα αυξήθηκαν περισσότερο από ό, τι από αυτές τις δύο μεγάλες πηγές. Πράγματι, στην Ελλάδα, η χρηματοδότηση και από τις δύο μεγάλες πηγές μειώθηκε μεταξύ 2012 και 2020. Μειώσεις παρατηρήθηκαν επίσης για κυβερνητικά προγράμματα στη Σλοβακία καθώς και για υποχρεωτικά σχήματα/λογαριασμούς στην Ιταλία. Άλλες πηγές χρηματοδότησης μειώθηκαν στην Κύπρο, τη Γαλλία και τη Σλοβακία.

Όσον αφορά τις λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης, σε οκτώ κράτη μέλη της ΕΕ (για παράδειγμα, στη Ρουμανία) η μεγαλύτερη αύξηση αφορούσε τις δαπάνες για θεραπευτική και αποκαταστατική περίθαλψη, ενώ στην Ιταλία οι δαπάνες αυξήθηκαν περισσότερο για ιατρικά προϊόντα. Στα υπόλοιπα 18 κράτη μέλη της ΕΕ, η αύξηση των δαπανών για άλλες λειτουργίες ήταν μεγαλύτερη από ό, τι για τη θεραπευτική και αποκαταστατική περίθαλψη ή για ιατρικά αγαθά. Η Ελλάδα κατέγραψε μείωση στις δαπάνες για τις δύο μεγάλες λειτουργίες, ενώ όλα τα άλλα κράτη μέλη κατέγραψαν αύξηση.

Για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, η μεγαλύτερη αύξηση των δαπανών μεταξύ 2012 και 2020 σε 11 κράτη μέλη της ΕΕ (για παράδειγμα, στη Ρουμανία) ήταν για νοσοκομεία, ενώ σε άλλα τρία (για παράδειγμα, στη Λιθουανία) ήταν για παρόχους περιπατητικής υγειονομικής περίθαλψης. Καθώς κανένα από τα κράτη μέλη δεν ανέφερε τη μεγαλύτερη αύξηση για τους λιανοπωλητές και άλλους παρόχους ιατρικών αγαθών, οι δαπάνες για άλλους παρόχους αυξήθηκαν περισσότερο από ό, τι για αυτούς τους τρεις μεγάλους παρόχους στα 13 υπόλοιπα κράτη μέλη της ΕΕ (για παράδειγμα, στην Εσθονία). Η Ελλάδα κατέγραψε μείωση δαπανών για τους τρεις μεγάλους παρόχους, ενώ όλα τα άλλα κράτη μέλη κατέγραψαν αύξηση.

Διάγραμμα 4: Σημαντικές πηγές χρηματοδότησης των τρεχουσών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης, 2020 (% των τρεχουσών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης)



Πηγή: Eurostat, 2023

Το Διάγραμμα 4 παρέχει μια αναλυτική ανάλυση των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης ανά σύστημα χρηματοδότησης, διακρίνοντας: κυβερνητικά προγράμματα, υποχρεωτικά συστήματα/λογαριασμούς, καθώς και όλους τους άλλους χρηματοδοτικούς παράγοντες. Το συνδυασμένο μερίδιο των κυβερνητικών συστημάτων και των υποχρεωτικών συστημάτων/λογαριασμών στις συνολικές τρέχουσες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης υπερέβαινε το 85,0% στην Τσεχία (όπου καταγράφηκε το υψηλότερο μερίδιο, με 87,7%), το Λουξεμβούργο, τη Σουηδία και τη Γερμανία. Ήταν επίσης πάνω από 85,0% στη Νορβηγία (στοιχεία 2019). Σε άλλα 13 κράτη μέλη της ΕΕ, το συνδυασμένο μερίδιο ήταν πάνω από 75,0%, όπως συνέβη και στην Ισλανδία. Το χαμηλότερο συνδυασμένο μερίδιο αυτών των δύο μεγάλων πηγών ήταν 61,8% στην Ελλάδα. Στα περισσότερα κράτη μέλη της ΕΕ, κυριαρχούσαν είτε τα κυβερνητικά συστήματα είτε τα υποχρεωτικά συστήματα/λογαριασμοί.

Στην Ελλάδα, άλλες πηγές παρείχαν μεγαλύτερο μερίδιο χρηματοδότησης από ό,τι είτε από κρατικά προγράμματα, είτε από υποχρεωτικά προγράμματα / λογαριασμοί. Τα υποχρεωτικά συστήματα / λογαριασμοί αντιπροσώπευαν τα τρία τέταρτα ή περισσότερο των συνολικών δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη στο Λουξεμβούργο (79,3%), τη Γαλλία (78,5%), τη Γερμανία (76,1%), τη Σλοβακία

(75,7%) και την Κροατία (75,5%) το 2020, αλλά λιγότερο από 5% στην Ισπανία, την Πορτογαλία, την Ιρλανδία και την Ιταλία. Πρέπει να σημειωθεί ότι υποχρεωτικά συστήματα / λογαριασμοί δεν υπάρχουν στη Δανία, τη Λετονία, τη Μάλτα και τη Σουηδία. Αντίθετα, η Σουηδία (85,9%) και η Δανία (84,9%) ανέφεραν ότι τα κρατικά προγράμματα αντιπροσώπευαν περισσότερα από τα 4/5 των δαπανών τους για την υγειονομική περίθαλψη, ενώ τα μερίδια άνω του 75% καταγράφηκαν στην Ιρλανδία και στην Ιταλία.

Πίνακας 5: Τρέχουσες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης, αναλυόμενες ανά πηγή χρηματοδότησης, 2020 (% των τρεχουσών δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη)

Current healthcare expenditure, analysed by source of financing, 2020 (% of current healthcare expenditure)							
	Government schemes	Compulsory contributory health insurance schemes & compulsory medical saving accounts	Voluntary health insurance schemes	Financing schemes of non-profit institutions serving households	Enterprise financing schemes	Household out-of-pocket payments	Rest of the world (non-resident)
EU (*)	:	:	:	:	:	14.4	:
Belgium	24.5	54.7	4.8	0.0	:	16.0	0.0
Bulgaria	17.5	45.6	0.6	0.5	0.3	35.5	0.0
Czechia	17.5	70.2	0.1	0.4	0.3	11.5	:
Denmark	84.9	0.0	2.2	0.1	:	12.8	0.0
Germany	9.0	76.1	1.3	0.8	0.4	12.4	0.0
Estonia	9.1	68.1	0.2	0.2	1.1	21.4	0.0
Ireland	78.3	0.5	9.0	:	1.7	10.5	:
Greece	28.2	33.7	4.3	0.1	0.1	33.4	0.2
Spain	69.5	3.7	6.7	0.4	:	19.6	:
France	6.2	78.5	5.8	0.0	0.6	8.9	:
Croatia	8.7	75.5	5.3	0.0	0.0	10.5	0.0
Italy	75.9	0.2	2.0	0.2	0.4	21.3	:
Cyprus	34.9	43.2	6.3	1.6	0.0	14.0	:
Latvia	63.6	:	4.3	0.2	0.0	31.9	:
Lithuania	10.4	59.7	1.1	0.0	0.1	28.7	0.0
Luxembourg	7.1	79.3	2.9	1.0	0.0	8.4	1.2
Hungary	11.8	59.6	1.6	1.1	0.4	25.5	0.0
Malta (*)	62.5	0.0	3.4	:	:	34.1	0.0
Netherlands	10.5	74.4	4.3	0.0	1.5	9.3	0.0
Austria	33.4	43.1	4.9	1.6	0.2	16.8	0.0
Poland (*)	9.8	62.4	5.9	1.5	0.8	19.5	0.0
Portugal (*)	62.1	2.4	6.8	0.1	0.8	27.8	:
Romania	17.5	62.7	0.5	0.2	0.1	19.0	:
Slovenia	9.1	64.1	13.4	0.1	0.9	12.5	:
Slovakia	4.5	75.7	:	0.8	0.2	18.8	:
Finland	65.5	13.6	1.9	0.4	2.2	16.4	:
Sweden	85.9	0.0	0.6	0.1	0.4	13.0	:
Iceland	83.3	0.0	0.0	1.7	0.0	15.0	:
Liechtenstein	18.7	48.8	12.4	0.2	0.5	19.4	0.0
Norway (*)	85.8	0.0	0.0	0.0	0.3	13.9	0.0
Switzerland	25.6	44.1	6.5	0.9	0.9	22.0	0.0
Bosnia and Herzegovina	4.5	66.2	0.3	0.0	0.0	28.9	0.1

(*) Estimate.
(*) Provisional.
Source: Eurostat (online data code: hlth_sha11_hf)

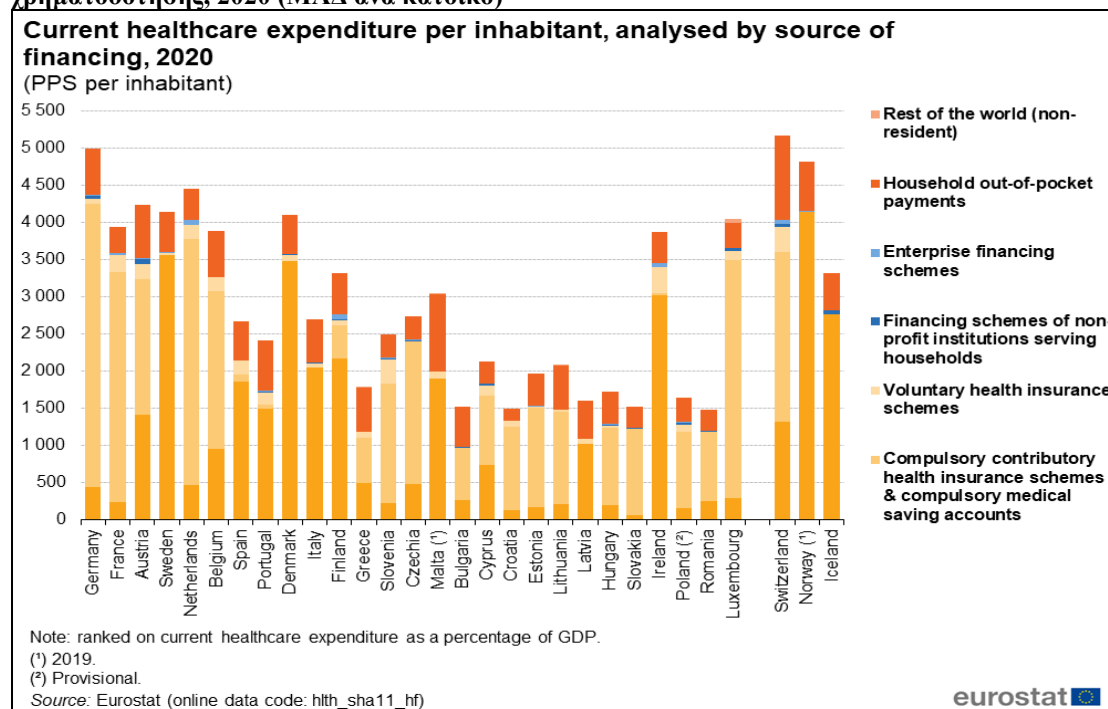
Πηγή: Eurostat, 2023

Ο Πίνακας 5 παρέχει μια παρόμοια ανάλυση των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης ανά σύστημα χρηματοδότησης, αλλά με περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με άλλα προγράμματα χρηματοδότησης. Η τρίτη μεγαλύτερη πηγή χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης ήταν γενικά οι πληρωμές από την τσέπη των νοικοκυριών. Το 2020, το μερίδιο των πληρωμών από την τσέπη αντιπροσώπευε περισσότερο από το 1/3 των συνολικών δαπανών υγειονομικής

περίθαλψης στη Βουλγαρία (35,5%), τη Μάλτα (34,1%, στοιχεία 2019) και την Ελλάδα (33,4%). Οι Κάτω Χώρες, η Γαλλία και το Λουξεμβούργο ήταν τα κράτη μέλη της ΕΕ όπου οι πληρωμές από την τσέπη των νοικοκυριών αντιστοιχούσαν λιγότερο από το 1/10 των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης, με μερίδια 9,3%, 8,9% και 8,4% αντίστοιχα.

Τα προγράμματα εθελοντικής ασφάλειας υγείας αντιπροσώπευαν γενικά μικρό μερίδιο της χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης στην ΕΕ το 2020. Το σχετικό τους μερίδιο κορυφώθηκε στο 13,4% στη Σλοβενία. Το επόμενο υψηλότερο μερίδιο ήταν 9% στην Ιρλανδία. Υπήρχαν πέντε κράτη μέλη της ΕΕ όπου τα προγράμματα εθελοντικής ασφάλισης υγείας παρείχαν λιγότερο από το 1% της χρηματοδότησης για τις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης έως το 2020, με το χαμηλότερο μερίδιο να καταγράφεται στην Τσεχία (0,1%).

Διάγραμμα 5: Τρέχουσες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ανά κάτοικο, αναλύονται ανά πηγή χρηματοδότησης, 2020 (ΜΑΔ ανά κάτοικο)

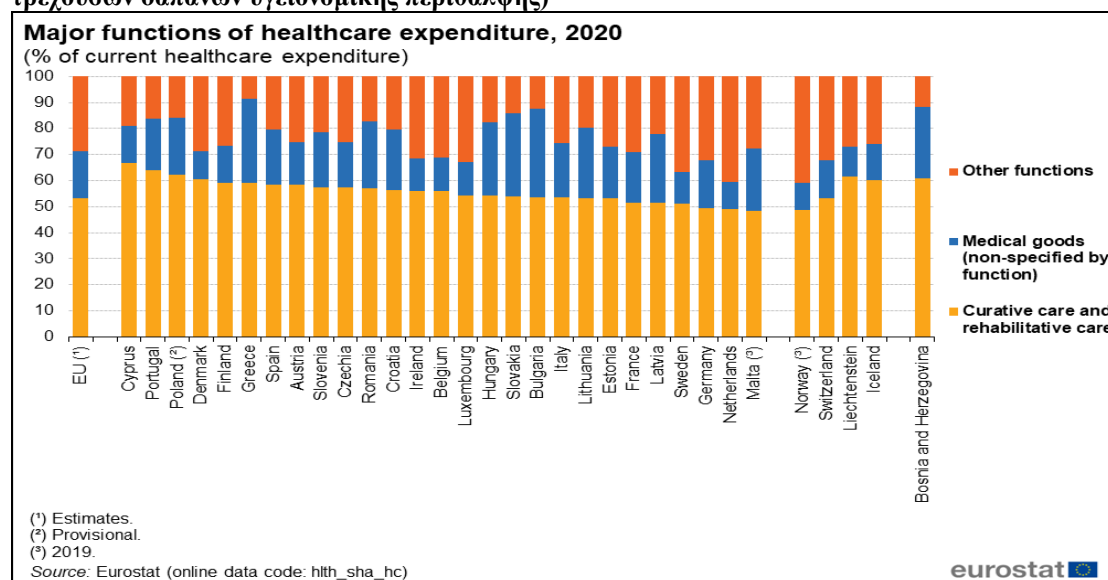


Πηγή: Eurostat, 2023

Η τελική ανάλυση με τη χρηματοδότηση (βλ. Διάγραμμα 5), δείχνει τις ίδιες πηγές χρηματοδότησης όπως στον Πίνακα 5, αλλά παρουσιάζονται ως αξίες ανά κάτοικο (σε ΜΑΔ) και όχι ως μερίδιο όλων των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης. Αυτή η ανάλυση δείχνει πόσο δαπανάται κατά μέσο όρο ανά κάτοικο από καθεμία από τις διαφορετικές πηγές. Το σύνολο για όλες τις πηγές (το συνολικό

ύψος κάθε στοιβαγμένης ράβδου) δείχνει τη συνολική δαπάνη ανά κάτοικο. Για να το θέσουμε αυτό στην προοπτική, τα κράτη μέλη της ΕΕ, οι χώρες της ΕΖΕΣ και η Βοσνία-Ερζεγοβίνη έχουν ταξινομηθεί με βάση το συνολικό επίπεδο των τρεχουσών δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη σε σχέση με την ΑΕΠ.

Διάγραμμα 6: Κύριες λειτουργίες των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης, 2020 (% των τρεχουσών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης)



Πηγή: Eurostat, 2023

Πίνακας 6: Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης, αναλυόμενες ανά συνάρτηση, 2020 (% των τρεχουσών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης)

Healthcare expenditure, analysed by function, 2020
(% of current healthcare expenditure)

	Curative care and rehabilitative care	Long-term care (health)	Ancillary services (non-specified by function)	Medical goods (non-specified by function)	Preventive care	Governance and health system and financing administration	Other health care services
EU (*)	53.1	16.6	4.8	18.2	3.4	3.7	-
Belgium	55.9	21.1	4.2	13.1	2.0	3.7	0.0
Bulgaria	53.6	2.1	4.5	34.1	2.8	2.2	0.7
Czechia	57.4	12.8	5.3	17.3	3.8	2.1	1.4
Denmark	60.6	20.9	0.0	10.5	3.2	4.8	0.0
Germany	49.6	19.6	5.0	18.2	3.2	4.4	-
Estonia	53.1	9.4	11.3	19.8	4.8	1.5	0.0
Ireland	56.1	22.2	2.7	12.6	3.3	2.4	0.8
Greece	59.0	1.5	3.6	32.5	1.8	1.6	0.0
Spain	58.6	9.0	5.1	21.1	3.2	3.0	0.0
France	51.6	16.5	4.3	19.4	2.9	5.5	-
Croatia	56.3	3.0	11.1	23.2	3.1	2.4	1.0
Italy	53.5	10.2	8.4	20.8	5.5	1.7	-
Cyprus	66.7	4.2	11.7	14.2	1.7	1.6	0.0
Latvia	51.5	5.1	12.0	26.2	3.1	2.0	0.0
Lithuania	53.3	7.9	6.7	26.9	3.9	1.4	0.0
Luxembourg	54.4	18.6	5.5	12.8	5.3	3.3	0.0
Hungary	54.3	4.1	12.8	28.1	3.7	3.2	0.4
Malta (*)	48.4	18.8	4.8	24.0	1.5	2.3	0.2
Netherlands	49.0	29.0	1.8	10.6	4.6	3.9	1.2
Austria	58.4	14.6	3.0	16.2	3.6	4.1	-
Poland (*)	62.3	8.3	3.9	21.7	1.9	1.1	0.8
Portugal	64.1	4.9	7.2	19.8	1.9	2.1	0.1
Romania	57.0	5.4	5.3	25.9	2.0	3.8	0.7
Slovenia	57.4	11.0	3.1	21.1	3.2	4.2	-
Slovakia	53.9	0.4	8.6	31.8	1.0	4.3	-
Finland	59.0	17.3	3.0	14.2	5.6	0.8	0.1
Sweden	51.1	26.2	4.9	12.2	3.3	1.7	0.6
Iceland	80.1	20.0	2.3	13.9	2.6	1.1	-
Liechtenstein	81.6	15.1	4.4	11.4	1.0	6.5	0.0
Norway (*)	48.8	29.5	7.5	10.2	2.5	1.5	0.0
Switzerland	53.1	20.7	4.0	14.6	3.6	4.1	-
Bosnia and Herzegovina	60.8	1.1	7.0	27.6	1.6	2.0	0.0

