



# **ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ, ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**Διδακτορική Διατριβή**

**Διεθνείς Οργανισμοί, Μ.Κ.Ο. και Δημόσια Υγεία:**

**Το μείγμα χρηματοδότησης, η κατανομή πόρων και η αποδοτικότητα των  
δράσεών τους**

**Συμεών Σιδηρόπουλος**

Πειραιάς, Σεπτέμβριος 2022



# **UNIVERSITY OF PIRAEUS**

**SCHOOL OF ECONOMICS, BUSINESS AND INTERNATIONAL RELATIONS STUDIES**

**DEPARTMENT OF ECONOMICS**

**PhD Thesis**

**International and Non-Governmental Organizations (CSOs-NGOs):  
Economic evaluation of health sector activities and projects**

**Symeon Sidiropoulos**

Piraeus, September 2022

Επιβλέπων: Καθηγητής, Δρ. **Αθανάσιος Βοζίκης**, Διευθυντής Εργαστηρίου Οικονομικών και Διοίκησης της Υγείας και Αναπληρωτής Πρόεδρος του Τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς.

### **Τριμελής Επιτροπή**

Δρ. Αθανάσιος Βοζίκης, Καθηγητής

Δρ. Ιωάννης Πολλάλης, Καθηγητής

Δρ. Χαρίκλεια (Κλαίρη) Οικονομίδου, Καθηγήτρια

*Στη σύζυγό μου, τη Σουζάνα μου...*

*Στους γονείς μου, Παναγιώτη και Έφη...*

*Στη μνήμη του παππού μου, Σίμου...*

*Ειδική Αφιέρωση*

*Στη μεγάλη Ελληνίδα, στη γυναίκα της προσφοράς και της αλληλεγγύης, στην Επίτιμη Πρόεδρο του Ελληνικού Οργανισμού Πολιτικών Επιστημόνων και Πρόεδρο του ΠΑΣΓ Καλλιπάτειρα, στην **Πρέσβη Κατερίνα Ναυπλιώτη Παναγοπούλου**, *Doctorate (Hon. Causa)*...*

## Ευχαριστίες

Για την υποστήριξη που μου παρείχε κατά τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας Διδακτορικής Διατριβής, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Επιβλέποντα Καθηγητή μου, Καθηγητή, Δρ. Αθανάσιο Βοζίκη. Η συνεργασία μας, εκτός από την εκπόνηση της παρούσας διατριβής, απέφερε επιστημονικούς καρπούς, σημαντικές συνεργασίες και μία φιλία ζωής. Ως επιστημονικός – ακαδημαϊκός πατέρας, δάσκαλος με ήθος και ευγένεια, μου μετέδωσε σε υπερθετικό βαθμό την αγάπη για την έρευνα, το πανεπιστήμιο, τους φοιτητές μας, αλλά και την προσήλωση στην πρόοδο και την εξέλιξη. Τον ευχαριστώ από τα βάθη της καρδιάς μου.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τα μέλη της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής, Καθηγητή Ιωάννη Πολλάλη και Καθηγήτρια Κλαίρη Οικονομίδου, για την υποστήριξη και τις πολύτιμες συμβουλές τους, καθώς και τους Επίκουρο Καθηγητή Πάνο Ξένο και Δρ. Μιχάλη Χουζούρη.

Η παρούσα Διδακτορική Διατριβή δεν θα μπορούσε να ολοκληρωθεί χωρίς την υποστήριξη της πατρικής μου οικογένειας, του Πατέρα μου, Παναγιώτη, της Μητέρας μου, Έφης, που με υποστήριξαν, κυρίως μεταλαμπαδεύοντας μου αρχές ζωής, και των δύο μου αδερφών, Σόνιας και Μαρίας.

Χωρίς την αμέριστη στήριξη της κας Κατερίνας Παναγοπούλου, πολλά από αυτά που πραγματοποιήθηκαν κατά την διάρκεια εκπόνησης της διατριβής μου θα ήταν ανέφικτα. Την ευχαριστώ από καρδιάς.