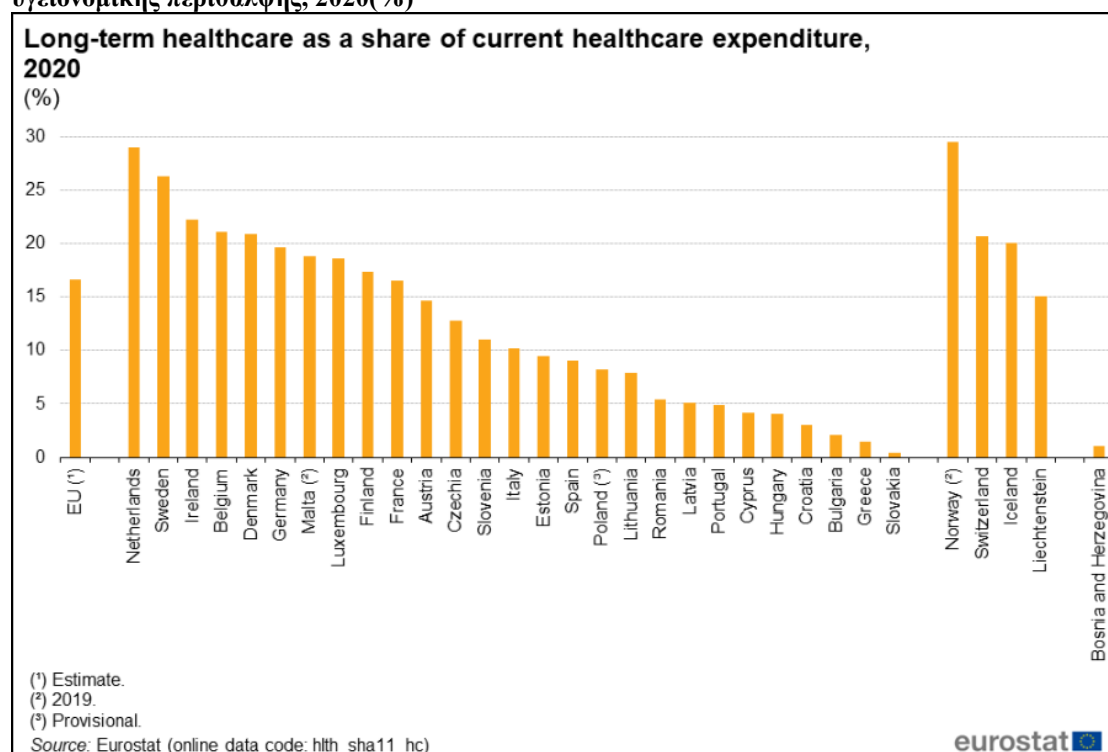
(*) Estimates.
(*) 2019.
(*) Provisional
Source: Eurostat (online data code: hith_sha11_hc)

Πηγή: Eurostat, 2023

Τα λειτουργικά πρότυπα των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης που παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 6 και στην Πίνακα 6 δείχνουν ότι οι υπηρεσίες θεραπευτικής και αποκαταστατικής φροντίδας πραγματοποίησαν περισσότερο από το 50% των τρεχουσών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης το 2020 στη συντριπτική πλειοψηφία της ΕΕ των κρατών μελών. Εξαιρέσεις ήταν η Γερμανία, η Ολλανδία και η Μάλτα (στοιχεία 2019), όπου τα μερίδια ήταν σχεδόν τα ίδια: 49,6%, 49% και 48,4%, αντίστοιχα. Αντίθετα, το 2020 πραγματοποιήθηκαν από θεραπευτικές υπηρεσίες και αποκατάστασης στην Κύπρο (66,7%), ενώ η Πορτογαλία, η Πολωνία και η Δανία κατέγραψαν επίσης μερίδια άνω του 60%. Τα ιατρικά αγαθά (μη καθορισμένα ανά λειτουργία) ήταν η δεύτερη μεγαλύτερη λειτουργία στην ΕΕ το 2020, με μερίδιο 18,2% των τρεχουσών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης. Υπήρχε σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ όσον αφορά το μερίδιο των δαπανών που χρησιμοποιήθηκαν για αυτά τα ιατρικά προϊόντα. Τα χαμηλότερα μερίδια καταγράφηκαν για τη Δανία (10,5%) και την Ολλανδία (10,6%). Αντίθετα, τα υψηλότερα ποσοστά, όπου τα ιατρικά αγαθά αντιστοιχούσαν σε περισσότερα από τα τρία δέκατα των τρεχουσών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης, καταγράφηκαν για τη Σλοβακία (31,8%), την Ελλάδα (32,5%) και τη Βουλγαρία (34,1%).

Το ποσοστό των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης που πραγματοποιήθηκαν από τη μακροχρόνια υγειονομική περίθαλψη ήταν 16,6% στην ΕΕ το 2020. Η τέταρτη μεγαλύτερη λειτουργία ήταν οι βοηθητικές υπηρεσίες (όπως οι εργαστηριακές δοκιμές ή η μεταφορά ασθενών), οι ασθενείς αντιστοιχούσαν στο 4,8% των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης στην ΕΕ το 2020. Το μερίδιο αυτών των υπηρεσιών ξεπέρασε το 10% στη Λετονία, την Κύπρο, την Εσθονία και την Κροατία. Οι δαπάνες που σχετίζονται με τη διακυβέρνηση του συστήματος υγείας και της διαχείρισης της χρηματοδότησης ήταν κατά μέσο όρο 3,7% στην ΕΕ έως το 2020 και κυμαίνονταν από 0,8% στη Φινλανδία έως 5,5% στη Γαλλία. Οι δαπάνες για προληπτική φροντίδα ανήλθαν κατά μέσο όρο στο 3,4% των τρεχουσών δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη το 2020 στην ΕΕ, κυμαινόμενες από 1% στη Σλοβακία έως 5,5% στην Ιταλία και 5,6% στη Φινλανδία.

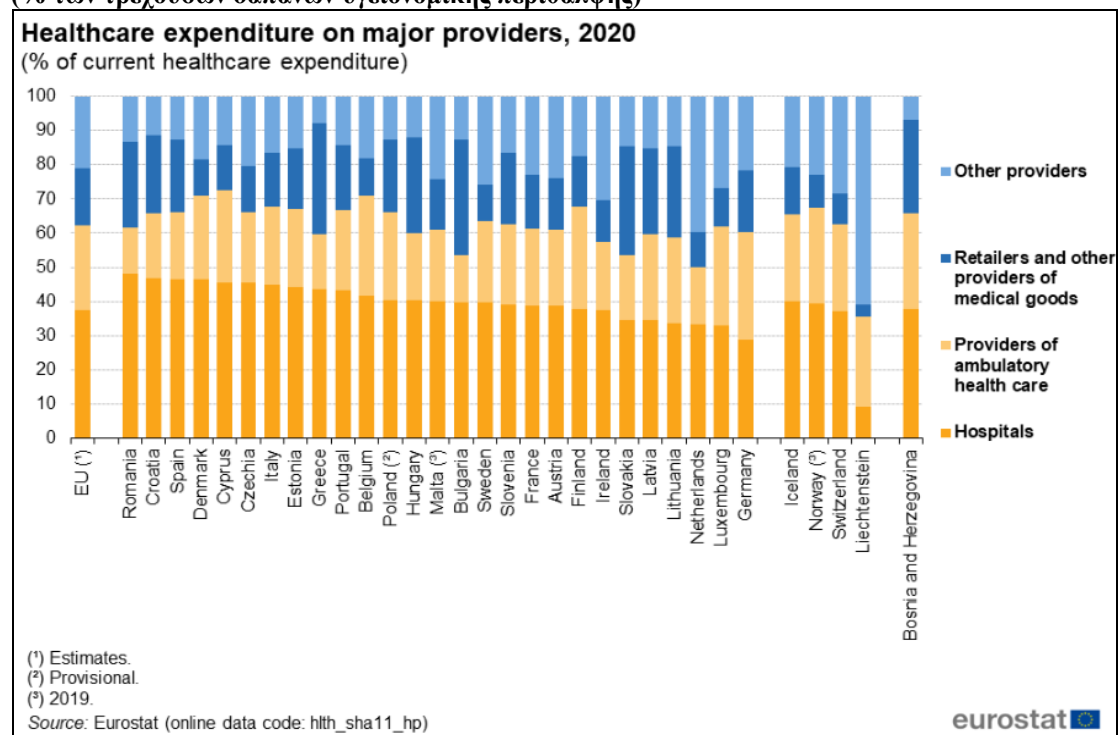
Διάγραμμα 7: Μακροπρόθεσμη υγειονομική περίθαλψη ως μερίδιο των τρεχουσών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης, 2020(%)



Πηγή: Eurostat, 2023

Όπως σημειώθηκε παραπάνω, οι υπηρεσίες που σχετίζονται με τη μακροχρόνια υγειονομική περίθαλψη (βλ. Διάγραμμα 7) αντιπροσώπευαν το 16,6 % των τρεχουσών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης στην ΕΕ το 2020. Το ποσοστό αυτό κάτω ήταν 10% σε 13 από τα κράτη μέλη της ΕΕ. Τα σχετικά χαμηλά μερίδια θα μπορούσαν να οφείλονται στο κύριο βάρος της μακροχρόνιας υγειονομικής περίθαλψης που διαμένει με μέλη της οικογένειας, χωρίς να καταβάλλεται καμία πληρωμή για την παροχή αυτών των υπηρεσιών. Από την άλλη πλευρά, περισσότερο από το 1/5 των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης αποδόθηκε στα μακροχρόνια υγειονομική περίθαλψη στη Δανία, το Βέλγιο και την Ιρλανδία, με το μερίδιο αυτό να ξεπεράσει το 1/4 στη Σουηδία και τις Κάτω Χώρες. Μεταξύ των χωρών της ΕΖΕΣ, ένα σχετικά υψηλό ποσοστό (29,5%, στοιχεία 2019) καταγράφηκε στη Νορβηγία (υψηλότερο από ό, τι σε κάθε κράτος μέλος).

Διάγραμμα 8: Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης σε μεγάλους παρόχους, 2020 (% των τρεχουσών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης)



Πηγή: Eurostat, 2023

Πίνακας 7: Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης, που αναλόθηκαν ανά πάροχο, 2020 (% των τρεχουσών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης)

Healthcare expenditure, analysed by provider, 2020
(% of current healthcare expenditure)

	Hospitals	Residential long-term care facilities	Providers of ambulatory health care	Providers of ancillary services	Retailers and other providers of medical goods	Providers of preventive care	Providers of health care system administration and financing	Rest of the economy	Rest of the world	Providers unknown
EU (*)	37.4	10.3	24.8	2.5	16.7	1.6	4.0	2.4	-	-
Belgium	41.3	10.8	29.1	2.1	10.9	0.9	4.3	0.1	0.0	0.0
Bulgaria	39.8	0.3	13.7	4.0	33.6	0.9	2.2	3.9	1.5	0.0
Czechia	45.5	8.0	20.7	4.3	13.6	0.6	2.1	1.6	0.1	3.8
Denmark	46.3	11.6	24.7	0.0	10.5	1.7	4.9	0.1	0.1	0.0
Germany	28.8	9.3	31.4	1.5	18.1	0.8	5.0	4.7	0.4	-
Estonia	44.2	6.8	22.8	3.8	17.6	1.1	1.8	1.1	0.6	0.0
Ireland	37.3	17.8	20.0	1.3	12.3	2.0	2.4	6.0	0.2	0.7
Greece	43.8	1.6	16.0	3.5	32.5	0.6	1.6	0.0	0.4	0.0
Spain	46.4	5.3	19.9	1.6	21.1	1.7	3.0	1.1	0.0	0.0
France	38.9	12.0	22.2	3.3	15.9	1.3	5.5	0.9	-	-
Croatia	46.8	0.8	19.0	3.7	22.7	3.3	2.3	0.4	0.9	0.2
Italy	44.8	5.9	23.0	4.6	15.7	4.2	1.7	0.2	0.0	0.0
Cyprus	45.6	1.7	27.1	8.5	13.0	0.7	1.6	0.0	1.9	0.0
Latvia	34.6	2.8	25.0	9.2	25.2	0.4	2.1	0.6	0.0	-
Lithuania	33.8	1.7	25.1	4.4	26.6	2.3	1.4	4.5	0.4	0.0
Luxembourg	33.1	8.6	28.9	5.8	11.1	1.7	3.3	5.2	2.2	0.0
Hungary	40.3	3.0	19.7	3.4	28.1	0.7	3.2	1.3	0.4	0.0
Malta (‡)	40.0	18.8	21.1	1.8	14.8	0.9	2.3	0.1	0.3	-
Netherlands	33.3	28.7	16.7	1.7	10.2	3.3	4.3	1.1	0.6	-
Austria	38.7	8.7	22.3	3.0	15.0	1.7	4.2	5.6	0.8	-
Poland (‡)	40.4	1.4	25.8	2.9	21.3	0.5	1.8	5.4	0.6	0.0
Portugal	43.2	1.9	23.5	4.7	19.0	0.1	2.1	5.0	0.6	-
Romania	48.0	1.5	13.6	5.3	25.2	0.2	3.8	1.7	0.7	0.0
Slovenia	39.1	6.5	23.6	0.7	20.8	0.7	4.4	3.6	0.6	-
Slovakia	34.7	0.0	18.8	8.6	31.8	0.8	3.9	0.6	0.8	0.0
Finland	37.7	12.9	30.1	1.6	14.6	0.2	0.8	1.9	-	0.1
Sweden	39.7	18.0	23.8	0.1	10.8	1.7	1.7	2.0	0.1	2.3
Iceland	40.0	15.7	25.5	2.3	13.9	0.8	1.1	-	0.8	-
Liechtenstein	9.2	10.3	26.3	2.6	3.6	1.3	6.5	3.5	36.8	0.0
Norway (*)	39.3	16.4	28.1	1.0	9.8	2.2	1.5	1.7	0.2	0.0
Switzerland	37.1	16.7	25.5	1.9	9.1	1.2	6.5	1.4	0.7	-
Bosnia and Herzegovina	37.8	0.1	28.0	1.6	27.4	0.5	2.0	0.9	1.7	0.0

(*) Estimates.
(‡) 2019.
(?) Provisional.
Source: Eurostat (online data code: hlth_sha11_hp)

eurostat

Πηγή: Eurostat, 2023

Μια ανάλυση των τρεχουσών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης ανά πάροχο παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 7 και στον Πίνακα 7. Θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης που ταξινομούνται στην ίδια ομάδα δεν εκτελούνται στο ίδιο σύνολο δραστηριοτήτων. Για παράδειγμα, τα νοσοκομεία μπορούν να προσφέρουν υπηρεσίες ημερήσιας φροντίδας, επαγγελματίες ασθενείς, βοηθητικές ή άλλους τύπους υπηρεσιών, εκτός από τις υπηρεσίες ενδονοσοκομείου.

Τα νοσοκομεία αντιπροσώπευαν το υψηλότερο ποσοστό (37,4%) των δαπανών για την υγεία το 2020 στην ΕΕ. Μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ, το μερίδιο των τρεχουσών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης που σχετίζονται με τα νοσοκομεία κυμαινόταν από 28,8% του συνόλου στη Γερμανία έως 48% στη Ρουμανία. Μόνο η Γερμανία ανέφερε ότι τα νοσοκομεία δεν είχαν το υψηλότερο μερίδιο των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης, καθώς οι πάροχοι περιπατητικής υγειονομικής περίθαλψης αντιπροσώπευαν μεγαλύτερο μερίδιο (31,%) των συνολικών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης. Μεταξύ των χωρών της ΕΖΕΣ, το Λιχτενστάιν ανέφερε ένα ιδιαίτερα χαμηλό μερίδιο των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης στα νοσοκομεία (9,2%), αντικατοπτρίζοντας το γεγονός ότι ορισμένες δραστηριότητες υγειονομικής περίθαλψης που παρέχονται από εξειδικευμένα νοσοκομεία είναι διαθέσιμες μόνο στο εξωτερικό.

Ο δεύτερος μεγαλύτερος πάροχος υγειονομικής περίθαλψης (σε όρους δαπανών) ήταν γενικά αυτός των περιπατητικών παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Το μερίδιό τους στις τρέχουσες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης το 2020 ήταν κατά μέσο όρο 24,8% στην ΕΕ και κυμαινόταν από 13,6% στη Ρουμανία και 13,7% στη Βουλγαρία έως 31,4% στη Γερμανία. Το μερίδιο των τρεχουσών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης που αντιπροσώπευε οι λιανοπωλητές και άλλοι πάροχοι ιατρικών αγαθών ήταν κατά μέσο όρο 16,7% στην ΕΕ το 2020. Ωστόσο, το μερίδιό τους διέφερε πολύ μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ, από 10,2% στην Ολλανδία έως 31,8% στη Σλοβακία, 32,5% στην Ελλάδα και 33,6% στη Βουλγαρία.

Ο Πίνακας 7 παρέχει πληροφορίες για το σχετικό μέγεθος των παρόχων που φαίνονται στο Διάγραμμα 8, καθώς και πιο λεπτομερείς πληροφορίες για τα μερίδια άλλων παρόχων. Με διαφορά ο μεγαλύτερος από τους άλλους παρόχους ήταν οι μακροχρόνιες περιθάλψεις, οι αντιπροσώπευε στο 10,3% των τρεχουσών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης στην ΕΕ το 2020. Μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ, το μερίδιο αυτό διέφερε ακόμη περισσότερο από το μερίδιο των λιανοπωλείων και άλλων παρόχων ιατρικών προϊόντων: το υψηλότερο μερίδιο για τις μακροχρόνιες

περίθαλψη ήταν 28,7% στην Ολλανδία, ενώ στην Κροατία, η Βουλγαρία και η Σλοβακία το μερίδιο ήταν κάτω από 1%.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ο ΤΟΜΕΑΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ Η ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΤΟΥ

3.1 Ο τομέας παιδείας στην Ελλάδα

Ο τομέας της παιδείας στην Ελλάδα αποτελεί έναν σημαντικό και κρίσιμο τομέα της κοινωνίας και της οικονομίας. Η παιδεία αποτελεί τη βάση για την ανάπτυξη και την πρόοδο της χώρας, καθώς επηρεάζει τον τρόπο σκέψης, τις γνώσεις, τις δεξιότητες και τις αντιλήψεις των νέων γενεών. Το εκπαιδευτικό σύστημα στην Ελλάδα περιλαμβάνει την προσχολική, την πρωτοβάθμια, τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια εκπαίδευση. Οι μαθητές ακολουθούν συγκεκριμένα προγράμματα σπουδών και η εκπαίδευση είναι υποχρεωτική και δωρεάν σε όλα τα επίπεδα. Αυτό σημαίνει ότι οι μαθητές και οι φοιτητές δεν καλούνται να πληρώσουν δίδακτρα για τη συμμετοχή τους στα εκπαιδευτικά προγράμματα τους (Σωτηρίου, 2017).

Η δωρεάν εκπαίδευση έχει ως στόχο τη διασφάλιση ίσων ευκαιριών πρόσβασης στη γνώση και την εκπαίδευση για όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα από το κοινωνικό τους καθεστώς ή την οικονομική τους θέση. Αυτή η πολιτική βοηθά στην αντιμετώπιση της ανισότητας και της κοινωνικής διάκρισης. Παρόλα αυτά, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η δωρεάν εκπαίδευση αφορά κυρίως στα δίδακτρα και την είσοδο στα εκπαιδευτικά ιδρύματα. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να υπάρχουν επιπλέον έξοδα, όπως το κόστος σχολικών ειδών, βιβλίων, εκδρομών κλπ. Επίσης, στην τριτοβάθμια εκπαίδευση (ανώτατη εκπαίδευση), υπάρχει η δυνατότητα πληρωμής διδασκτρών σε ιδιωτικά πανεπιστήμια ή κολέγια (Παμουκτσόγλου & Τζανή, 2002).

Ο στόχος της δωρεάν εκπαίδευσης είναι να διασφαλίσει ότι η πρόσβαση στην εκπαίδευση δεν θα εμποδίζεται από οικονομικούς περιορισμούς και να προωθήσει την ίση ευκαιρία για όλους τους πολίτες να αποκτήσουν τις γνώσεις και τις δεξιότητες που χρειάζονται για την ανάπτυξή τους και την συμβολή τους στην κοινωνία. Η διασφάλιση ίσων ευκαιριών στην παιδεία είναι σημαντική. Η πρόσβαση στην εκπαίδευση πρέπει να είναι διαθέσιμη για όλους, ανεξάρτητα από την κοινωνική τους κατάσταση, την οικονομική τους θέση, το φύλο τους και άλλα χαρακτηριστικά (Καμαριανός κ.α., 2019).

Η Ελλάδα διαθέτει διάφορα πανεπιστήμια και τεχνολογικά ιδρύματα που προσφέρουν ανώτατη εκπαίδευση. Οι πανεπιστημιακές σπουδές περιλαμβάνουν προπτυχιακά, μεταπτυχιακά και διδακτορικά προγράμματα. Τα πανεπιστήμια στην Ελλάδα προσφέρουν εκπαίδευση σε μια ευρεία γκάμα τομέων, συμπεριλαμβανομένων της φιλολογίας, των φυσικών επιστημών, της ιατρικής, της μηχανικής, των κοινωνικών επιστημών και πολλών άλλων. Επιπλέον, τα ΤΕΙ προσφέρουν πρακτική και εφαρμοσμένη εκπαίδευση σε διάφορους τομείς, όπως η τεχνολογία, οι κοινωνικές επιστήμες, η διοίκηση επιχειρήσεων και άλλοι. Αν και παραδοσιακά ήταν ξεχωριστά από τα πανεπιστήμια, το 2018 τα ΤΕΙ συγχωνεύθηκαν με τα πανεπιστήμια σε κοινά προγράμματα σπουδών. Εκτός όμως από τα δημόσια πανεπιστήμια και ΤΕΙ, υπάρχουν και πολλά ιδιωτικά πανεπιστήμια και κολέγια που προσφέρουν ανώτατη εκπαίδευση σε διάφορους τομείς. Αυτά συνήθως λειτουργούν με δίδακτρα και μπορεί να έχουν δικά τους ειδικά προγράμματα και προσεγγίσεις στην εκπαίδευση (Καμαριανός κ.α., 2019).

Η ποικιλία αυτών των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων επιτρέπει στους φοιτητές να επιλέξουν το κατάλληλο πρόγραμμα σπουδών σύμφωνα με τα ενδιαφέροντα τους και τις στόχευσης τους. Επιπλέον, αυτά τα ιδρύματα συμβάλλουν στη διάδοση της γνώσης, της έρευνας και της καινοτομίας στην κοινωνία. Η έρευνα και η καινοτομία είναι σημαντικά μέρη του εκπαιδευτικού συστήματος. Τα πανεπιστήμια και τα ερευνητικά ιδρύματα συμβάλλουν στην εξέλιξη της γνώσης και της τεχνολογίας (Σωτηρίου, 2017).

Ο τομέας παιδείας όμως στην Ελλάδα αντιμετωπίζει προκλήσεις όπως η αναγκαιότητα ενίσχυσης της ποιότητας της εκπαίδευσης, η αναβάθμιση του εκπαιδευτικού προσωπικού, η ενσωμάτωση της τεχνολογίας στη διδασκαλία, η προώθηση της σταδιοδρομίας των καθηγητών, και η αντιμετώπιση της αποτελεσματικότητας του εκπαιδευτικού συστήματος. Οι πολιτικές που αφορούν την παιδεία και την εκπαίδευση επηρεάζουν τον τρόπο λειτουργίας του εκπαιδευτικού συστήματος. Αυτές περιλαμβάνουν αποφάσεις για τα προγράμματα σπουδών, τις εξετάσεις, την ποιότητα της διδασκαλίας και άλλα θέματα. Η συνεχής επαγγελματική κατάρτιση είναι σημαντική για τη διατήρηση και αναβάθμιση των δεξιοτήτων του εκπαιδευτικού προσωπικού.

Συνολικά, ο τομέας παιδείας στην Ελλάδα αντιμετωπίζει προκλήσεις, αλλά αποτελεί βασικό πυλώνα για την ανάπτυξη της κοινωνίας και την ενίσχυση της γνώσης και των δεξιοτήτων των πολιτών. Η εκπαίδευση αποτελεί θεμελιώδες

δικαίωμα κάθε παιδιού και νέου ανθρώπου και πρέπει να προστατεύεται και εξασφαλίζεται ανεξαρτήτως περιόδων κανονικότητας ή κρίσης. Η πρόσβαση σε ποιοτική εκπαίδευση είναι κρίσιμη για την ανάπτυξη και την ευημερία των ατόμων, της κοινωνίας και της χώρας συνολικά (Παπασωτήρη, 2021).

Κατά τις περιόδους κρίσης ή αναταραχής, η σημασία της εκπαίδευσης αναδεικνύεται ακόμα περισσότερο. Οι οικονομικές δυσκολίες ή οι καταστάσεις κρίσης δεν πρέπει να αποτελούν εμπόδιο για το δικαίωμα σε παιδεία. Αντίθετα, οι κοινωνικές και οικονομικές δυσκολίες ενδέχεται να επιδεινώνουν τις ανισότητες στην πρόσβαση στην εκπαίδευση και να αυξάνουν τον κίνδυνο εγκατάλειψης της σχολικής πορείας (Γιαννακάκου, 2018). Για τον λόγο αυτό, είναι σημαντικό να λαμβάνονται μέτρα που εξασφαλίζουν ότι κάθε παιδί και νέος έχει ίση πρόσβαση σε ποιοτική εκπαίδευση, ανεξαρτήτως κοινωνικού, οικονομικού, εθνικού ή γεωγραφικού υποβάθρου. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την παροχή υποτροφιών, την παράλληλη υποστήριξη για παιδιά με ειδικές ανάγκες, την παροχή δωρεάν εκπαιδευτικού υλικού και άλλες μορφές ενίσχυσης που θα διασφαλίζουν ότι η εκπαίδευση παραμένει προσβάσιμη και διαθέσιμη για όλους, ανεξάρτητα από τις συνθήκες (Καμαριανός κ.α., 2019).

3.2 Χρηματοδότηση του τομέα παιδείας στην Ελλάδα

Η χρηματοδότηση του τομέα παιδείας στην Ελλάδα προέρχεται από διάφορες πηγές, συμπεριλαμβανομένων των δημόσιων πόρων, των ιδιωτικών πόρων και της ευρωπαϊκής χρηματοδότησης. Είναι σημαντικό να διασφαλίζεται η βιωσιμότητα και η αποτελεσματική χρησιμοποίηση των πόρων για την αναβάθμιση του εκπαιδευτικού συστήματος (Σωτηροπούλου, 2015). Παρακάτω αναφέρονται ορισμένες από τις βασικές πηγές χρηματοδότησης του τομέα παιδείας στην Ελλάδα:

- **Δημόσια Δαπάνη:** Ο βασικός παράγοντας χρηματοδότησης του τομέα παιδείας είναι ο δημόσιος προϋπολογισμός. Οι κρατικές δαπάνες καλύπτουν το κόστος της λειτουργίας των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, των μισθών του προσωπικού, της εκπαίδευσης και της έρευνας.
- **Προϋπολογισμός Δημοσίων Επενδύσεων που χρηματοδοτεί το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων (ΠΔΕ):** Πρόκειται για έναν ακόμη σημαντικό παράγοντα χρηματοδότησης με σκοπό την ανάπτυξη της Ελλάδας

με έργα που συντελούν στη μεγιστοποίηση τόσο του δημοσίου, όσο και του ιδιωτικού κεφαλαίου του οικονομικού περιβάλλοντος. Μέσω αυτού καταφέρνει η Ελλάδα να εκσυγχρονιστεί και να καλύψει δαπάνες σε εξοπλισμό, σε κτιριακές εγκαταστάσεις και σε επιπρόσθετες δράσεις. Το ΠΔΕ διακρίνεται σε εθνικό επίπεδο που λαμβάνει χρηματοδότηση από πόρους της χώρας και το συγχρηματοδοτούμενο μέρος, το οποίο λαμβάνει χρηματοδότηση από πόρους της χώρας και της ΕΕ ή επιπρόσθετων οργανισμών. Όσον αφορά τον έλεγχο και την εξέταση των παρεμβάσεων τα οποία λαμβάνουν χρηματοδότηση από πόρους της χώρας και από το ΠΔΕ έχει θεσπιστεί μέσω του Ν. 4635/2019 Εθνικό Πρόγραμμα Ανάπτυξης (ΕΠΑ). Επιπλέον, το Υπουργείο Παιδείας δημιουργεί το Τομεακό Πρόγραμμα (ΤΠΑ), μέσω του οποίου οργανώνει κάθε έργο που μπορεί να ανταποκριθεί στις πολιτικές του, αλλά και να τα χρηματοδοτήσει (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2023).

- **Ευρωπαϊκά Προγράμματα ΕΣΠΑ:** Η Ελλάδα λαμβάνει χρηματοδότηση από διάφορα ευρωπαϊκά προγράμματα, όπως το πρόγραμμα Erasmus+ που στοχεύει στην προώθηση της κινητικότητας και της διασυνοριακής συνεργασίας στον τομέα της εκπαίδευσης.
- **Ιδιωτική Χρηματοδότηση:** Εκπαιδευτικά ιδρύματα, όπως ιδιωτικά σχολεία και πανεπιστήμια, μπορεί να λαμβάνουν χρηματοδότηση από δίδακτρα και τις εγγραφές των μαθητών/φοιτητών. Αυτή η χρηματοδότηση συμβάλλει στη λειτουργία και την ανάπτυξη των ιδιωτικών εκπαιδευτικών ιδρυμάτων.
- **Χρηματοδότηση Έρευνας:** Οι πόροι για την έρευνα και την καινοτομία στον τομέα της παιδείας μπορούν να προέρχονται από εσωτερικές και εξωτερικές πηγές, συμπεριλαμβανομένων των κρατικών ερευνητικών και των ευρωπαϊκών προγραμμάτων και της συνεργασίας με τον ιδιωτικό τομέα.
- **Δωρεές και Υποτροφίες:** Φιλανθρωπικές δωρεές και υποτροφίες από ιδιώτες, εταιρείες και οργανισμούς μπορούν να συμβάλουν στην χρηματοδότηση προγραμμάτων και εγκαταστάσεων στον τομέα της παιδείας (Χολέβα, 2022).

Σημειώνεται επιπλέον πως η χρηματοδότηση των δημοσίων δαπανών στον τομέα της παιδείας πέρα από το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων και τα ΕΣΠΑ, επιτυγχάνεται από φορείς που αναλαμβάνουν τη διαχείριση των δαπανών, όπως ΙΚΥ, σχολικές επιτροπές, Ινστιτούτο Τεχνολογίας Υπολογιστών και Εκδόσεων-«ΔΙΟΦΑΝΤΟΣ» (Θωμαΐδου & Danchev, 2019). Γενικά, η χρηματοδότηση του τομέα

παιδείας μέσω όλων αυτών απαιτεί την αποτελεσματική διαχείριση των πόρων και την επιδίωξη βιωσιμότητας και αναβάθμισης του εκπαιδευτικού συστήματος (Σωτηροπούλου, 2015).

3.3 Δημόσια δαπάνη στον τομέα της παιδείας

Η δημόσια δαπάνη στον τομέα της παιδείας αναφέρεται στα χρήματα που δαπανώνται από το κράτος για τη χρηματοδότηση των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, των προγραμμάτων εκπαίδευσης, του προσωπικού, των υποδομών και των δραστηριοτήτων που σχετίζονται με την εκπαίδευση. Οι δημόσιες δαπάνες στην παιδεία αποτελούν έναν σημαντικό δείκτη του πόσο σημαντική θεωρείται η εκπαίδευση για μια κοινωνία και πόσο επενδύει σε αυτήν. Η δημόσια δαπάνη στον τομέα της παιδείας αποτελεί ένδειξη της προτεραιότητας που δίνει μια κοινωνία στην εκπαίδευση, καθώς και του βαθμού στον οποίο επενδύει στην ανάπτυξη των νέων γενεών. Η αυξημένη δημόσια δαπάνη συχνά υποδηλώνει την προσπάθεια για βελτίωση της ποιότητας της εκπαίδευσης και τη διασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης σε όλους (Γιαννακάκου, 2018).

Η δαπάνη εκπαίδευσης αποτελείται από οκτώ βασικές υποκατηγορίες, οι οποίες παρουσιάζονται στον πίνακα 5 που ακολουθεί. Επιπρόσθετα, η εκάστοτε κατηγορία δαπάνης παρουσιάζεται αναλυτικά μέσω των επιμέρους μη χρηματοοικονομικών λογαριασμών, όπως δείχνει ο πίνακας 6.

Πίνακας 8: Βασικές υποκατηγορίες δαπάνης εκπαίδευσης

1. Προσχολική και πρωτοβάθμια εκπαίδευση
2. Δευτεροβάθμια εκπαίδευση
3. Μεταδευτεροβάθμια και τριτοβάθμια εκπαίδευση
4. Τριτοβάθμια εκπαίδευση
5. Αταξινόμητη εκπαίδευση
6. Υποστηρικτικές υπηρεσίες εκπαίδευσης
7. E & A στην εκπαίδευση
8. Μη επιμερισμένες σε κατηγορία δαπάνες εκπαίδευσης

Πηγή: Θωμαΐδου & Danchev, (2019)

Πίνακας 9: Μη Χρηματοοικονομικοί Λογαριασμοί Θεσμικών Τομέων

Λογαριασμός δαπάνης	Υπο-λογαριασμοί δαπανών
Συναλλαγές προϊόντων	
Ενδιάμεση ανάλωση	Χρόνος καταγραφής και αποτίμησης της ενδιάμεσης ανάλωσης
Ακαθάριστος σχηματισμός κεφαλαίου	Πάγιο κεφάλαιο (π.χ. κτίρια, οχήματα και μηχανήματα, Μεταβολές αποθεμάτων, Αγορές μείον πωλήσεις τιμαλφών)
Διανεμητικές συναλλαγές	
Εισόδημα εξαρτημένης εργασίας	Μισθοί και ημερομίσθια, Κοινωνικές εισφορές εργοδότη
Εισόδημα περιουσίας	Τόκοι, Κατανεμηθέν εισόδημα εταιρειών, Επανεπενδυθέντα κέρδη από άμεσες ξένες επενδύσεις, Έσοδα περιουσίας που αποδίδονται στους κατόχους ασφαλιστηρίων συμβολαίων, Ενοίκια
Επιδότησεις	Επιδότησεις επί των προϊόντων, Άλλες Επιδοτήσεις επί της παραγωγής
Φόροι στην παραγωγή και τις εισαγωγές	Φόροι επί των προϊόντων, Άλλοι φόροι επί της παραγωγής
Λοιπές τρέχουσες μεταβιβάσεις	Καθαρά ασφάλιστρα εκτός της ασφάλειας ζωής, Απαιτήσεις ασφάλισης ζημιών, Τρέχουσες μεταβιβάσεις στο πλαίσιο της γενικής κυβέρνησης, Τρέχουσα διεθνής συνεργασία, Διάφορες τρέχουσες μεταβιβάσεις
Κοινωνικές εισφορές και παροχές	Κοινωνικές εισφορές, Κοινωνικές παροχές άλλες από τις κοινωνικές μεταβιβάσεις σε είδος, Κοινωνικές μεταβιβάσεις σε είδος
Τρέχοντες φόροι εισοδήματος πλούτου κ.λπ.	Φόροι εισοδήματος, Άλλοι τρέχοντες φόροι
Μεταβιβάσεις κεφαλαίου	Φόροι κεφαλαίου, Επιχορηγήσεις επενδύσεων, Άλλες μεταβιβάσεις κεφαλαίου

Πηγή: Θωμαΐδου & Danchev, (2019)

Η δημόσια δαπάνη στο σύνολο της εκπαίδευσης αναφέρεται στο σύνολο των χρηματικών πόρων που δαπανώνται από το κράτος για τη χρηματοδότηση των εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων σε όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης. Αυτή η δαπάνη περιλαμβάνει τα έξοδα που σχετίζονται με την παιδεία από την προσχολική εκπαίδευση μέχρι την ανώτατη εκπαίδευση (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2023). Συγκεκριμένα, η δημόσια δαπάνη στο σύνολο της εκπαίδευσης περιλαμβάνει:

- **Προσχολική Εκπαίδευση:** Τα έξοδα για τον εξοπλισμό, το προσωπικό και τις υποδομές των παιδικών σταθμών, των νηπιαγωγείων και των βρεφονηπιακών σταθμών.
- **Βασική Εκπαίδευση (Πρωτοβάθμια):** Τα έξοδα για το προσωπικό, τις υποδομές και τα εκπαιδευτικά υλικά των δημοτικών σχολείων και των σχολείων πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης.
- **Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση:** Τα έξοδα για τα γυμνάσια, τα λύκεια και άλλα εκπαιδευτικά ιδρύματα δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, συμπεριλαμβανομένων των μισθών των εκπαιδευτικών και του εκπαιδευτικού υλικού.
- **Τριτοβάθμια Εκπαίδευση (Ανώτατη Εκπαίδευση):** Τα έξοδα για τα πανεπιστήμια, τα τεχνολογικά ιδρύματα, τα ΤΕΙ και άλλες ανώτατες

εκπαιδευτικές ιδιότητες, περιλαμβανομένων των μισθών των καθηγητών, των υποδομών και των ερευνητικών προγραμμάτων.

- **Εκπαίδευση Ενηλίκων και Δια Βίου Μάθηση:** Τα έξοδα για εκπαιδευτικά προγράμματα και εκπαιδευτικές δραστηριότητες που αφορούν ενήλικες και δια βίου μάθηση (Θωμαΐδου & Danchev, 2019).

Η δημόσια δαπάνη στην εκπαίδευση αντικατοπτρίζει την προτεραιότητα που δίνει μια κοινωνία στην εκπαίδευση και το πόσο επενδύει στην ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων και της γνώσης (Σολάκη, 2016). Κατά την περίοδο των Προγραμμάτων Οικονομικής Προσαρμογής, σημειώθηκε πτωτική πορεία ως προς το ύψος των δαπανών, αν και η χρηματοδότηση του τομέα παιδείας στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται άκρως σημαντική και απαραίτητη προϋπόθεση για την ενίσχυση των κύριων βιώσιμων ρυθμών μεγιστοποίησης και αποκλιμάκωσης των επιπέδων ανεργίας².

3.4 Η διάρθρωση των δημοσίων δαπανών στον τομέα παιδείας μεταξύ Ελλάδας και των κρατών – μελών της ΕΕ

Οι δαπάνες για την εκπαίδευση μπορεί να συμβάλουν στην ενίσχυση της οικονομικής ανάπτυξης, στην ενίσχυση της παραγωγικότητας, στην προσωπική και κοινωνική ανάπτυξη των ανθρώπων και στη μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων. Εντός της ΕΕ, το ποσοστό των οικονομικών πόρων που διατίθενται για την εκπαίδευση είναι μία από τις βασικές επιλογές που κάνουν οι εθνικές κυβερνήσεις. Με παρόμοιο τρόπο, οι επιχειρήσεις, οι μαθητές και οι οικογένειές τους λαμβάνουν επίσης αποφάσεις σχετικά με τους οικονομικούς πόρους που είναι σε θέση ή επιθυμούν να διαθέσουν για την εκπαίδευση.

Μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ, η χρηματοδότηση της εκπαίδευσης προέρχεται κυρίως από την κυβέρνηση, με μικρότερο ρόλο για ιδιωτικές πηγές (συμπεριλαμβανομένων των νοικοκυριών, των επιχειρήσεων, των μη κερδοσκοπικών οργανισμών και των θρησκευτικών ιδρυμάτων), ενώ ακόμη μικρότερο ρόλο διαδραματίζουν γενικά οι μη εγχώριες πηγές. συμπεριλαμβανομένων διεθνών οργανισμών όπως οι ΗΠΑ ή η Παγκόσμια Τράπεζα.