Καταληκτική ήταν η παρότρυνση και η βοήθεια της συζύγου μου Σουζάνας που εκτός από σύντροφος ζωής ανέλαβε και τον το ρόλο του επιστημονικού συντρόφου.

Επίσης, ευχαριστώ τους στενούς μου συνεργάτες στην μεγάλη οικογένεια του Ελληνικού Οργανισμού Πολιτικών Επιστημόνων, για την συμπαράστασή τους και την στήριξή τους.

Τέλος, δεν θα μπορούσα να ξεχάσω τον άνθρωπο, με τον οποίο είμαστε πλέον συνοδοιπόροι, τον υποψήφιο διδάκτορα του Εργαστηρίου Οικονομικών και Διοίκησης της Υγείας, του Πανεπιστημίου Πειραιώς, κ. Αλκίνοο Εμμανουήλ-Καλό, ο οποίος στάθηκε δίπλα μου στις πιο δύσκολες στιγμές κατά την εκπόνηση της παρούσας μελέτης, αλλά και αναδείχθηκε σε έναν στενό φίλο.

## **Διεθνείς Οργανισμοί, Μ.Κ.Ο. και Δημόσια Υγεία: Το μείγμα χρηματοδότησης, η κατανομή πόρων και η αποδοτικότητα των δράσεών τους.**

Σημαντικοί όροι: Αναπτυξιακή Βοήθεια στην Υγεία, Μεταδιδόμενες Ασθένειες, Δημόσια Υγεία, ΜΚΟ, Αποδοτικότητα, Προτεραιοποίηση.

### **Περίληψη**

Με την υγεία να συνιστά ένα επαπειλούμενο αγαθό, μέσα σε ένα άκρως παγκοσμιοποιημένο περιβάλλον, και τις περιβαλλοντικές συνθήκες συνεχώς μεταβαλλόμενες, η μελέτη των πολιτικών και των οικονομικών της υγείας αναδεικνύονται στον ακρογωνιαίο λίθο για την εφαρμογή όσων οι αμιγώς υγειονομικές επιστήμες ανακαλύπτουν και ερευνούν. Η παγκόσμια υγεία, υπό το πρίσμα της «μίας υγείας» δεν είναι υπόθεση μόνο των ισχυρών κρατών. Οι επιδημικές και πανδημικές κρίσεις δεν περιορίζονται σε σύνορα, υπενθυμίζοντάς μας πως η επίτευξη της καθολικής κάλυψης στην υγεία είναι μία διαδικασία δαπανηρή, και η σωστή εφαρμογή της προϋποθέτει μηχανισμούς ελέγχου και αξιολόγησης, αφενός για να αποφεύγονται ζητήματα κακοδιαχείρισης, αφετέρου για να μπορούμε να προσεγγίζουμε αποδοτικά, υπό όρους κόστους και αποτελεσματικότητας, τις παρεμβάσεις για την επίτευξή της. Η Αναπτυξιακή Βοήθεια για την Υγεία, ειδικά για την περιοχή αναφοράς της παρούσας μελέτης (Υποσαχάρια Αφρική), λόγω των πολύ χαμηλών κρατικών προϋπολογισμών υγείας και αναλόγως κρατικών δαπανών, λαμβάνει χαρακτήρα υποκατάστασης του κρατικού μηχανισμού. Ειδικά για τις μεταδιδόμενες ασθένειες και τις νόσους αναφοράς (HIV, Φυματίωση και Μαλάρια) κρίνεται αναγκαία, και μάλιστα, ακόμα και στις περιπτώσεις μη καλής απόδοσης, αφενός διότι δίχως αύξηση των κρατικών δαπανών δεν υπάρχουν εναλλακτικές, αφετέρου διότι οποιαδήποτε μείωση ή τερματισμός τους θα είχε καταστροφικά αποτελέσματα. Για την εξαγωγή αποτελεσμάτων και συμπερασμάτων χρησιμοποιείται για πρώτη φορά μία τρισδιάστατη καινοτόμα προσέγγιση ως προς την ομαδοποίηση - οπτική των δεδομένων (χώρες, ομάδες χωρών, νοσήματα) και αντίστοιχη τριπλή προσέγγιση ανάλυσης (στατιστική ανάλυση, χαρτογράφηση και ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας). Ανάλογη είναι και η εικόνα των μηχανισμών οικονομικής ενίσχυσης των φορέων της κοινωνίας των πολιτών, που επιχειρούν στο χώρο της υγείας, από την ιδιωτική πρωτοβουλία, η οποία