² Ινστιτούτο ΕΝΑ: Οι διαχρονικά χαμηλές δαπάνες για την Παιδεία στην Ελλάδα. Σελίδα στο Διαδίκτυο <https://www.ot.gr/2022/04/23/oikonomia/oi-diachronika-xamiles-dapanes-gia-tin-paideia-stin-ellada/>, με ημερομηνία πρόσβασης 1/8/2023

Πίνακας 10: Δαπάνες για την εκπαίδευση (εξαιρουμένης της προσχολικής εκπαίδευσης), που αναλήθηκαν ανά πηγή κεφαλαίων και είδος συναλλαγής, 2019 (εκατομμύρια ευρώ)

Expenditure on education (excluding early childhood educational development), analysed by source of funds and type of transaction, 2019 (€ million)									
	Government			Households		Other private entities			Non-domestic sources
	Direct payments to institutions	Transfers to households and students	other private entities	Total expenditure	of which, net payments to institutions	Total expenditure	of which, direct payments to institutions	transfers to households and students	Total expenditure
EU (*)	590 135.8	44 642.9	1 584.9	.	.	.	.	.	7 224.3
Belgium	28 039.6	1 802.2	45.5	2 569.2	1 169.1	467.6	467.6	0.0	435.8
Bulgaria (*)	1 854.8	419.6	0.0	482.7	319.4	9.9	6.6	3.3	58.3
Czechia (*)	8 671.0	246.4	0.0	760.3	592.0	429.9	430.0	0.0	158.8
Denmark	16 645.6	3 113.0	0.0	1 001.2	1 001.2	698.2	662.3	35.8	280.3
Germany (*)	148 895.6	14 201.4	0.0	.	.	.	.	0.0	865.4
Estonia (*)	1 135.2	.	.	.	.	.	.	.	.
Ireland (*)	8 036.4	.	0.0	1 177.4	.	353.4	350.8	0.0	167.7
Greece	6 535.5	12.6	27.0	2 329.0	784.4	.	.	0.6	374.2
Spain	48 773.5	2 041.1	0.0	14 586.1	10 466.0	865.3	865.2	0.0	279.6
France	124 988.6	5 531.0	1.9	.	12 434.7	.	5 090.7	.	844.7
Croatia (*)	2 142.4	0.0	0.0	192.2	192.2	201.1	201.2	0.0	111.4
Italy	68 176.0	5 358.0	43.6	11 821.6	9 961.2	930.4	804.8	125.6	420.7
Cyprus	1 159.7	45.5	0.0	423.6	305.1	44.5	18.0	26.5	24.7
Latvia	1 316.6	37.4	2.1	246.9	157.3	66.2	56.8	9.4	121.6
Lithuania	1 799.7	51.8	5.4	233.0	196.5	77.8	65.2	12.6	167.1
Luxembourg	2 288.2	36.3	1.3	81.0	59.2	21.0	15.0	6.0	65.9
Hungary (*)	5 445.0	260.4	0.0	1 438.1	1 204.7	43.0	.	43.0	27.6
Malta	583.7	35.6	26.3	117.6	63.6	9.4	9.4	0.0	4.6
Netherlands	36 007.2	5 421.1	524.2	5 534.8	3 766.7	4 494.3	4 384.4	109.9	479.4
Austria	17 714.5	839.1	187.3	1 577.0	555.6	167.5	167.5	0.0	0.0
Poland (*)	24 115.9	761.9	37.0	4 259.1	3 191.5	526.4	496.7	29.7	1 069.2
Portugal (*)	8 929.2	481.5	0.0	2 539.3	1 875.9	91.6	91.6	0.0	436.8
Romania	6 785.1	263.5	0.0	49.6	38.9	11.5	10.2	1.3	154.8
Slovenia	2 046.1	182.1	4.7	476.5	236.9	49.0	37.3	11.7	74.9
Slovakia (*)	3 296.4	143.6	112.6	634.2	340.6	217.4	217.1	0.2	143.4
Finland	14 018.5	498.7	19.5	687.6	234.6	943.9	142.8	801.1	199.6
Sweden (*)	30 287.2	3 373.5	0.0	.	473.4	797.6	796.4	0.0	342.7
Iceland (*)	1 411.3	55.0	0.0	100.6	70.7	10.8	10.8	0.0	10.4
Norway	22 469.1	2 858.5	321.2	709.4	709.4	468.5	147.3	321.2	97.5
Switzerland (**)	29 075.2	410.5	234.2	.	.	.	3 212.2	.	177.3
Serbia (**)	1 408.2	0.0	0.0	.	.	0.0	0.0	0.0	0.0
Turkey	27 891.0	2 275.8	0.0	8 467.3	5 696.9	4 445.1	4 271.4	173.6	181.7

(.) not available.
(*) Government and non-domestic sources: 2018 and definition differs.
(*) 2018.
(*) Definition differs.
(*) Excluding pre-primary education.
(*) Government, direct payments to institutions: 2016 and definition differs. Households: definition differs. Other private entities, total expenditure and transfers to households and students: 2017.
(*) Government and other private entities, transfers: 2016 and definition differs. Households: definition differs.
(*) Other private entities: 2018.
(*) Households, total expenditure: definition differs.
(*) Other private entities, total expenditure and transfers: 2017.
(*) Government, direct payments to institutions: definition differs. Government, transfers: 2017. Households, total expenditure: definition differs. Other private entities, transfers: 2018.
(*) Government and non-domestic sources: 2018. Other private entities: 2016.
(*) 2017.
Source: Eurostat (online data codes: educ_uoe_fine01, educ_uoe_fine02 and educ_uoe_fine03)

eurostat

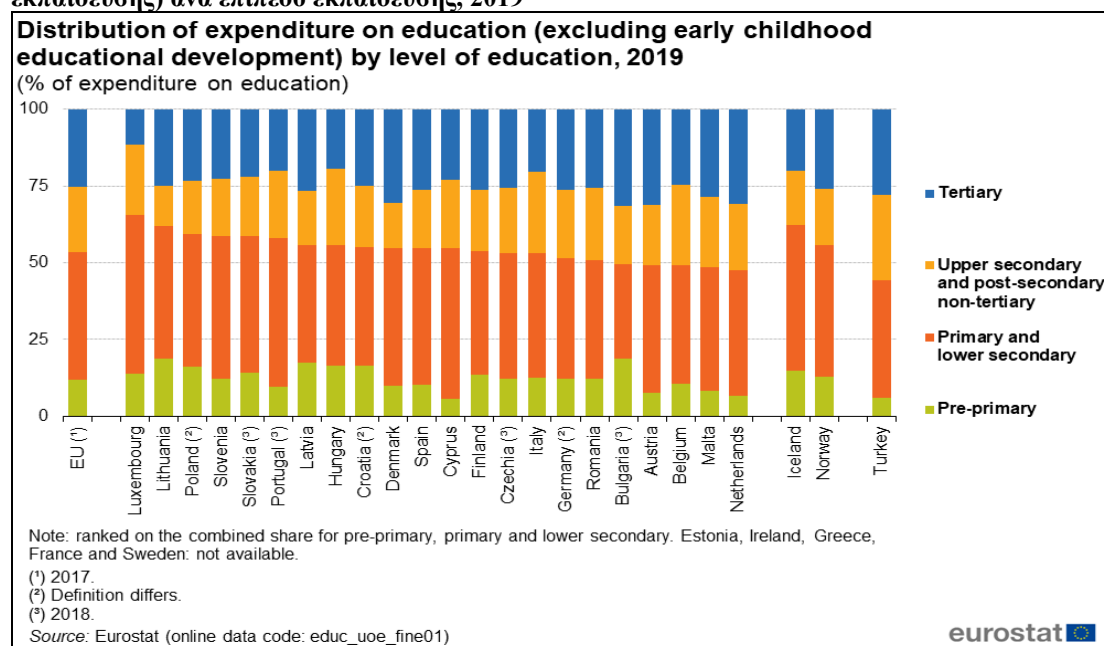
Πηγή: Eurostat, 2023

Το μερίδιο των συνολικών δαπανών για την εκπαίδευση το 2019 που προέρχεται από τις κυβερνήσεις κυμάνθηκε μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ από 71% στην Ελλάδα έως 97% στη Ρουμανία. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ορισμένες κρατικές δαπάνες σχετίζονται με πληρωμές και μεταφορές για την εκπαίδευση στον μη εκπαιδευτικό ιδιωτικό τομέα – σε αυτές περιλαμβάνονται επιδοτήσεις σε νοικοκυριά και φοιτητές καθώς και πληρωμές σε άλλες μη εκπαιδευτικές ιδιωτικές οντότητες. Ως εκ τούτου, αυτό το μέρος προσμετράται δύο φορές, μία φορά στις κρατικές δαπάνες και μία δεύτερη φορά στις δαπάνες των νοικοκυριών και άλλων μη εκπαιδευτικών ιδιωτικών φορέων. Το μερίδιο των μη εκπαιδευτικών ιδιωτικών πηγών

ήταν της τάξης του 20-25 % στην Ουγγαρία, την Πορτογαλία, την Ισπανία και την Ελλάδα και κορυφώθηκε στο 27,6 % στην Κύπρο.

Το μερίδιο των δαπανών για την εκπαίδευση που προέρχονταν από μη εγχώριες πηγές ήταν το υψηλότερο στη Λιθουανία (7,2%) και στη Λετονία (6,8%). Αλλού το μερίδιό της ήταν κάτω από 5% και συχνά κάτω από 3%. Τα υψηλότερα συνολικά επίπεδα κρατικών δαπανών για εκπαιδευτικά ιδρύματα καταγράφηκαν χωρίς έκπληξη στα πολυπληθέστερα κράτη μέλη της ΕΕ: το 2019, οι δαπάνες κορυφώθηκαν στα 148,9 δις ευρώ στη Γερμανία, ακολουθούμενες από 125 δις ευρώ στη Γαλλία. Το μερίδιο των δημοσίων δαπανών για την εκπαίδευση που χρησιμοποιήθηκε για οικονομική βοήθεια σε νοικοκυριά και φοιτητές ήταν 7% στην ΕΕ το 2019.

Διάγραμμα 9: Κατανομή των δαπανών για την εκπαίδευση (εξαιρουμένης της προσχολικής εκπαίδευσης) ανά επίπεδο εκπαίδευσης, 2019



Πηγή: Eurostat, 2023

Κατά το πιο πρόσφατο έτος για το οποίο υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία (βλ. Διάγραμμα 9), η Βουλγαρία ήταν το μόνο κράτος μέλος της ΕΕ όπου το υψηλότερο μερίδιο των συνολικών δαπανών για την εκπαίδευση δεν κατανεμήθηκε στην πρωτοβάθμια και κατώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση: η τριτοβάθμια εκπαίδευση αντιπροσώπευε σχεδόν το 1/3 (31,4% των συνολικών δαπανών για την εκπαίδευση στη Βουλγαρία το 2018, σε σύγκριση με μερίδιο 30,6% για την πρωτοβάθμια και κατώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Για τα άλλα κράτη μέλη, το μερίδιο των

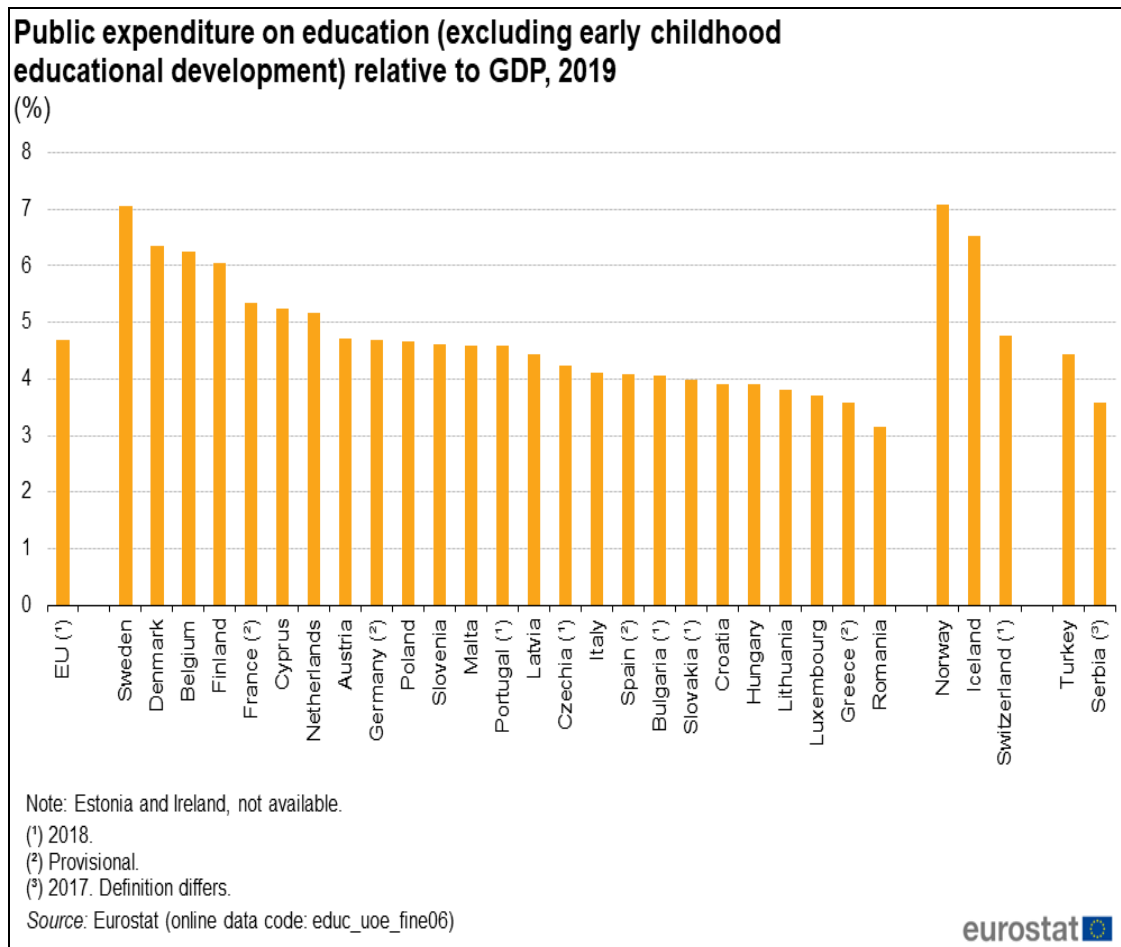
συνολικών δαπανών της πρωτοβάθμιας και κατώτερης δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης κυμαινόταν από το χαμηλό 38,4% στη Λετονία έως περισσότερο από το ήμισυ του συνόλου στο Λουξεμβούργο (51,7%).

Γενικά, το μικρότερο μερίδιο των εκπαιδευτικών δαπανών το 2019 καταγράφηκε για την προσχολική εκπαίδευση, με το μερίδιό του να κυμαίνεται από 5,6% στην Κύπρο και λιγότερο από 10% στην Ολλανδία, την Αυστρία, τη Μάλτα, την Πορτογαλία (στοιχεία 2018) και τη Δανία σε σχεδόν το 1/5 των συνολικών δαπανών για την εκπαίδευση στη Λιθουανία (18,8%) και τη Βουλγαρία (18,9%, στοιχεία 2018). Η Λιθουανία και το Λουξεμβούργο ήταν άτυπα μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ στο βαθμό που η προσχολική εκπαίδευση δεν αντιπροσώπευε το χαμηλότερο μερίδιο των δαπανών για την εκπαίδευση. Στη Λιθουανία, οι δαπάνες για την ανώτερη δευτεροβάθμια και μεταδευτεροβάθμια μη τριτοβάθμια εκπαίδευση ήταν χαμηλότερες στο 12,9%, στο Λουξεμβούργο, οι δαπάνες για την τριτοβάθμια εκπαίδευση ήταν χαμηλότερες στο 11,5%.

Η ανώτερη δευτεροβάθμια και η μεταδευτεροβάθμια μη τριτοβάθμια εκπαίδευση αντιπροσώπευαν συνήθως το 1/6 έως το ένα τέταρτο των συνολικών εκπαιδευτικών δαπανών το 2019, με χαμηλότερα μερίδια να καταγράφονται στη Δανία και τη Λιθουανία και υψηλότερα μερίδια στο Βέλγιο και την Ιταλία.

Οι δαπάνες για την τριτοβάθμια εκπαίδευση το 2019 ήταν γενικά υψηλότερες από το μερίδιο της ανώτερης δευτεροβάθμιας και μεταδευτεροβάθμιας μη τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, αν και υπήρχαν πέντε εξαιρέσεις μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ: Βέλγιο, Πορτογαλία (στοιχεία 2018), Ουγγαρία, Ιταλία και Λουξεμβούργο. Η τριτοβάθμια εκπαίδευση αντιπροσώπευε το 1/5 έως το 1/3 των συνολικών εκπαιδευτικών δαπανών σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ για τα οποία υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, εκτός από το Λουξεμβούργο και την Ουγγαρία που ήταν κάτω από αυτό το εύρος.

Διάγραμμα 10: Δημόσιες δαπάνες για την εκπαίδευση (εξαιρουμένης της προσχολικής εκπαίδευσης) σε σχέση με το ΑΕΠ, 2019 (%)



Πηγή: Eurostat, 2023

Το 2019, το υψηλότερο επίπεδο δημόσιας δαπάνης για την εκπαίδευση σε σχέση με το ΑΕΠ μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ παρατηρήθηκε στη Σουηδία (7,1%), ακολουθούμενη από τη Δανία (6,4%), το Βέλγιο (6,3%) και τη Φινλανδία (6,1%), σύμφωνα με το Διάγραμμα 10. Σχετικά υψηλά ποσοστά καταγράφηκαν επίσης μεταξύ των βόρειων μελών της ΕΖΕΣ, της Νορβηγίας (7,1%) και της Ισλανδίας (6,5%). Μεταξύ των υπόλοιπων κρατών μελών, οι αναλογίες των δημοσίων δαπανών για την εκπαίδευση σε σχέση με το ΑΕΠ κυμαίνονταν μεταξύ 3,6% και 5,4%, με μόνο τη Ρουμανία κάτω από αυτό το εύρος (3,2%).

Πίνακας 11: Δαπάνες για εκπαιδευτικά ιδρύματα (εξαιρουμένης της προσχολικής εκπαιδευτικής ανάπτυξης), 2019

Expenditure on educational institutions (excluding early childhood educational development), 2019

	Value (€ million)	Share of capital and current expenditure (%)			
	Total (capital and current) expenditure	Capital expenditure	Current expenditure		
			Total	Teachers' pay	Other current expenditure
Belgium	30 051	4.7	95.3	62.8	32.5
Bulgaria (*)	2 192	6.0	94.0	55.7	38.4
Czechia (*)	6 973	7.6	92.4	40.5	51.9
Denmark	18 519	6.3	93.7	.	.
Germany (*)	172 625	8.3	91.7	.	.
Estonia	.	.	.	.	.
Ireland	.	.	.	.	.
Greece	.	.	.	.	.
Spain	60 094	5.2	94.8	62.7	32.1
France	143 063	8.4	91.6	48.9	42.7
Croatia	2 597	6.6	93.4	71.6	21.8
Italy	79 363	5.2	94.8	54.6	40.2
Cyprus	1 508	4.5	95.5	67.7	27.8
Latvia	1 549	15.4	84.7	.	.
Lithuania	2 045	5.7	94.3	45.7	48.6
Luxembourg	2 413	10.8	89.2	59.5	29.7
Hungary	6 648	9.3	90.7	.	.
Malta	655	12.1	87.9	40.5	47.4
Netherlands	44 062	10.0	90.0	.	.
Austria	18 437	6.7	93.3	56.7	36.7
Poland	27 985	8.2	91.8	.	.
Portugal (*)	10 321	6.0	94.0	.	.
Romania	6 989	5.0	95.0	73.2	21.8
Slovenia	2 381	6.8	93.2	.	.
Slovakia	.	.	.	.	.
Finland	14 595	9.7	90.3	40.1	50.1
Sweden	31 877	4.7	95.3	.	.
Iceland	1 503	5.4	94.6	49.2	45.4
Norway	22 305	11.8	88.2	.	.
Serbia (*)	1 679	4.3	95.7	.	.
Turkey	37 038	11.1	88.9	.	.

(.) not available.

(*) 2018.

(*) 2016.

(*) Definition differs.

(*) 2017.

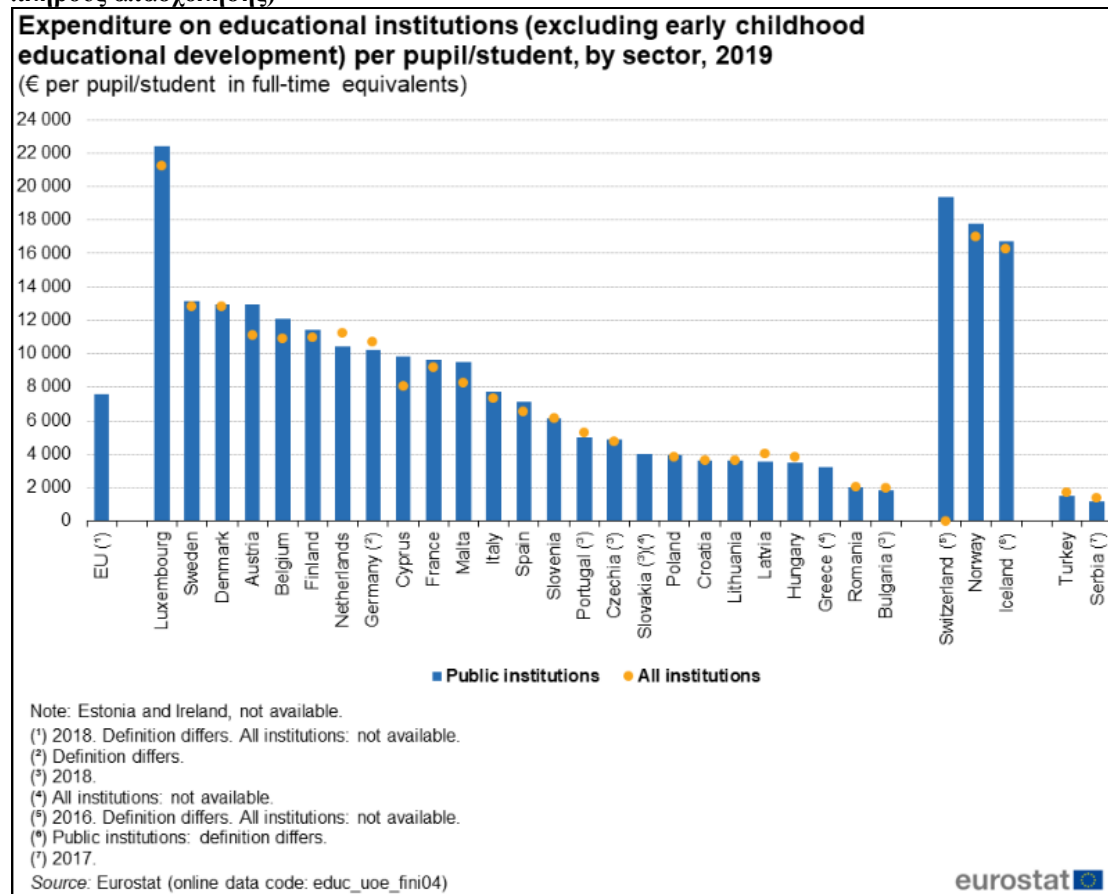
Source: Eurostat (online data code: educ_uoe_fini01)

eurostat 

Πηγή: Eurostat, 2023

Ο Πίνακας 11 παρουσιάζει μια ανάλυση των δαπανών των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων (είτε γίνονται απευθείας από τα ίδια τα ιδρύματα είτε από την κυβέρνηση για λογαριασμό των ιδρυμάτων) για το 2019. Δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα για την Εσθονία, την Ιρλανδία, την Ελλάδα ή τη Σλοβακία. Στις Κάτω Χώρες, το Λουξεμβούργο, τη Μάλτα και τη Λετονία, οι κεφαλαιουχικές δαπάνες έφθασαν ή υπερέβησαν το 10% των συνολικών κεφαλαιουχικών και τρεχουσών δαπανών για τα εκπαιδευτικά ιδρύματα. Αντίθετα, οι κεφαλαιουχικές δαπάνες αντιπροσώπευαν λιγότερο από το 5,0% των τρεχουσών και κεφαλαιουχικών δαπανών στο Βέλγιο, τη Σουηδία και την Κύπρο. Στα περισσότερα κράτη μέλη της ΕΕ για τα οποία υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία (9 από τα 14), η πλειονότητα των δαπανών για τα εκπαιδευτικά ιδρύματα το 2019 αφορούσε τις αμοιβές των εκπαιδευτικών. Ωστόσο, αυτές οι αμοιβές αντιπροσώπευαν χαμηλότερο μερίδιο, 40–50% των συνολικών δαπανών, στη Γαλλία, τη Λιθουανία, την Τσεχία (στοιχεία 2016), Μάλτα και Φινλανδία.

Διάγραμμα 11: Δαπάνες για εκπαιδευτικά ιδρύματα (εξαιρουμένης της προσχολικής εκπαίδευσης) ανά μαθητή/μαθητή, ανά τομέα, 2019 (€ ανά μαθητή/μαθητή σε ισοδύναμα πλήρους απασχόλησης)

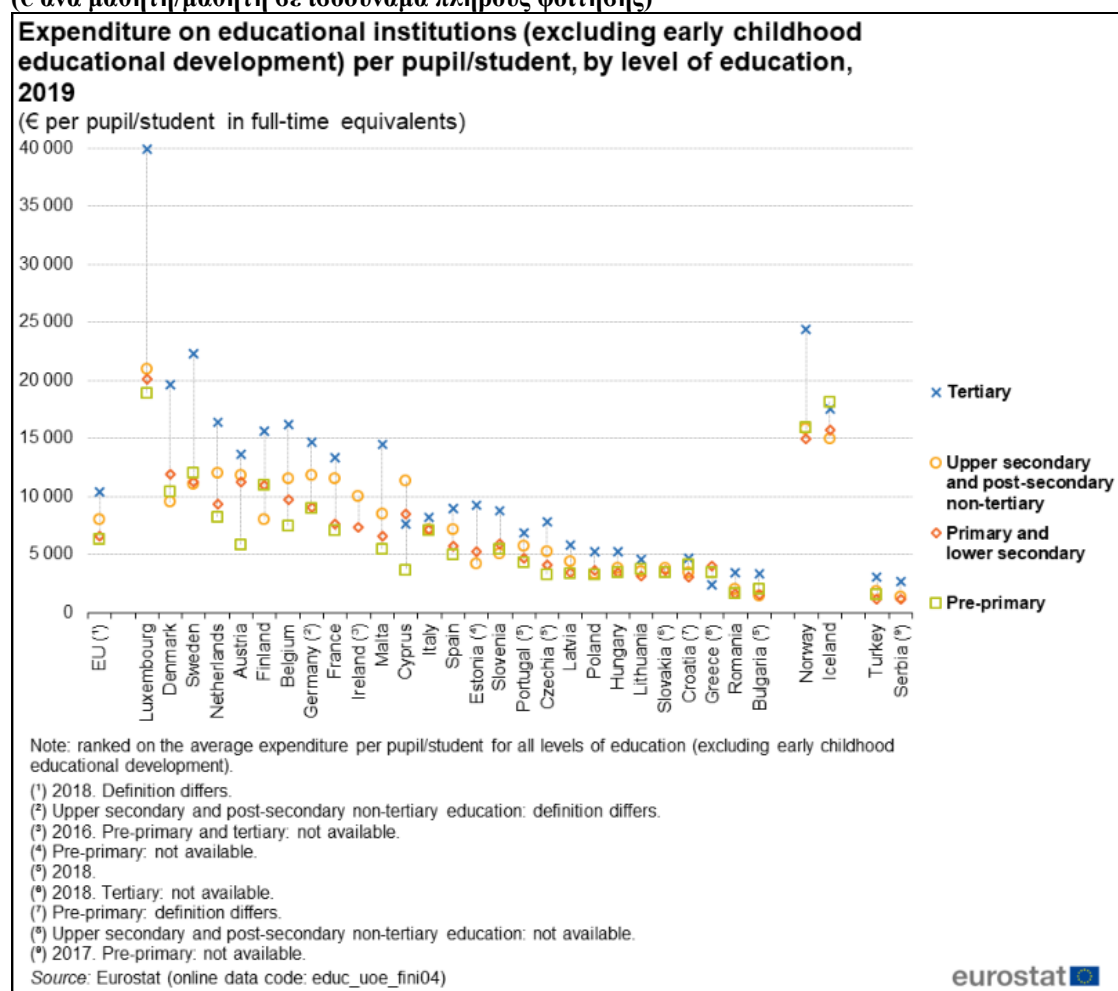


Πηγή: Eurostat, 2023

Η μείωση των ποσοστών γεννήσεων και οι μετατοπίσεις στις δομές του πληθυσμού οδήγησαν ή προβλέπεται να οδηγήσουν σε μείωση του πληθυσμού σχολικής ηλικίας σε πολλά κράτη μέλη της ΕΕ. Με τη σειρά του, αυτό μπορεί κάλλιστα να έχει αντίκτυπο σε δείκτες όπως η μέση δαπάνη ανά μαθητή (για παράδειγμα, εάν οι δαπάνες παραμένουν σταθερές). Αυτή η αναλογία μπορεί επίσης να επηρεαστεί από άλλους παράγοντες, όπως το ποσοστό συμμετοχής των μικρών παιδιών στην εκπαίδευση. Για τα περισσότερα κράτη μέλη, η μέση ετήσια δαπάνη (από δημόσιες και ιδιωτικές πηγές) για όλα τα εκπαιδευτικά ιδρύματα ανά μαθητή/φοιτητή κυμάνθηκε από 3.616€ στην Κροατία έως 12.838€ στη Δανία. Εκτός αυτού του εύρους ήταν το Λουξεμβούργο, το οποίο είχε σημαντικά υψηλότερη μέση δαπάνη ανά μαθητή/φοιτητή στα 21.249 ευρώ, η Ρουμανία στα 2.007 ευρώ και η Βουλγαρία στα 1.931€ (στοιχεία 2018) – που είχαν χαμηλότερο μέσο όρο. Στην πλειονότητα των 23 κρατών μελών της ΕΕ για τα οποία υπάρχουν διαθέσιμα

στοιχεία, η μέση δαπάνη ανά μαθητή/φοιτητή ήταν υψηλότερη στα δημόσια ιδρύματα από ό, τι σε όλα τα ιδρύματα.

Διάγραμμα 12: Δαπάνες για εκπαιδευτικά ιδρύματα (εξαιρουμένης της προσχολικής εκπαίδευσης) ανά μαθητή/μαθητή, ανά επίπεδο εκπαίδευσης, 2019 (€ ανά μαθητή/μαθητή σε ισοδύναμα πλήρους φοίτησης)

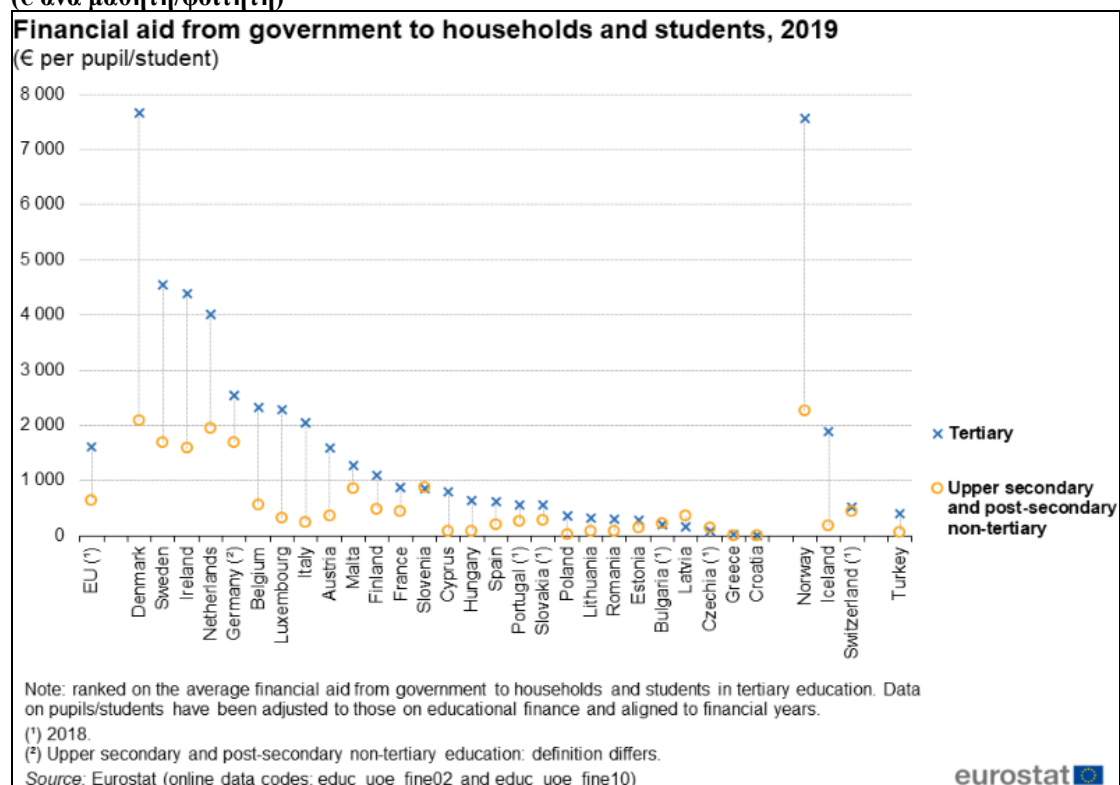


Πηγή: Eurostat, 2023

Με εξαιρέσεις την Ελλάδα (ελλιπή στοιχεία) και την Κύπρο, οι δαπάνες για τα εκπαιδευτικά ιδρύματα ανά μαθητή/φοιτητή ήταν υψηλότερες μεταξύ των ιδρυμάτων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (δεν υπάρχουν στοιχεία για δαπάνες για φοιτητές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης για την Ιρλανδία ή τη Σλοβακία). Το γενικό μοτίβο που παρατηρήθηκε ήταν ένα με το οποίο οι δαπάνες ανά μαθητή/μαθητή αυξήθηκαν από το χαμηλότερο στο υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης (βλ. Διάγραμμα 12). Περισσότερα από τα μισά κράτη μέλη της ΕΕ ανέφεραν ότι η χαμηλότερη μέση δαπάνη ανά μαθητή ήταν για την προσχολική εκπαίδευση (δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για την Εσθονία ή την Ιρλανδία). Η χαμηλότερη μέση δαπάνη ανά μαθητή καταγράφηκε για την πρωτοβάθμια και κατώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση στην

Κροατία, τη Λιθουανία και την Ουγγαρία. Η χαμηλότερη μέση δαπάνη ανά μαθητή καταγράφηκε για την ανώτερη δευτεροβάθμια και μεταδευτεροβάθμια μη τριτοβάθμια εκπαίδευση στη Βουλγαρία (στοιχεία 2018), τη Δανία, τη Σλοβενία, τη Φινλανδία και τη Σουηδία. Η Ελλάδα αποτελούσε εξαίρεση στο ότι η χαμηλότερη μέση δαπάνη ανά μαθητή/φοιτητή (μεταξύ των τριών βαθμίδων εκπαίδευσης για τα οποία υπάρχουν διαθέσιμα ελληνικά δεδομένα) ήταν για την τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Διάγραμμα 13: Οικονομική βοήθεια από την κυβέρνηση σε νοικοκυριά και φοιτητές, 2019 (€ ανά μαθητή/φοιτητή)



Πηγή: Eurostat, 2023

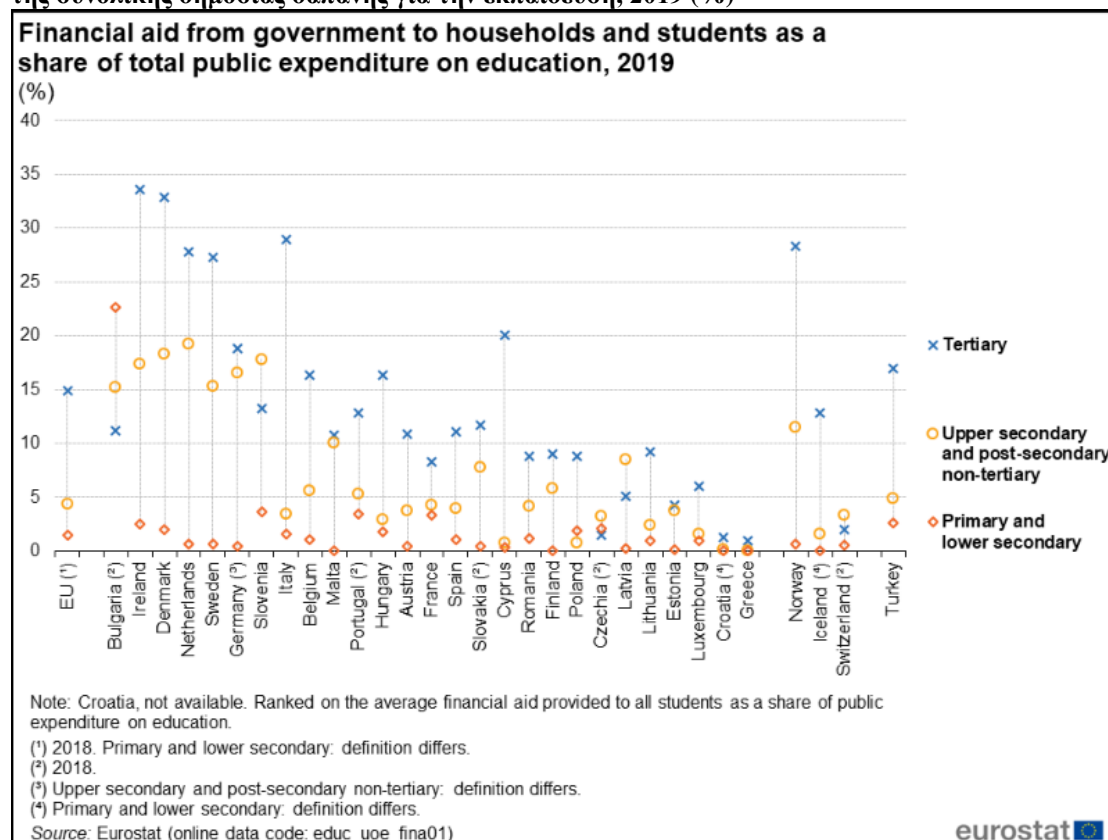
Η οικονομική βοήθεια σε νοικοκυριά ή φοιτητές μπορεί να λάβει διάφορες μορφές, συμπεριλαμβανομένων των υποτροφιών, των δημόσιων δανείων και των επιδομάτων που εξαρτώνται από την ιδιότητα του φοιτητή. Η σχετική σημασία της οικονομικής υποστήριξης μπορεί επίσης να εξαρτάται από το επίπεδο εκπαίδευσης που αναλύεται: η υποχρεωτική εκπαίδευση είναι γενικά δωρεάν για τους μαθητές/φοιτητές, ενώ η τριτοβάθμια εκπαίδευση μπορεί να είναι ή να μην είναι δωρεάν.

Το Διάγραμμα 13 δείχνει πληροφορίες σχετικά με την οικονομική βοήθεια που παρέχεται σε νοικοκυριά και φοιτητές. Σημειώνεται ότι αυτά τα δεδομένα

αντικατοπτρίζουν σε κάποιο βαθμό την εθνική οργάνωση των εκπαιδευτικών συστημάτων. Αντικατοπτρίζουν επίσης τις διάφορες μεθόδους που χρησιμοποιούνται για τη χρηματοδότηση εκπαιδευτικών συστημάτων και την παροχή κοινωνικής υποστήριξης και άλλων μορφών οικονομικής βοήθειας για την ενθάρρυνση των μαθητών να παραμείνουν στο εκπαιδευτικό σύστημα. Η πρωτοβάθμια και η κατώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση είναι σε μεγάλο βαθμό υποχρεωτικές σε ολόκληρη την ΕΕ και η εκπαίδευση αυτή τείνει να παρέχεται δωρεάν. Με εξαίρεση τη Βουλγαρία (στοιχεία 2018), την Τσεχία (στοιχεία 2018), τη Λετονία και τη Σλοβενία, το επίπεδο οικονομικής βοήθειας προς νοικοκυριά και φοιτητές το 2019 ήταν υψηλότερο για την τριτοβάθμια εκπαίδευση από για την ανώτερη δευτεροβάθμια και μεταδευτεροβάθμια μη τριτοβάθμια εκπαίδευση. Σημειώνεται ότι σε ορισμένες χώρες η ικανότητα του τομέα της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης είναι σχετικά χαμηλή. Αυτό μπορεί να οδηγήσει στην παροχή υποστήριξης σε φοιτητές ώστε να μπορούν να σπουδάσουν στο εξωτερικό. Η οικονομική υποστήριξη για την κινητικότητα προς το εξωτερικό δεν καλύπτεται από τα στοιχεία που εμφανίζονται.

Το επίπεδο της οικονομικής βοήθειας για την ανώτερη δευτεροβάθμια και μεταδευτεροβάθμια μη τριτοβάθμια εκπαίδευση ήταν κατά μέσο όρο 647€ ανά μαθητή στην ΕΕ το 2018. Μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ, αυτό κορυφώθηκε στα 2.094€ ανά μαθητή στη Δανία και ξεπέρασε τα 1.500€ ανά μαθητή στην Ολλανδία, τη Γερμανία, τη Σουηδία και την Ιρλανδία. Για την τριτοβάθμια εκπαίδευση, ο μέσος όρος της ΕΕ το 2018 ήταν 1.611€ ανά μαθητή. Ο υψηλότερος μέσος όρος παρατηρήθηκε στη Δανία (7.663€ ανά μαθητή), ενώ μέσοι όροι άνω των 4 000€ ανά μαθητή παρατηρήθηκαν επίσης στη Σουηδία, την Ιρλανδία και τις Κάτω Χώρες. Και για τα δύο αυτά επίπεδα εκπαίδευσης, τα χαμηλότερα μέσα επίπεδα υποστήριξης ανά μαθητή/μαθητή καταγράφηκαν στην Ελλάδα και την Κροατία.