αντλείται από την παρούσα μελέτη, και η οποία αποτελεί την πρώτη για την περίπτωση της Ελλάδας. Για την αποφυγή μη αποδοτικών πρακτικών, εμπορευματοποίησης είναι αναγκαία η αξιολόγηση και η θέσπιση νέων μέτρων διαφάνειας ως προς τις συναλλαγές μεταξύ των συμβαλλομένων.

## **International and Non-Governmental Organizations (CSOs-NGOs): Economic evaluation of health sector activities and projects.**

Keywords: Development Assistance for Health, Communicable Diseases, Public Health, NGOs, Effectiveness, Prioritization.

### **Abstract**

With health being a threatened good, in a highly globalised environment, and environmental conditions constantly changing, the study of health policies and health economics is becoming the cornerstone for the application of what the pure health sciences are discovering and researching. Global health, in the light of 'one health', is not only the concern of powerful states. Epidemic and pandemic crises are not confined to borders, reminding us that achieving universal health coverage is a costly process, and its proper implementation requires monitoring and evaluation mechanisms, both to avoid issues of mismanagement and to be able to approach interventions to achieve it efficiently, in terms of cost and impact. Development aid for health, especially for the reference region of this study (Sub-Saharan Africa), is becoming an indispensable practice, given the very low state health budgets and correspondingly low state expenditure. Especially for the communicable and reference diseases (HIV, TB and Malaria), it is considered necessary, even in cases of poor performance, both because there are no alternatives without an increase in government spending and because any reduction or termination would have disastrous results. For the extraction of results and conclusions, a three-dimensional innovative approach is used for the first time in terms of data clustering (countries, country groups, diseases) and a corresponding triple analysis approach (statistical analysis, mapping and cost-effectiveness analysis). A similar picture can be observed in the mechanisms of financial support from private initiative for civil society organisations operating in the health sector, which is drawn from the present study, and which is the first for the case of Greece. In order to avoid inefficient practices and commercialisation, it is necessary to evaluate and introduce new transparency measures for transactions between the parties involved.



## ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω ρητά και ανεπιφύλακτα ότι η διδακτορική διατριβή που καταθέτω στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς αποτελεί προϊόν δικής μου πνευματικής προσπάθειας, δεν παραβιάζει τα δικαιώματα τρίτων μερών και ακολουθεί τα διεθνώς αναγνωρισμένα πρότυπα επιστημονικής συγγραφής, τηρώντας πιστά την επιστημονική δεοντολογία.

Οι απόψεις που εκφράζονται αποτελούν αποκλειστική ευθύνη του συγγραφέα και ο επιβλέπων, τα μέλη της επταμελούς, το Τμήμα και το Πανεπιστήμιο Πειραιώς δεν υιοθετούν κατ' ανάγκη τις εκφραζόμενες απόψεις, ούτε φέρουν οποιαδήποτε ευθύνη για τυχόν λάθη ή παραλείψεις.