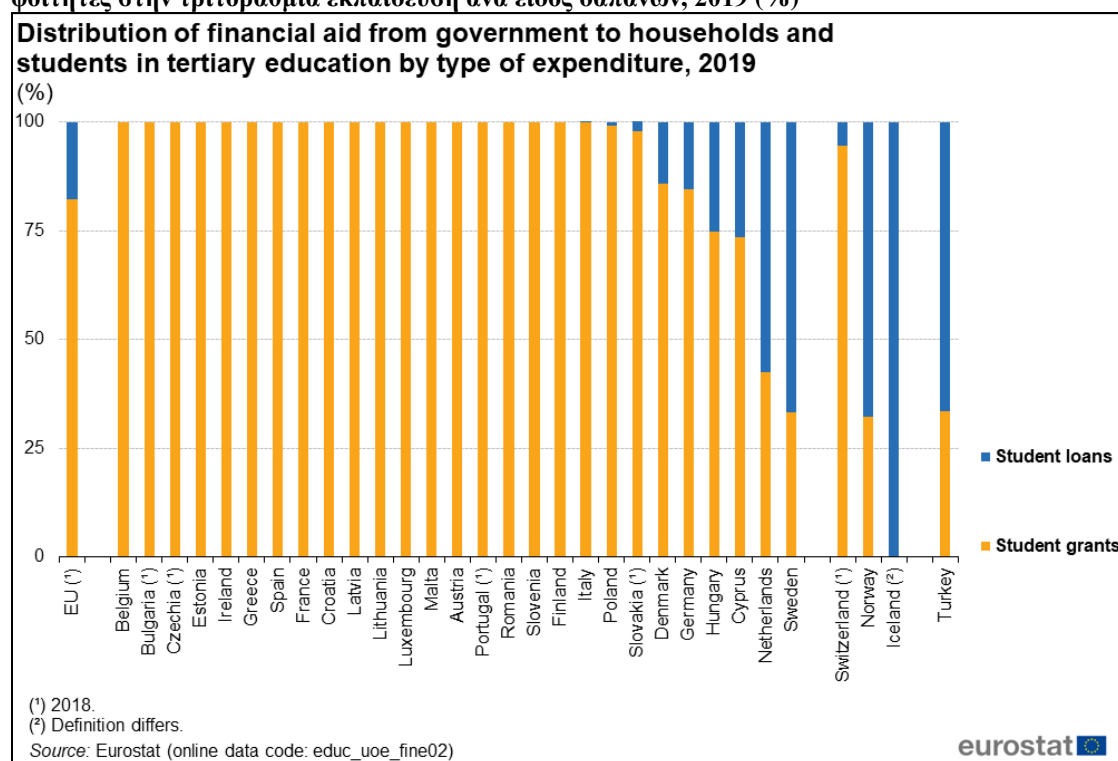
Διάγραμμα 14: Οικονομική βοήθεια από την κυβέρνηση σε νοικοκυριά και φοιτητές ως ποσοστό της συνολικής δημόσιας δαπάνης για την εκπαίδευση, 2019 (%)



Πηγή: Eurostat, 2023

Σύμφωνα με το Διάγραμμα 14, το 2019, το μερίδιο των δημοσίων δαπανών για την τριτοβάθμια εκπαίδευση που χρησιμοποιήθηκε για οικονομική βοήθεια σε φοιτητές υπερέβη το 25% στη Σουηδία, την Ολλανδία και την Ιταλία, ήταν περίπου το 1/3 στη Δανία (32,9%) και κορυφώθηκε στο 33,6% στην Ιρλανδία. Για την ανώτερη δευτεροβάθμια και μεταδευτεροβάθμια μη τριτοβάθμια εκπαίδευση, μερίδια άνω του 15% αναφέρθηκαν για τη Βουλγαρία (στοιχεία 2018), τη Σουηδία, τη Γερμανία, την Ιρλανδία, τη Σλοβενία, τη Δανία και την Ολλανδία. Για την πρωτοβάθμια και κατώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, τα μερίδια ήταν κάτω από 4%, με αξιοσημείωτη εξαίρεση τη Βουλγαρία (22,6% στοιχεία 2018).

Διάγραμμα 15: Κατανομή της οικονομικής βοήθειας από την κυβέρνηση σε νοικοκυριά και φοιτητές στην τριτοβάθμια εκπαίδευση ανά είδος δαπανών, 2019 (%)



Πηγή: Eurostat, 2023

Τα δίδακτρα των φοιτητών και η οικονομική υποστήριξη μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στη διευκόλυνση (ή παρεμπόδιση) της πρόσβασης στην τριτοβάθμια εκπαίδευση. Ενώ οι αμοιβές μπορεί να επιβάλλουν οικονομική επιβάρυνση, διάφορα μέτρα στήριξης μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την άμβλυνση των εμποδίων στη μελέτη. Το Διάγραμμα 15 εστιάζει στην άμεση οικονομική στήριξη προς τους φοιτητές με τη μορφή υποτροφιών και δανείων. Η έμμεση υποστήριξη μπορεί να είναι διαθέσιμη στους φοιτητές (και τις οικογένειές τους) μέσω επιδομάτων ή φορολογικών κινήτρων.

Σχεδόν όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ προσφέρουν τουλάχιστον ένα είδος άμεσης οικονομικής βοήθειας (επιχορήγηση ή δάνειο) σε φοιτητές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Σε ορισμένα κράτη μέλη υπάρχουν τόσο επιχορηγήσεις όσο και δάνεια. Ως εκ τούτου, οι μαθητές μπορεί να χρειαστεί να υποβάλουν αίτηση μέσω χωριστών διαδικασιών για να λάβουν μία ή και τις δύο μορφές βοήθειας. Το Διάγραμμα 15 δείχνει την κατανομή της οικονομικής βοήθειας σε νοικοκυριά και φοιτητές στην τριτοβάθμια εκπαίδευση. Σημειώνεται ότι υπήρχαν 20 κράτη μέλη όπου είτε δεν υπήρχαν φοιτητικά δάνεια είτε όπου τα φοιτητικά δάνεια αντιπροσώπευαν πολύ μικρό μερίδιο της συνολικής παρεχόμενης οικονομικής

βοήθειας (κάτω από 1%). Ως εκ τούτου, υπήρχαν μόνο επτά κράτη μέλη στα οποία η κατανομή των ενισχύσεων μεταξύ φοιτητικών υποτροφιών και φοιτητικών δανείων δεν ήταν σχεδόν εξ ολοκλήρου σταθμισμένη υπέρ των φοιτητικών υποτροφιών. Στη Σλοβακία (στοιχεία 2018), τη Δανία, τη Γερμανία, την Ουγγαρία και την Κύπρο, η πλειονοψηφία της οικονομικής βοήθειας από την κυβέρνηση σε φοιτητές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης χορηγήθηκε με τη μορφή φοιτητικών υποτροφιών. Αντίθετα, στην Ολλανδία και τη Σουηδία, η πλειονότητα της οικονομικής βοήθειας για φοιτητές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης χορηγήθηκε με τη μορφή φοιτητικών δανείων. Στην περίπτωση της Ελλάδας η πλειονότητα της οικονομικής βοήθειας για φοιτητές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης χορηγήθηκε με τη μορφή φοιτητικών υποτροφιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ο ΤΟΜΕΑΣ ΑΜΥΝΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ Η ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΤΟΥ

4.1 Ο τομέας άμυνας στην Ελλάδα

Η άμυνα θεωρείται αγαθό στο πλαίσιο της ασφάλειας και της διεθνούς πολιτικής. Εννοείται ως η ικανότητα ενός κράτους να προστατεύει τον εαυτό του, τους πολίτες του, τα σύνορά του και τα εθνικά του συμφέροντα από απειλές και εχθρικές ενέργειες. Αν και η άμυνα είναι κυρίως συνδεδεμένη με τον στρατιωτικό τομέα, περιλαμβάνει επίσης διπλωματικές, πολιτικές, οικονομικές και κοινωνικές πτυχές (Αλεξόπουλος, 2020). Κάποιες βασικές έννοιες που σχετίζονται με τον τρόπο που αντιμετωπίζεται η άμυνα ως αγαθό περιλαμβάνουν:

- *Εθνική Ασφάλεια:* Η άμυνα αποτελεί το θεμέλιο της εθνικής ασφάλειας, καθώς παρέχει τα μέσα για την προστασία του κράτους και των πολιτών του από εξωτερικές απειλές.
- *Κυριαρχία και Εθνική Ανεξαρτησία:* Η άμυνα είναι στενά συνδεδεμένη με την ενίσχυση της κυριαρχίας και της εθνικής ανεξαρτησίας. Ένα κράτος με ισχυρή άμυνα έχει τη δυνατότητα να αποφασίζει για τα θέματα που αφορούν το μέλλον και την ασφάλεια του χωρίς εξωτερικές πιέσεις.
- *Πρόληψη Συγκρούσεων:* Η ισχυρή άμυνα μπορεί να συμβάλει στην αποτροπή συγκρούσεων και εχθροπραξιών, καθώς η αποτελεσματική ισχύς μπορεί να αποθαρρύνει εχθρικές προθέσεις.
- *Διαπραγμάτευση και Διπλωματία:* Μία ισχυρή άμυνα μπορεί να βοηθήσει στην ενίσχυση της διπλωματικής διαπραγμάτευσης και των διμερών σχέσεων, καθώς δημιουργεί μια βάση εξισορρόπησης στις διαπραγματεύσεις.
- *Συνεργασία και Συμμαχίες:* Η άμυνα ενθαρρύνει τη δημιουργία συμμαχιών και συνεργασιών με άλλα κράτη, καθώς η κοινή αμυντική συνεργασία μπορεί να ενισχύσει την ασφάλεια όλων των συμμετεχόντων (Ναστούλης, 2020).

Συνολικά, η άμυνα αντιπροσωπεύει ένα αγαθό που είναι απαραίτητο για τη διατήρηση της ειρήνης, της σταθερότητας και της ασφάλειας σε μια ασταθή και αβέβαιη διεθνή περιβάλλοντα. Ο τομέας άμυνας στην Ελλάδα έχει εξελιχθεί με τα χρόνια, αντιμετωπίζοντας διάφορες προκλήσεις και ανάγκες. Οι κύριοι πυλώνες της άμυνας περιλαμβάνουν την Ένοπλες Δυνάμεις, τις Εναέριας Δυνάμεις, τον Πολεμικό

Ναυτικό, καθώς και τις Ειδικές Δυνάμεις (Αλεξόπουλος, 2020). Οι πρόσφατες εξελίξεις περιλαμβάνουν:

- **Αναβάθμιση του εξοπλισμού:** Η Ελλάδα προσπαθεί να βελτιώσει τις στρατιωτικές της δυνατότητες με την αναβάθμιση και την αγορά νέου εξοπλισμού. Παραδείγματα περιλαμβάνουν την αγορά νέων πολεμικών πλοίων και των μαχητικών αεροσκαφών Rafale από τη Γαλλία (Ναστούλης, 2020).
- **Γεωπολιτικές προκλήσεις:** Η Ελλάδα αντιμετωπίζει γεωπολιτικές προκλήσεις στην περιοχή, κυρίως σε σχέση με την Τουρκία, σε θέματα όπως η κυριαρχία σε θαλάσσιες περιοχές και τα ενεργειακά δικαιώματα. Αυτό έχει αυξήσει την ανάγκη για ενίσχυση των αμυντικών δυνατοτήτων (Αλεξόπουλος, 2020).
- **Συνεργασίες και άσκηση:** Η Ελλάδα συμμετέχει σε αμυντικές συνεργασίες με άλλα κράτη μέλη του NATO και της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Επίσης, πραγματοποιούνται συχνά αμυντικές ασκήσεις για τη βελτίωση της ικανότητας ανταπόκρισης και συνεργασίας με άλλα κράτη (Ναστούλης, 2020).
- **Έρευνα και ανάπτυξη:** Υπάρχουν προσπάθειες για την ανάπτυξη νέων τεχνολογιών και εξοπλισμού μέσω της έρευνας και ανάπτυξης, με σκοπό τη βελτίωση της άμυνας και της ασφάλειας της χώρας (Αλεξόπουλος, 2020).
- **Νέοι εξοπλισμοί και συμβάσεις:** Η Ελλάδα συνεχίζει να ενδυναμώνει την άμυνά της μέσω της αγοράς και της αναβάθμισης εξοπλισμού. Πρόσφατα, η χώρα ανακοίνωσε συμβάσεις για την αγορά πολεμικών πλοίων, όπλων και άλλων συστημάτων.
- **Τεχνολογική ανάπτυξη:** Ο τομέας της τεχνολογίας παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της άμυνας. Η Ελλάδα έχει επενδύσει σε προγράμματα έρευνας και ανάπτυξης για τη δημιουργία πιο αποτελεσματικών και σύγχρονων αμυντικών συστημάτων (Ναστούλης, 2020).
- **Εκπαίδευση και επαγγελματική ανάπτυξη:** Η εκπαίδευση του προσωπικού των Ενόπλων Δυνάμεων είναι κρίσιμη για την αποτελεσματική λειτουργία και ανάπτυξη του τομέα άμυνας. Η

Ελλάδα επενδύει στην εκπαίδευση και την επαγγελματική ανάπτυξη του προσωπικού της (Ναστούλης, 2020).

- **Συνεργασίες με συμμάχους:** Η Ελλάδα διατηρεί στενές σχέσεις συνεργασίας με άλλες χώρες στο πλαίσιο του ΝΑΤΟ, της Ευρωπαϊκής Ένωσης και διμερώς. Αυτό συμπεριλαμβάνει κοινές αμυντικές ασκήσεις, ανταλλαγές προσωπικού και τεχνογνωσίας, καθώς και συνεργασία σε τεχνολογικά και αμυντικά έργα (Αλεξόπουλος, 2020).

Ο τομέας άμυνας παραμένει σημαντικός για την ασφάλεια και τη σταθερότητα της Ελλάδας και της ευρύτερης περιοχής. Οι εξελίξεις σε αυτόν τον τομέα συνεχίζονται και εξελίσσονται διαρκώς, με βάση τις ανάγκες και τις αλλαγές στο γεωπολιτικό περιβάλλον (Ναστούλης, 2020).

4.2 Οργάνωση και εξοπλισμός του ελληνικού στρατού

Ο Ελληνικός Στρατός είναι μία από τις τρεις κύριες συνιστώσες των Ενόπλων Δυνάμεων της Ελληνικής Δημοκρατίας, μαζί με τον Πολεμικό Ναυτικό και τις Εναέριας Δυνάμεις. Είναι υπεύθυνος για την ασφάλεια του εθνικού εδάφους και τη συμβολή σε ειρηνευτικές, ανθρωπιστικές και διεθνείς αποστολές (Ναστούλης, 2020).

- **Δομή Ενόπλων Δυνάμεων:** Ο Ελληνικός Στρατός χωρίζεται σε διάφορες στρατιωτικές μονάδες και στρατιωτικά σύνολα, όπως πεζικό, τεθωρακισμένα, μηχανοκίνητα τεθωρακισμένα, αερομεταφερόμενες μονάδες, ειδικές δυνάμεις, αεροπορική αμυντική δύναμη, κ.ά..
- **Εξοπλισμός:** Ο εξοπλισμός του ελληνικού στρατού περιλαμβάνει διάφορα όπλα, οχήματα, εξοπλισμό επικοινωνίας, ραντάρ, εξοπλισμό προστασίας, και πολλά άλλα. Οι τύποι και οι ποσότητες του εξοπλισμού μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με τις απαιτήσεις της κάθε μονάδας.
- **Στρατιωτικές Ασκήσεις και Εκπαίδευση:** Ο ελληνικός στρατός διεξάγει τακτικά στρατιωτικές ασκήσεις για τη βελτίωση των ικανοτήτων του προσωπικού και την αξιολόγηση του εξοπλισμού. Επίσης, παρέχει εκπαίδευση σε διάφορα επίπεδα για το προσωπικό του.
- **Ειδικές Δυνάμεις:** Ο ελληνικός στρατός διαθέτει ειδικές δυνάμεις, όπως η Παρασκευαστική Εταιρεία Πολεμικού Ναυτικού (ΠΕΝ) και οι Ειδικές

Δυνάμεις Καταδρομών (ΕΔΚ), που εκπαιδεύονται για επικίνδυνες αποστολές, όπως αντιτρομοκρατικές επιχειρήσεις και διάσωση σε δύσκολες συνθήκες.

- **Συμμετοχή σε Διεθνείς Αποστολές:** Ο ελληνικός στρατός συμμετέχει επίσης σε διεθνείς αποστολές ως μέρος των διεθνών συνεργασιών και συμμαχιών, όπως του ΝΑΤΟ. Αυτές οι αποστολές μπορεί να περιλαμβάνουν ειρηνευτικές, ανθρωπιστικές και ασφαλείας σχετικές επιχειρήσεις (Αλεξόπουλος, 2020).

4.3 Εθνική άμυνα και στρατιωτικές δαπάνες

Η εθνική άμυνα αναφέρεται στις δραστηριότητες, τις πολιτικές και τα μέτρα που λαμβάνονται από ένα κράτος για την προστασία του εδάφους του, των πολιτών του και των εθνικών του συμφερόντων από εξωτερικές απειλές και εχθρικές ενέργειες (Κολιός, 2018). Η εθνική άμυνα συνδέεται στενά με τον τομέα της ασφάλειας και περιλαμβάνει τον σχεδιασμό, την ανάπτυξη και τη διατήρηση των στρατιωτικών ικανοτήτων που απαιτούνται για την αντιμετώπιση πιθανών απειλών. Οι στρατιωτικές δαπάνες αναφέρονται στα οικονομικά κονδύλια που διατίθενται από ένα κράτος για τη χρηματοδότηση των στρατιωτικών εκδηλώσεών του, συμπεριλαμβανομένων των δαπανών για την αναπτυξιακή αγορά, τη συντήρηση, την εκπαίδευση του προσωπικού και την αναβάθμιση του εξοπλισμού (Ανδρουλάκης, 2006).

Οι πολιτικές και οι επιλογές που αφορούν τις στρατιωτικές δαπάνες είναι σημαντικές και συχνά αντικατοπτρίζουν τις προτεραιότητες και τη γεωπολιτική στρατηγική ενός κράτους (Αντωνόπουλος, 2017). Ορισμένοι παράγοντες που επηρεάζουν τις αποφάσεις σχετικά με τις στρατιωτικές δαπάνες περιλαμβάνουν:

- **Γεωπολιτικό Περιβάλλον:** Οι γεωπολιτικές απειλές και προκλήσεις που αντιμετωπίζει ένα κράτος επηρεάζουν το επίπεδο των στρατιωτικών δαπανών που απαιτούνται για την αντιμετώπισή τους.
- **Τεχνολογική Εξέλιξη:** Η ανάπτυξη νέων στρατιωτικών τεχνολογιών μπορεί να απαιτεί αυξημένες δαπάνες για την απόκτηση και τη διατήρηση σύγχρονου εξοπλισμού.
- **Εσωτερικές Οικονομικές Συνθήκες:** Οι δαπάνες για την άμυνα πρέπει να ισορροπούν με τις οικονομικές δυνατότητες του κράτους, χωρίς να δημιουργούν απρόσμενες επιβαρύνσεις.

- **Στρατηγικές Προτεραιότητες:** Οι αποφάσεις σχετικά με το πού θα κατευθυνθούν οι δαπάνες (π.χ. ανάπτυξη εδαφικών δυνατοτήτων, εξαγορά αεροπορικού εξοπλισμού, ενίσχυση των ειδικών δυνάμεων) εξαρτώνται από τις στρατηγικές προτεραιότητες του κράτους (Κολιός, 2018).

Οι στρατιωτικές δαπάνες μπορεί να είναι σημαντική πηγή οικονομικής επιβάρυνσης για ένα κράτος. Επομένως, η ισορροπία μεταξύ της ανάγκης για εθνική άμυνα και των οικονομικών περιορισμών είναι κρίσιμη (Αντωνόπουλος, 2017).

Η συμμετοχή της Ελλάδας ως μέλος του NATO μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο και την έκταση με την οποία επενδύει στις στρατιωτικές δαπάνες. Το NATO είναι μια συμμαχική οργάνωση που συνδέει πολλά δυτικά κράτη με σκοπό τη συνεργασία στον τομέα της άμυνας και της ασφάλειας (Ναστούλης, 2020). Στα πλαίσια των αμυντικών δαπανών το NATO έχει οριοθετήσει δύο σημαντικές κατευθυντήριες γραμμές:

- **Στόχος του 2% του ΑΕΠ:** Μια από τις κατευθυντήριες γραμμές του NATO είναι να δεσμεύουν τα κράτη μέλη να δαπανούν το λιγότερο 2% του ΑΕΠ τους στην Άμυνα. Αυτό το ποσοστό αποτελεί έναν στόχο για τη διασφάλιση της ικανότητας των κρατών μελών να παρέχουν αποτελεσματική άμυνα και ασφάλεια.
- **Αύξηση των Εθνικών Δαπανών για την Άμυνα:** Οι χώρες μέλη του NATO έχουν δεσμευτεί να αυξήσουν σταδιακά τις εθνικές τους δαπάνες για άμυνα προς τον στόχο του 2% του ΑΕΠ. Αυτό αντικατοπτρίζει τη δέσμευση για ενίσχυση των ικανοτήτων άμυνας των κρατών μελών (Ναστούλης, 2020).

Αυτές οι κατευθυντήριες γραμμές αποτελούν μέρος της συνολικής στρατηγικής του NATO για τη διασφάλιση της ασφάλειας και της άμυνας στην περιοχή των μελών του (Αλεξόπουλος, 2020).

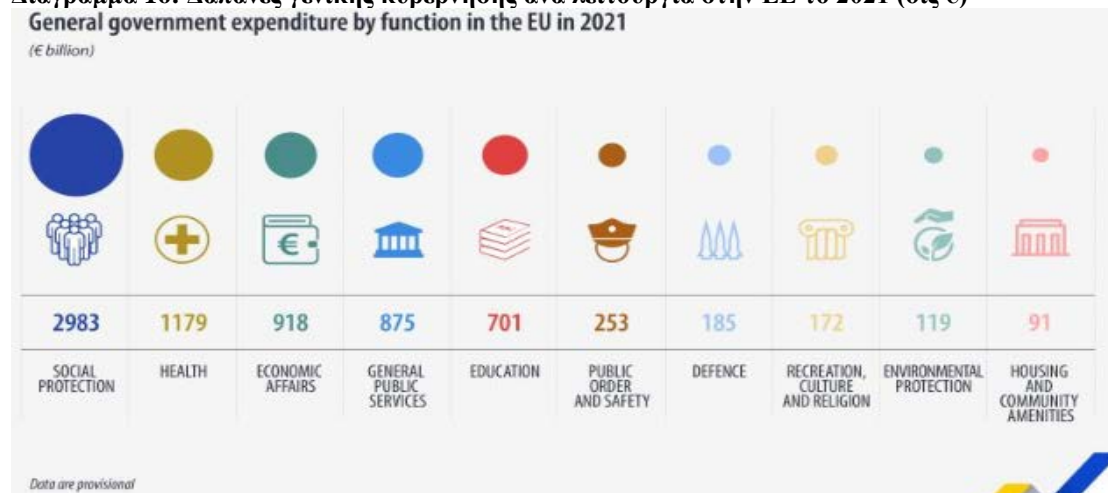
4.4 Η διάρθρωση των δημοσίων δαπανών στον τομέα άμυνας μεταξύ Ελλάδας και των κρατών – μελών της ΕΕ

Η διάρθρωση των δημοσίων δαπανών στον τομέα της άμυνας διαφέρει ανάμεσα στην Ελλάδα και τα υπόλοιπα κράτη μέλη της ΕΕ. Παρακάτω είναι μερικές βασικές σημειώσεις σχετικά με αυτήν τη διάρθρωση:

- **Ελλάδα:** Η Ελλάδα έχει συνήθως διαθέτει υψηλό ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ) της για δημόσιες δαπάνες στον τομέα της άμυνας. Αυτό είναι κυρίως λόγω της γεωπολιτικής της θέσης και των ασφαλιστικών προκλήσεων που αντιμετωπίζει. Οι δαπάνες αυτές συμπεριλαμβάνουν εξοπλισμό, στρατιωτική τεχνολογία, υποδομές και προσωπικό.
- **Υπόλοιπα κράτη μέλη της ΕΕ:** Οι δημόσιες δαπάνες για την άμυνα διαφέρουν σημαντικά ανάμεσα στα υπόλοιπα κράτη μέλη της ΕΕ. Ορισμένες χώρες, όπως η Ηνωμένη Βασιλεία, η Γαλλία και η Γερμανία, έχουν σημαντικές δαπάνες στον τομέα της άμυνας, αντανακλώντας τον ρόλο τους στην παγκόσμια ασφάλεια και την αμυντική τους βιομηχανία (Αλεξόπουλος, 2020).

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η διάρθρωση των δαπανών αυτών εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως η γεωπολιτική κατάσταση, οι αμυντικές ανάγκες, η οικονομική ισχύς και οι εθνικές πολιτικές προτεραιότητες. Επίσης, οι δημοσιονομικές περιορισμοί και οι απαιτήσεις για συνεργασία σε ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο επηρεάζουν τη διάρθρωση αυτών των δαπανών (Γιαννακάκου, 2018). Το 2021, οι δαπάνες άμυνας ανήλθαν στο 1,3% του ΑΕΠ τόσο για την ΕΕ όσο και για τη ζώνη του ευρώ, με τις δαπάνες και στις δύο περιοχές να είναι σχετικά σταθερές την περίοδο 2013-2021 (κυμαίνονται μεταξύ 1,2 και 1,3% του ΑΕΠ). Ως ποσοστό των συνολικών δαπανών, οι δαπάνες «άμυνας» ανήλθαν σε 2,5% το 2021 στην ΕΕ και 2,4% στη ζώνη του ευρώ.

Διάγραμμα 16: Δαπάνες γενικής κυβέρνησης ανά λειτουργία στην ΕΕ το 2021 (δισ €)




Πηγή: Eurostat, (2021)

Πίνακας 12: Συνολικές δαπάνες της γενικής κυβέρνησης για την άμυνα, 2021 (% του ΑΕΠ)

Total general government expenditure on defence, 2021, % of GDP						
	Defence	Military defence	Civil defence	Foreign military aid	R&D Defence	Defence n.e.c.
EU*	1.3	1.1	0.0	0.1	0.0	0.0
euro area 19*	1.3	1.1	0.0	0.1	0.0	0.0
euro area 20*	1.3	1.1	0.0	0.1	0.0	0.0
Belgium	0.9	0.9	0.0	0.0	0.0	0.0
Bulgaria	1.6	1.5	0.1	0.0	-	0.0
Czechia	1.0	0.9	0.0	0.0	0.0	0.1
Denmark	1.2	1.2	0.0	0.0	0.0	0.0
Germany*	1.1	1.0	0.0	0.1	0.0	0.0
Estonia	2.0	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Ireland	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0
Greece	2.8	2.8	0.0	0.0	0.0	0.0
Spain*	1.0	0.8	0.0	0.1	0.0	0.0
France*	1.8	1.5	0.0	0.1	0.1	0.1
Croatia	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Italy	1.4	1.3	0.0	0.1	0.0	0.0
Cyprus	1.8	1.7	0.0	0.1	0.0	0.0
Latvia	2.3	2.3	0.0	0.0	0.0	0.0
Lithuania	1.8	1.5	0.0	0.0	0.0	0.3
Luxembourg	0.4	0.4	0.0	0.1	0.0	0.0
Hungary	1.1	1.1	0.0	0.0	0.0	0.0
Malta	0.6	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0
Netherlands	1.3	1.2	0.0	0.0	0.0	0.0
Austria	0.6	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0
Poland	1.6	1.6	0.0	0.0	0.0	0.0
Portugal*	0.8	0.7	-	0.0	0.0	0.0
Romania	1.9	1.9	0.0	0.0	0.0	0.0
Slovenia	1.2	0.9	0.1	0.0	0.0	0.1
Slovakia	1.3	1.2	0.0	0.0	0.0	0.1
Finland	1.2	1.1	0.1	0.0	0.0	0.0
Sweden	1.3	1.1	0.1	0.1	0.0	0.0
Iceland	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0
Norway	1.7	1.6	0.0	0.0	0.0	0.0
Switzerland	0.8	0.7	0.1	0.0	0.0	0.0

Source: Eurostat (gov_10a_exp)
* provisional

eurostat 

Πηγή: Eurostat, (2021)

Με βάση τον Πίνακα 12, το 2021 τα υψηλότερα επίπεδα συνολικών δαπανών για την άμυνα στην ΕΕ και τις χώρες της ΕΖΕΣ παρατηρήθηκαν στην Ελλάδα (2,8% του ΑΕΠ), τη Λετονία (2,3% του ΑΕΠ) και την Εσθονία (2% του ΑΕΠ), τη Ρουμανία (1,9 % του ΑΕΠ), Γαλλία, Κύπρος και Λιθουανία (όλες 1,8% του ΑΕΠ). Η Νορβηγία ανέφερε 1,7% του ΑΕΠ. Αντίθετα, η Ιρλανδία (0,2% του ΑΕΠ), το Λουξεμβούργο (0,4% του ΑΕΠ), καθώς και η Μάλτα και η Αυστρία (και οι δύο 0,6% του ΑΕΠ) είχαν συγκριτικά χαμηλές δαπάνες για την άμυνα στην ΕΕ. Η Ισλανδία ανέφερε το χαμηλότερο επίπεδο δαπανών για την άμυνα, καθώς δεν διαθέτει μόνιμο στρατό (0,1% του ΑΕΠ).

Σε επίπεδο ΕΕ, το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών «άμυνας» συγκεντρώνεται στην ομάδα COFOG «στρατιωτική άμυνα» (1,1% του ΑΕΠ το 2020). Οι δαπάνες για

πολιτική άμυνα, «Έρευνα & Ανάπτυξη» και αμυντικές δαπάνες που δεν ταξινομούνται αλλού μαζί ανήλθαν σε λιγότερο από 0,1% του ΑΕΠ σε επίπεδο ΕΕ, ενώ η «ξένη στρατιωτική βοήθεια» αντιπροσώπευε το 0,1% του ΑΕΠ το 2021. Η Έρευνα και ανάπτυξη σε άμυνα αποτελούσε αμελητέο μέρος των κρατικών δαπανών σε όλες τις χώρες εκτός από τη Γαλλία (0,1% του ΑΕΠ). Η «ξένη στρατιωτική βοήθεια» ανήλθε στο 0,1 % του ΑΕΠ για την ΕΕ, με αξιοσημείωτα ποσά στη Γερμανία, την Ισπανία, τη Γαλλία, την Ιταλία, την Κύπρο, το Λουξεμβούργο και τη Σουηδία (όλα στο 0,1 % του ΑΕΠ).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι δημόσιες δαπάνες εξυπηρετούν τον σκοπό του δημοσίου τομέα να παρέχει διάφορες υπηρεσίες και παροχές στους πολίτες, όπως υγειονομική περίθαλψη, εκπαίδευση, άμυνα, υποδομές, κοινωνική πρόνοια, περιβάλλον, και άλλες δημόσιες υπηρεσίες. Επιπλέον, προκύπτουν από διάφορες πηγές εσόδων του κράτους, όπως φόροι, τέλη, εισφορές, δάνεια κ.α..

Ο τομέας της υγείας είναι ευρύς και πολυπληθής, και αναφέρεται σε όλες τις πτυχές που σχετίζονται με την προστασία, τη διατήρηση και τη βελτίωση της ανθρώπινης υγείας. Συνολικά, τα συστήματα υγείας είναι σύνθετα και πολυποίκιλα, αλλά παραμένουν ζωτικής σημασίας για την ευημερία και την υγεία των κοινωνιών. Η διαρκής προσπάθεια βελτίωσης, προσαρμογής και αντιμετώπισης νέων προκλήσεων αποτελεί βασική αρχή για την αποτελεσματική λειτουργία τους.

Ο τομέας παιδείας αναφέρεται στο σύστημα εκπαίδευσης και διδασκαλίας που παρέχεται σε μαθητές και φοιτητές. Το σύστημα εκπαίδευσης και διδασκαλίας αναφέρεται στον οργανωμένο τρόπο με τον οποίο παρέχεται η εκπαίδευση σε μαθητές και φοιτητές. Η χρηματοδότηση του τομέα της παιδείας είναι ένας κρίσιμος παράγοντας που επηρεάζει την ποιότητα και την προσβασιμότητα της εκπαίδευσης. Η βέλτιστη χρήση των πόρων είναι ζωτικής σημασίας για τη διασφάλιση της ποιότητας και της ισότητας στην εκπαίδευση.

Ο τομέας της άμυνας αναφέρεται στον τομέα της εθνικής ασφάλειας και της προστασίας μιας χώρας ή ενός κράτους από απειλές και εχθρικές ενέργειες. Περιλαμβάνει τις στρατιωτικές, αστυνομικές και πληροφοριακές δραστηριότητες που αποσκοπούν στη διατήρηση της ασφάλειας, την προστασία των πολιτών και την αποτροπή των απειλών. Η χρηματοδότηση του τομέα άμυνας είναι ένα σημαντικό θέμα για κάθε κράτος, καθώς εξασφαλίζει την ικανότητα της χώρας να αντιμετωπίζει απειλές και να διατηρεί την ασφάλειά της.

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα έχει μια πολύπλοκη οργανωτική διάρθρωση με πολλούς φορείς που συμβάλλουν στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης και διαχείριση του συστήματος. Οι δημόσιες δαπάνες στον τομέα της υγείας περιλαμβάνουν τα έξοδα για τη λειτουργία των νοσοκομείων, των κέντρων υγείας, την αποζημίωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, την αγορά φαρμάκων

και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, καθώς και τις επενδύσεις στην υγειονομική υποδομή.

Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα επηρεάζονται από διάφορους παράγοντες, όπως η οικονομική κατάσταση, η πανδημία, ο τρόπος λειτουργίας του δημόσιου συστήματος υγείας, ο βαθμός ασφάλισης των πολιτών, οι τιμές των φαρμάκων και ιατρικών υπηρεσιών, καθώς και οι πολιτικές για την υγεία και η κοινωνική προστασία. Το επίπεδο τρεχουσών δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ, κατέγραψε συνολική αξία 15 δις ευρώ το 2020, διατηρώντας το 9,5% του ΑΕΠ. Σε σχέση με το μέγεθος του πληθυσμού και σε ευρώ, οι τρέχουσες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης το 2020 ήταν οι υψηλότερες μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ στο Λουξεμβούργο (5.875 € ανά κάτοικο) και τη Δανία (5.642 € ανά κάτοικο).

Συνολικά, οι διάφορες χώρες-μέλη της ΕΕ έχουν διαφορετικούς παράγοντες και προτεραιότητες που καθορίζουν τη διάρθρωση των δημοσίων δαπανών τους στον τομέα της υγείας. Κατά τη συγκριτική ανασκόπηση σε στοιχεία που σχετίζονται με τις δαπάνες υγείας στην Ελλάδα σε σχέση με τα κράτη – μέλη της ΕΕ παρατηρήθηκε αύξηση με ήπιο ρυθμό, χωρίς όμως να φτάνει τα ποσοστά των κρατών μελών της ΕΕ. Κάνοντας μία αναδρομή στο χρόνο το ύψος των δημοσίων δαπανών στην Ελλάδα ήταν πιο χαμηλό από τον μέσο όρο της ΕΕ.

Ο τομέας της παιδείας στην Ελλάδα αποτελεί έναν σημαντικό και κρίσιμο τομέα της κοινωνίας και της οικονομίας. Η παιδεία αποτελεί τη βάση για την ανάπτυξη και την πρόοδο της χώρας, καθώς επηρεάζει τον τρόπο σκέψης, τις γνώσεις, τις δεξιότητες και τις αντιλήψεις των νέων γενεών. Η δημόσια δαπάνη στον τομέα της παιδείας αναφέρεται στα χρήματα που δαπανώνται από το κράτος για τη χρηματοδότηση των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, των προγραμμάτων εκπαίδευσης, του προσωπικού, των υποδομών και των δραστηριοτήτων που σχετίζονται με την εκπαίδευση.

Το μερίδιο των συνολικών δαπανών για την εκπαίδευση το 2019 που προέρχεται από τις κυβερνήσεις κυμάνθηκε μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ από 71% στην Ελλάδα έως 97% στη Ρουμανία. Ως εκ τούτου, αυτό το μέρος προσμετράται δύο φορές, μία φορά στις κρατικές δαπάνες και μία δεύτερη φορά στις δαπάνες των νοικοκυριών και άλλων μη εκπαιδευτικών ιδιωτικών φορέων. Το μερίδιο των μη εκπαιδευτικών ιδιωτικών πηγών ήταν της τάξης του 20-25% στην

Ουγγαρία, την Πορτογαλία, την Ισπανία και την Ελλάδα και κορυφώθηκε στο 27,6% στην Κύπρο.

Η άμυνα θεωρείται αγαθό στο πλαίσιο της ασφάλειας και της διεθνούς πολιτικής. Εννοείται ως η ικανότητα ενός κράτους να προστατεύει τον εαυτό του, τους πολίτες του, τα σύνορά του και τα εθνικά του συμφέροντα από απειλές και εχθρικές ενέργειες. Η συμμετοχή της Ελλάδας ως μέλος του NATO μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο και την έκταση με την οποία επενδύει στις στρατιωτικές δαπάνες. Το NATO είναι μια συμμαχική οργάνωση που συνδέει πολλά δυτικά κράτη με σκοπό τη συνεργασία στον τομέα της άμυνας και της ασφάλειας.

Το 2021 τα υψηλότερα επίπεδα συνολικών δαπανών για την άμυνα στην ΕΕ και τις χώρες της ΕΖΕΣ παρατηρήθηκαν στην Ελλάδα (2,8% του ΑΕΠ), τη Λετονία (2,3% του ΑΕΠ) και την Εσθονία (2% του ΑΕΠ), τη Ρουμανία (1,9 % του ΑΕΠ), Γαλλία, Κύπρος και Λιθουανία (όλες 1,8% του ΑΕΠ). Η Νορβηγία ανέφερε 1,7% του ΑΕΠ. Αντίθετα, η Ιρλανδία (0,2% του ΑΕΠ), το Λουξεμβούργο (0,4% του ΑΕΠ), καθώς και η Μάλτα και η Αυστρία (και οι δύο 0,6% του ΑΕΠ) είχαν συγκριτικά χαμηλές δαπάνες για την άμυνα στην ΕΕ. Η Ισλανδία ανέφερε το χαμηλότερο επίπεδο δαπανών για την άμυνα, καθώς δεν διαθέτει μόνιμο στρατό (0,1% του ΑΕΠ).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

1. Αλεξόπουλος, Ν. (2020). Στρατιωτικές και αμυντικές δαπάνες της Ελλάδος τα τελευταία 50 χρόνια. Πτυχιακή εργασία, Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης Επιχειρήσεων
2. Αντωνοπούλου, Λ. (2008). Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του εθνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία. Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη, 3 (2): 109-120
3. Αντωνόπουλος, Ν. (2017). Οι επιπτώσεις της τρέχουσας οικονομικής κρίσης στις αμυντικές δαπάνες της Ελλάδας: ποσοτική και ποιοτική ανάλυση. Διπλωματική μελέτη, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη
4. Βενιέρης, Δ. (1997). Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: η ιστορία της μεταρρύθμισης. Στο: Κυριόπουλος, Γ. & Σισούρας, Α. (1997). Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη. Θεμέλιο & Ακαδημία επαγγελματιών υγείας, Αθήνα
5. Βεριώνης, Δ. (2018). Νόμος 4486/2017 για ΤοΜΥ και η διαλειτουργική σύνδεση με την Νοσοκομειακή περίθαλψη. ΕΚΔΔΑ, Αθήνα
6. Βραχάτης, Δ. & Παπαδόπουλος Α. (2012). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και Προοπτικές. Νοσηλευτική, 51 (1): 10-17
7. Βραχνέλη, Α. (2017). Πρωτοβάθμια περίθαλψη και σύστημα υγείας: μεταρρυθμιστικές προσπάθειες, προβλήματα και προοπτικές. Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης (ΕΣΔΔΑ), Αθήνα
8. Γιαννακάκου, Ε. (2018). Η διαχρονική εξέλιξη των δημοσίων δαπανών στην υγεία, παιδεία και άμυνα και συγκριτική μελέτη αυτών με τις μεγάλες ευρωπαϊκές χώρες για τα έτη 1996-2015. Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Πειραιάς
9. Γιαννακόπουλος, Ν. & Ντεμούσης, Μ. (2015). Οικονομική της Εκπαίδευσης. Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών, Αθήνα
10. ΕΟΦ, (2017). Αποστολή του ΕΟΦ
11. Θωμαΐδου, Φ. & Danchev, S. (2019). Εκπαίδευση στην Ελλάδα: Κρίση και εξέλιξη της δημόσιας και ιδιωτικής δαπάνης. IOBE
12. Ζηκίδου, Σ. (2020). Η διαχρονική εξέλιξη των δαπανών υγείας στην Ελλάδα και οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στις δαπάνες υγείας των