**Ο Δηλών**



**Συμεών Π. Σιδηρόπουλος**

**Πίνακας περιεχομένων**

<b>Περίληψη</b>	<b>4</b>
<b>Περιεχόμενα Πινάκων</b>	<b>10</b>
<b>Περιεχόμενα Γραφημάτων</b>	<b>11</b>
<b>Περιεχόμενα Εικόνων</b>	<b>12</b>
<b>Εισαγωγή</b>	<b>13</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο:</b>	<b>15</b>
<b>Διεθνής Οργάνωση της Παγκόσμιας Υγείας: Δρώντες, Δομές και Διαδικασίες</b>	<b>15</b>
1.1. Παγκόσμια Υγεία	15
1.2. Παγκόσμια Υγεία και Διεθνής Συνεργασία	18
1.2.1. Από τις Διακρατικές Διασκέψεις στην Ίδρυση Διεθνών Οργανισμών	18
1.2.2. Παγκόσμια Υγεία μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο	20
1.2.3. Η Σύγχρονη Αρχιτεκτονική της Παγκόσμιας Υγείας και η κρίση αξιοπιστίας των θεσμών	25
1.2.4. Διπλωματία της Υγείας	27
1.3. Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις και ο Ρόλος τους στην Παγκόσμια Υγεία	30
1.3.1. Η σημαίνουσα παρουσία των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων	31
1.3.2. Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών και Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας	34
1.3.3. Παραδείγματα Ενεργής Συμμετοχής ΜΚΟ στην Δημόσια Υγεία	36
1.4. Εμπόδια και προκλήσεις στην Διακυβέρνηση της Παγκόσμιας Υγείας	39
1.4.1. Μηχανισμοί και Διαδικασίες στην Διεθνή Βοήθεια. Η ανάγκη Οικονομικής Αξιολόγησης	39
1.4.2. Κρίση Αξιοπιστίας των ΜΚΟ τον 21ο Αιώνα	41
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο</b>	<b>43</b>
<b>Παγκόσμια Υγεία: Επιδημιολογικές προσεγγίσεις</b>	<b>43</b>
2.1. Επιδημιολογική αποτύπωση από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας	43
2.2. Τα DALYs ως δείκτης αναφοράς στην επιδημιολογική αποτύπωση	51
2.3. Διεθνής Ταξινόμηση των Ασθενειών	52
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο</b>	<b>54</b>
<b>Πολιτικές και Οικονομικά της Υγείας</b>	<b>54</b>
3.1. Δείκτες Υγείας (QALYs - DALYs)	56
3.2. Μέθοδοι Ιεράρχησης Προτεραιοτήτων και Αξιολόγησης Παρεμβάσεων	57
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο</b>	<b>62</b>
<b>Σκοπός και Μεθοδολογία της Έρευνας – Ερευνητικά Ερωτήματα</b>	<b>62</b>
4.1. Ερευνητικά Ερωτήματα	62
4.1.1. Μελέτη Περίπτωσης: Αναπτυξιακή Βοήθεια για την Υγεία	62
4.1.2. Μελέτη Περίπτωσης: Δωρεές Φαρμακευτικών Εταιρειών προς Συλλόγους Ασθενών	64