- νοικοκυριών: σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιά
13. Καμαριανός, Γ., Κυρίδης, Α., Φωτόπουλος, Ν. & Χαλκιώτης, Δ. (2019). Το δημόσιο σχολείο στην Ελλάδα - Όψεις και τάσεις μιας αναδυόμενης ιδιωτικοποίησης. Διδασκαλική Ομοσπονδία Ελλάδος
 14. Καϊτελίδου, Δ. (2014). Οικονομική Κρίση και Βιωσιμότητα του Ελληνικού Συστήματος Υγείας. *Hellenic Journal of Nursing*, 53 (2): 129–132
 15. Κακαλέτσης, Ν., Ιωαννίδης, Α., Σιγάλας, Ι. & Χατζητόλιος, Α. (2013). Η περιφερειακή οργάνωση του ΕΣΥ στην Ελλάδα Σύντομη αναδρομή στις μέχρι σήμερα νομοθετικές παρεμβάσεις. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30 (2): 233-240
 16. Κολιός, Β. (2018). Στρατιωτικές δαπάνες και οικονομική ανάπτυξη. Διπλωματική εργασία, Οργάνωση και Διοίκηση Επιχειρήσεων, Αθήνα
 17. Κουμαριανός Β. (2017). Ενοποίηση του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης: Ο Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης ως Οργανωτικό Όχημα για την Νέα Αρχιτεκτονική των Συντάξεων. *Κοινωνική Πολιτική*, 8: 50–73
 18. Κουκουφιλίππου, Ι., Παπαβασιλείου, Ε. & Κοϊνης, Α. (2016). Κοινωνική πολιτική και δαπάνες κοινωνικής προστασίας και υγείας. Το βήμα του Ασκληπιού, 15(4): 346-364
 19. Κυριαζή, Κ. & Μπαλτάση Ε. (2015). Η εξέλιξη του ΕΟΠΠΥ στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Πτυχιακή Εργασία. Τμήμα Λογιστικής και Χρηματοοικονομικής, ΑΤΕΙ Πειραιά
 20. Κυριόπουλος, Γ. (1995). Κράτος ή Αγορά; Η κρίσιμη επιλογή στον υγειονομικό τομέα. Στο: Κυριόπουλος, Γ. (1995). Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα στο σταυροδρόμι των επιλογών. Θεμέλιο & Ακαδημία επαγγελματιών υγείας, Αθήνα
 21. Μητάκος, Α. & Μπογιατζίδης, Π. (2023). Δαπάνες και χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας Οι επιπτώσεις της πανδημίας της νόσου COVID-19. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 40 (1): 102-107
 22. Μιλτιάδης, Ν. (2014). Ιδιωτική ασφάλιση και οικονομική ανάπτυξη: Οι προοπτικές της ελληνικής ασφαλιστικής αγοράς. Ενότητα Ε: Δημόσια και ιδιωτική Ασφάλιση

23. Μιλτιάδης, Χ. & Μπογιατζίδης, Π. (2021). Εξέλιξη των δαπανών υγείας και των μεταρρυθμίσεων την περίοδο 2009–2017. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 38 (1): 108-116
24. Μπακόλα, Ε., Φραδέλος, Ε., Μπακόλα, Ε. & Ζυγά, Σ. (2018). Μεταρρυθμίσεις και εξέλιξη των δαπανών για την υγεία σε περίοδο οικονομικής κρίσης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 35 (4): 549–557
25. Μπιτσώρη, Ζ. & Μπαλάσκα, Δ. (2016). Υπηρεσίες υγείας και χρηματοδότηση τους. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 5 (2): 113-124
26. Μπουρσανίδης, Χ. (2020). Συστήματα Υγείας & Συγκριτική Πολιτική Υγείας. *Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης & Αυτοδιοίκησης, Διδακτικές Σημειώσεις*
27. Ναστούλης, Σ. (2020). Στατιστική ανάλυση εξοπλιστικών αμυντικών δαπανών της Ελλάδας και άλλων χωρών. *Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Αιγαίου*
28. Οικονόμου, Χ. (2012). Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενοείας στην Ελλάδα, - Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. *Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ*
29. Οικονόμου, Φ. & Χαρέμης, Α. (2014). Μελλοντικές Τάσεις και Προκλήσεις στο Χώρο της Υγείας. *Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών*
30. Παμουκτσόγλου, Τ. & Τζανή, Μ. (2002). Το Ελληνικό Εκπαιδευτικό Σύστημα – Ταυτόν και αλλοτριμορφοδίατον. *Ερωδιός, Αθήνα*
31. Παπασωτήρη, Ι. (2021). Η πορεία και ο ρόλος των εκπαιδευτικών δαπανών στην Ελλάδα την τελευταία εικοσαετία. *Πτυχιακή εργασία, Τμήμα Διοικητικής Επιστήμης και Τεχνολογίας, Μεσολόγγι*
32. Πετρέλης, Μ. & Δομάγερ, Φ. (2016). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. *Το βήμα του Ασκληπιού*. 15 (4): 365- 379
33. Πεχλιβανίδου Ρ. (2017). Δημόσια Υγεία, Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα. *Προβλήματα και Προοπτικές. Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας*
34. Πιερράκος, Γ. (2018). Οργάνωση και Διοίκηση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. *Σημειώσεις Μαθήματος, ΕΣΔΔΑ, Αθήνα*
35. Ρεκλέτη, Μ., Τανανάκη, Μ. & Κυκούδης, Π. (2012). Οι δαπάνες υγείας στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα σε σχέση με τη διεθνή εμπειρία. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 1(1), 1-12

36. Σίσκου, Ο., Καϊτελίδου, Δ., Θεοδώρου, Μ. & Λιαρόπουλος, Λ., (2008). Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα. Το Ελληνικό παράδοξο', Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25 (5): 663-672
37. Σολάκη, Μ. (2016). Δαπάνες Εκπαίδευσης: Μια συγκριτική καταγραφή ανάμεσα σε Ευρώπη και Ελλάδα. Ελληνικό Ινστιτούτο Οικονομικών της Εκπαίδευσης και Δια Βίου Μάθησης, της έρευνας και της καινοτομίας, 1-12
38. Σταχτέας, Π. & Σταχτέας, Χ. (2021). Καταγραφή και Αξιολόγηση των Δομικών Αλλαγών του Ελληνικού Συστήματος Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Επιστημονικά Χρονικά, 26 (1): 88-101
39. ΣΦΕΕ, (2019). Η σημασία της πρόληψης μέσω του Εμβολιασμού
40. Σωτηρίου, Β. (2017). Η Παιδεία και η Εκπαίδευση, ως τομείς έκφρασης του κοινωνικού κράτους. Η συμβολή της δια Βίου Μάθησης στην προσωπική και κοινωνική ανάπτυξη. Διπλωματική εργασία, Διαπανεπιστημιακό Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Τοπική και Περιφερειακή Ανάπτυξη και Αυτοδιοίκηση», Αθήνα
41. Σωτηροπούλου, Π. (2015). Το ετήσιο δημόσιο και ιδιωτικό κόστος της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Η περίπτωση των σχολικών μονάδων των Δήμων Περιστερίου, Ιλίου και Αγίας Βαρβάρας. (Μεταπτυχιακή εργασία).Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο. Αθήνα
42. Τούντας, Γ., Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Νεκτάριος, Μ., Σουλιώτης, Κ., Υφαντόπουλος, Γ. & Φιλαλήτης, Τ. (2020). Το Νέο ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Διανέοσις
43. Χολέβα, Ε.Β. (2022). Η χρηματοδότηση της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης του Δήμου Τρικκαίων, της Περιφέρειας Θεσσαλίας και η αξιολόγηση των οικονομικών όρων από τις σχολικές μονάδες. Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιά
44. Χαλκιά, Β. & Βαρακλιώτη, Α. (2015). Δαπάνες υγείας και κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα στην ΕΕ-15. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 32 (5): 546-555

Ξενογλώσση

1. Abatemarco, A., Beraldo, S. & Stroffolini, F. (2019). Equality of Opportunity in Health Care: Access and Equal Access Revisited. Center for Studies in Economics and Finance, 1-21
2. Abdullah, M., Harun, M., Jali, M.R.M. (2017). Government Funding in Education Industry. International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences, 7 (6): 769-772
3. Atrash, H.K. & Carpentier, R. (2012). The evolving role of public health in the delivery of health care. J. Hum. Growth Dev., 22 (3): 396-399
4. Baltasvias, A. & Kyridis, A. (2020). Preschool Teachers' Perspectives on the Importance of STEM Education in Greek Preschool Education. Journal of Education and Practice, 11 (14): 1-10
5. Bhuiyan, A.A.M. (2019). Financing Education: A Route to the Development of a Country. The Journal of Educational Development, 7 (3): 209-217
6. Bickley, S., Chan, H., Skali, A., Stadelmann, D. & Torgler, B. (2021). How does globalization affect COVID-19 responses? Globalization and Health, 17 (57): 1-19
7. Boniol, M., Kunjumen, T., Nair, T.S. et al. (2022). The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and 'universal' health coverage? BMJ Global Health, 7
8. Božić, V. (2023). Expert system in hospital
9. Cantor, J., Tobey, R., Houston, K. & Greenberg, E. (2015). Accountable Communities for Health Strategies for Financial Sustainability. JSI Research & Training Institute, Inc.
10. Clamp, C. & Tapley, C. (2023). Education sector. Encyclopedia of the social and solidarity economy, 200-208
11. Coombs, N., Meriwether, W., Caringi, J. & Newcomer, S. (2021). Barriers to healthcare access among U.S. adults with mental health challenges: A population-based study. SSM - Population Health, 15: 1-8
12. Dedewanou, A., Allin, S., Guyon, A., Pawa, J. & Ammi, M. (2023). Prioritization of public health financing, organization, and workforce transformation: a Delphi study in Canada. BMC Public Health, 23 (544): 1-9
13. de la Maisonneuve, C. et al. (2016). The drivers of public health spending: Integrating policies and institutions. OECD Economics Department Working Papers, No. 1283, OECD Publishing, Paris

14. Manyika, J. & McRaven, W. (2019). Innovation and National Security. Independent Task Force Report No. 77
15. Filip, R., Gheorghita Puscaselu, R., Anchidin-Norocel, L., Dimian, M. & Savage, W.K. (2022). Global Challenges to Public Health Care Systems during the COVID-19 Pandemic: A Review of Pandemic Measures and Problems. *Journal Pers. Med.*, 12: 1295
16. Garry, S. (2017). An analysis of the contribution of public expenditure to economic growth and fiscal multipliers in Mexico, Central America and the Dominican Republic, 1990-2015. *Studies and Perspectives Series – Mexico – No. 173*
17. Gostin, L., Monahan, J., Kaldor, J. et al. (2019). The legal determinants of health: harnessing the power of law for global health and sustainable development. *Lancet*, 393: 1857–910
18. Grant, C. (2017). The contribution of education to economic growth. *Knowledge, evidence and learning for development. Helpdesk Report*, 1-25
19. Habicht, T., Reinap, M., Kasekamp, K., Habicht, J., van Ginneken, E. & Webb, E. (2019). The 2017 reform to improve financial sustainability of national health insurance in Estonia: Analysis and first lessons on broadening the revenue base. *Health Policy*, 123: 695-699
20. Handrianto, C., Jusoh, A.J., Nengsih, Y.K., Alfurqan, Muslim & Tannoubi, A. (2021). Effective Pedagogy in Primary Education: A Review of Current Literatures. *International Journal of Education*, 06 (02): 134-143
21. Hannawa, A., Wub, A., Kolyada, A., Potemkina, A. & Donaldson, L. (2022). The aspects of healthcare quality that are important to health professionals and patients: A qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 105: 1561-1570
22. Helfer, T., Faeh, D., Luijckx, E. et al. (2020). The Connection between Health Promotion, Prevention, and Psychosocial Health: An Innovative Action Model. *The Open Public Health Journal*, 13: 850-855
23. Iyanna, S., Kaur, P., Ractham, P., Talwarf, P. & Islam, N. (2022). Digital transformation of healthcare sector. What is impeding adoption and continued usage of technology-driven innovations by end-users? *Journal of Business Research*, 153: 150-161

24. Jaelani, A. (2017). Public Expenditure Management in Indonesia: Islamic Economic Review on State Budget 2017.
25. Khemapech, I., Sansrimahachai, W. & Toahchoodee, M. (2019). Telemedicine – Meaning, Challenges and Opportunities. 71 (3): 246-252
26. Kitsios, F., Stefanakakis, S., Kamariotou, M. & Dermentzoglou, L. (2019). E-service Evaluation: User Satisfaction Measurement and Implications in Health Sector. *Computer Standards & Interfaces Journal*, 63: 16-26
27. Kourkouta, L., Iliadis, C., Sialakis, C., Adamakidou, T., Ouzounakis, P. & Kleisiaris, C. (2021). Quality of health services. *World Journal of Advanced Research and Reviews*, 12 (1): 498–502
28. Kulsum, N.M., Ritonga, M., Akhmadullina, I., Akhmadullina, A. & Wahyudi, D. (2020). The Development Of The Health Sector, *European Journal of Molecular & Clinical Medicine*, 7 (11): 1932-1940
29. Leslie, K., Moore, J., Robertson, C. et al. (2021). Regulating health professional scopes of practice: comparing institutional arrangements and approaches in the US, Canada, Australia and the UK. *Hum Resour Health*, 19 (15): 1-12
30. Levesque, J.F., Harris, M. & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12 (18): 1-9
31. Liaropoulos, L. & Goranitis, I. (2015). Health care financing and the sustainability of health systems. *International Journal for Equity in Health*, 14 (1): 1-4
32. MacNaughton, G. (2011). Healthcare Systems and Equality Rights. *The Equal Rights Review*, 61-82
33. Milcent, C. (2016). Evolution of the Health System Inefficiency, Violence, and Digital Healthcare. *The Health System and Access to Healthcare in China*, 4: 39-50
34. Mitkow, S., Antczak, J. & Roszkiewicz, M. (2022). Challenges for the Defense Industry Against the Background of ESG (Environmental, Social, Governance) Concepts. *European Research Studies Journal*, 4: 177-194
35. Moreno Enguix, M. & Bayona, L. (2017). Factors Affecting Public Expenditure Efficiency in Developed Countries. *Politics & Policy*, 45 (1): 105-143

36. Munna, A.S. & Kalam, A. (2021). Teaching and learning process to enhance teaching effectiveness: a literature review. *International Journal of Humanities and Innovation*, 4 (1): 1-4
37. Nanto, D. (2011). *Economics and National Security: Issues and Implications for U.S. Policy*. Congressional Research Service
38. Ordu, U. (2021). The Role of Teaching and Learning Aids/Methods in a Changing World. *Bulgarian Comparative Education Society*, 19: 210-216
39. Porter, K., Rutkow, L. & McGinty, E. (2018). The Importance of Policy Change for Addressing Public Health Problems. *Public Health Reports*, 133: 9-14
40. Qureshi, M., Farooq, A. & Qureshi, M. (2021). Current eHealth Challenges and recent trends in eHealth applications. *University of Engineering and Technology*
41. Rechel, B., Maresso, A., Sagan, A., Hernández-Quevedo, C., Williams, G., Richardson, E., Jakubowski, E. & Nolte, E. (2018). Organization and financing of public health services in Europe. WHO
42. Rosen, M., DiazGranados, D., Dietz, A., Benishek, L., Thompson, D., Pronovost, P. & Weaver, S. (2018). Teamwork in Healthcare: Key Discoveries Enabling Safer, HighQuality Care. *Am. Psychol.*, 73 (4): 433–450
43. Schaer, J., Campbell, L. & Thomas, L. (2021). The first line of prevention: A public health nursing advocacy video. *Nursing and health policy perspective*, 39 (3): 677-682
44. Snow, R., Herbst, C., Haddad, D. et al. (2013). The Distribution of Health Workers. Chapter 3: 49-64
45. Strasser, B. (2014). *Biomedicine: Meanings, assumptions, and possible futures*. Report to the Swiss Science and Innovation Council
46. Tight, M. (2018). Higher education journals: their characteristics and contribution.
47. Tzenios, N. (2019). The Determinants of Access to Healthcare: A Review of Individual, Structural, and Systemic Factors. *Journal of Humanities and Applied Science Research*, 1-15
48. Upadhyai, R., Upadhyai, N., Jain, A. & Roy, H. (2020). Health Care Service Quality: A Journey So Far. *Benchmarking: an International Journal*, 1-61

49. Walugembe, D.R., Sibbald, S., Le Ber, M.J. & Kothari, A. (2019). Sustainability of public health interventions: where are the gaps? *Health Research Policy and Systems*, 17 (8): 1-7
50. WHO, (2018). Essential public health functions, health systems and health security - Developing conceptual clarity and a WHO roadmap for action
51. Williams, J., Walker, R. & Egede, L. (2016). Achieving Equity in an Evolving Healthcare System: Opportunities and Challenges. *Am. Journal Med. Sci.*, 351(1): 33-43
52. Żaboklicka, E. (2020). Critical infrastructure in the shaping of National Security. *Security & Defence*, 28: 70-81
53. Zhang, D., Mohsin, M., Rasheed, A.K., Chang, Y. & Taghizadeh-Hesary, F. (2021). *Energy Policy*, 153
54. Zakus, D., Bhattacharyya, O. & Wei, X. (2015). Health Systems, Management, and Organization in Global Health. Chapter 20, 445-462
55. Zanden, P.J.A.C., Denessen, E., Cillessen, A.H.N. & Meijer, P.C. (2021). Relationships between teacher practices in secondary education and first-year students' adjustment and academic achievement. *Frontline Learning Research Special Issue*, 9 (2): 9-27
56. Zouhar, Y., Jellema, J., Lustig, N. & Trabelsi, M. (2021). Public Expenditure and Inclusive Growth - A Survey. *International Monetary Fund*

Διαδίκτυο

1. Ανδρουλάκης, Γ. (2006). Δαπάνες για εξοπλισμούς. Σελίδα στο διαδίκτυο www.ellinikos-stratos.com, με ημερομηνία πρόσβασης 1/8/2023
2. Δαπάνες για εξοπλισμούς. Σελίδα στο διαδίκτυο <https://www.ellinikos-stratos.com/arthra/dapanes>, με ημερομηνία πρόσβασης 1/8/2023
3. Ευρωπαϊκή Επιτροπή, (2023). Χρηματοδότηση στην εκπαίδευση. Σελίδα στο διαδίκτυο <https://eurydice.eacea.ec.europa.eu/el/national-education-systems/greece/organosi-toy-ekpaideytikoy-systimatos-kai-tis-domis-toy>, με ημερομηνία πρόσβασης 1/8/2023
4. Ιατρικοί Σύλλογοι. Σελίδα στο διαδίκτυο <https://isx.gr/sites/default/files/%CE%99%CE%91%CE%A4%CE%A1%CE%99%CE%9A%CE%9F%CE%99%20%CE%A3%CE%A5%CE%9B%CE%9B>

[%CE%9F%CE%93%CE%9F%CE%99.pdf](#), με ημερομηνία πρόσβασης 1/8/2023

5. Ινστιτούτο ΕΝΑ: Οι διαχρονικά χαμηλές δαπάνες για την Παιδεία στην Ελλάδα. Σελίδα στο Διαδίκτυο <https://www.ot.gr/2022/04/23/oikonomia/oi-diachronika-xamiles-dapanes-gia-tin-paideia-stin-ellada/>, με ημερομηνία πρόσβασης 1/8/2023
6. Νέδος, Β. (2016). Δεύτερη σε αμυντικές δαπάνες η Ελλάδα. Η Καθημερινή. Σελίδα στο διαδίκτυο <https://www.kathimerini.gr/politics/866231/deyteri-se-amyntikes-dapanes-i-ellada/>, με ημερομηνία πρόσβασης 1/8/2023
7. Eurostat, (2019). General government expenditure by function. Σελίδα στο διαδίκτυο https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&rcode=tepsr_sp110&language=en, με ημερομηνία πρόσβασης 1/8/2023
8. <https://www.ot.gr/2022/04/23/oikonomia/oi-diachronika-xamiles-dapanes-gia-tin-paideia-stin-ellada/>, με ημερομηνία πρόσβασης 1/8/2023