4.2. Μεθοδολογία Έρευνας _____	64
4.2.1. Μελέτη Περίπτωσης: Αναπτυξιακή Βοήθεια για την Υγεία _____	64
4.2.2. Μελέτη Περίπτωσης: Δωρεές Φαρμακευτικών Εταιρειών προς Συλλόγους Ασθενών _____	66
4.3. Εξαγωγή συμπερασμάτων _____	67
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο _____</b>	<b>68</b>
<b>Η Αναπτυξιακή Βοήθεια για την Υγεία στις χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής, για τις νόσους HIV, Ελονοσία και Φυματίωση (1995-2018) _____</b>	<b>68</b>
5.1. Η Αναπτυξιακή Βοήθεια για την Υγεία _____	68
5.2. DAH για την Αντιμετώπιση Μεταδιδόμενων Ασθενειών _____	79
5.3. Η Αφρική ως αποδέκτης Αναπτυξιακής Βοήθειας. _____	82
5.4. Η Εξέλιξη των DALYs στην Υποσαχάρια Αφρική για τις Νόσους Αναφοράς _____	86
5.5. Ανάλυση _____	88
5.5.1 Ανάλυση από την οπτική της κατηγοριοποίησης των χωρών αναφοράς με βάση τον Δείκτη Ανθρώπινης Ανάπτυξης (HDI) _____	88
5.5.2 Ανάλυση από την οπτική των νοσημάτων αναφοράς _____	92
5.5.3 Ανάλυση από την οπτική των χωρών αναφοράς _____	97
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο _____</b>	<b>117</b>
<b>Η περίπτωση χρηματοδότησης των φορέων της Κοινωνίας των Πολιτών που δρουν στο χώρο της υγείας στην Ελλάδα _____</b>	<b>117</b>
6.1. Το διεθνές περιβάλλον _____	117
6.2. Η χρηματοδότηση των Συλλόγων Ασθενών στην Ελλάδα από την φαρμακευτική βιομηχανία _____	118
6.3. Μεθοδολογία _____	120
6.4. Η χρηματοδότηση των Συλλόγων Ασθενών στην Ελλάδα από την φαρμακευτική βιομηχανία την περίοδο 2013 - 2020 - Ανάλυση _____	123
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο _____</b>	<b>133</b>
<b>Συζήτηση και Συμπεράσματα _____</b>	<b>133</b>
7.1. Ανασκόπηση Ευρημάτων _____	133
7.1.1 Αναπτυξιακή Βοήθεια για την Υγεία στην Υποσαχάρια Αφρική. _____	133
7.1.2. Δωρεές Φαρμακευτικών Εταιρειών προς Συλλόγους Ασθενών στην Ελλάδα. _____	135
7.2. Περιορισμοί της Έρευνας _____	135
7.3. Συζήτηση _____	136
7.3.1. Αναπτυξιακή Βοήθεια για την Υγεία στην Υποσαχάρια Αφρική. _____	136
7.3.2. Δωρεές Φαρμακευτικών Εταιρειών προς Συλλόγους Ασθενών στην Ελλάδα. _____	138
7.4. Συμπεράσματα και Προτάσεις Πολιτικής _____	139
<b>Βιβλιογραφία _____</b>	<b>142</b>

## Περιεχόμενα Πινάκων

### Κεφάλαιο 1ο

Πίνακας 1.1. Συνθήκες για τις μολυσματικές ασθένειες, 1892-1951	19
-----------------------------------------------------------------	----

### Κεφάλαιο 2ο

Πίνακας 2.1. Αναθεωρήσεις Διεθνούς Ταξινόμησης Ασθενειών	53
----------------------------------------------------------	----

### Κεφάλαιο 3ο

Πίνακας 3.1. Τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των εργαλείων καθορισμού προτεραιοτήτων	60
-----------------------------------------------------------------------------------------	----

### Κεφάλαιο 5ο

Πίνακας 5.1. Κατά κεφαλήν DAH και κατά κεφαλήν Δαπάνες για Υγεία στις χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής (χιλιάδες \$ Σ.Τ. 2020, 1995 - 2018)	89
Πίνακας 5.2. Μέσος όρος αποφευχθέντων θανάτων και αποφευχθέντων DALYs (1995 - 2018)	92
Πίνακας 5.3. Η επίδραση της DAH στους αποφευχθέντες θανάτους και στα αποφευχθέντα DALYs στην Υποσαχάρια Αφρική ανά ασθένεια, 1995 - 2018	92
Πίνακας 5.4. Αποφευχθέντες θάνατοι και DALYs ανά κατηγορία χωρών	93
Πίνακας 5.5. Αναπτυξιακή βοήθεια για την Υγεία, αποφευχθέντες θάνατοι και αποφευχθέντα DALYs	94
Πίνακας 5.6. Z-scores για DAH, αποφευχθέντα DALYs και αποφευχθέντες θανάτους ανά νόσημα	95
Πίνακας 5.7. DAH ανά αποφευχθέν DALY ανά χώρα	98
Πίνακας 5.8. Z-scores για DAH και αποφευχθέντα DALYs ανά χώρα	101
Πίνακας 5.9. Z-scores για DAH και αποφευχθέντα DALYs για HIV/AIDS για όλες τις χώρες	104
Πίνακας 5.10. Z-scores για DAH και αποφευχθέντα DALYs για Ελονοσία για όλες τις χώρες	105
Πίνακας 5.11. Z-scores για DAH και αποφευχθέντα DALYs για Φυματίωση για όλες τις χώρες	107
Πίνακας 5.12. Z-scores για DAH και αποφευχθέντα DALYs για όλα τα νοσήματα αναφοράς στην Angola	113
Πίνακας 5.13. Αξιολόγηση του λόγου Κόστους-αποτελεσματικότητας για όλες τις χώρες αναφοράς	114

### Κεφάλαιο 6ο

Πίνακας 6.1. Δωρεές ανά έτος της περιόδου 2013-2020 από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις προς της ενώσεις και τους συλλόγους ασθενών	123
Πίνακας 6.2. Οι Top 10 Pharma Donors και οι Top 10 Beneficiaries POs για την περίοδο 2013-2020.	124
Πίνακας 6.3. Σκοπός δωρεών	127
Πίνακας 6.4. Top 10 κατηγορίες ασθενειών (βάσει του ICD-10) που χρηματοδοτήθηκαν	128
Πίνακας 6. 5. Drug commercialisation and patient organisation funding in the top ten funded ICD-10 areas for the top ten pharma industry donors in Greece (2013 - 2020)	130
Πίνακας 6. 6. Σύγκριση των αναφερόμενων δωρεών της φαρμακοβιομηχανίας προς τους Π.Ο. στην Ελλάδα, τη Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο	131

## Περιεχόμενα Γραφημάτων

### Κεφάλαιο 1ο

Γράφημα 1.1. Ο αριθμός των ΜΚΟ με συμβουλευτική ιδιότητα στο Οικονομικό και Κοινωνικό Συμβούλιο του ΟΗΕ (1945 - 2013)	35
Γράφημα 1.2. Η κατανομή των ΜΚΟ σε έξι βασικές γεωγραφικές περιοχές	39

### Κεφάλαιο 5ο

Γράφημα 5.1. Παγκόσμιες Δαπάνες για την Υγεία ανά πηγή χρηματοδότησης, 1995 - 2018	69
Γράφημα 5.2. Δαπάνες για την Υγεία στις χώρες χαμηλού εισοδήματος ανά πηγή χρηματοδότησης, 1995 - 2018	70
Γράφημα 5.3. Δαπάνες για την Υγεία στις χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής ανά πηγή χρηματοδότησης, 1995 - 2018	70
Γράφημα 5.4. Δαπάνες για την Υγεία στην Κεντροαφρικανική Δημοκρατία ανά πηγή χρηματοδότησης, 1995 - 2018	71
Γράφημα 5.5. Δαπάνες για την Υγεία στην Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό ανά πηγή χρηματοδότησης, 1995 - 2018	71
Γράφημα 5.6. Πηγές προέλευσης της DAH, 1990 - 2020	73
Γράφημα 5.7. Η εξέλιξη της χρηματοδότησης της DAH από τους 4 μεγαλύτερους χρηματοδότες (βάσει στοιχείων 2018, ως % της συνολικής DAH)	74
Γράφημα 5.8. Κανάλια χρηματοδότησης της DAH, 1990 - 2020	75
Γράφημα 5.9. Μεταβολή του όγκου διαχείρισης των καναλιών χρηματοδότησης της DAH, 1995 - 2018	76
Γράφημα 5.10. Η εξέλιξη της DAH την περίοδο 1995 - 2018	78
Γράφημα 5.11. DALYs λόγω HIV/AIDS στην Υποσαχάρια Αφρική, 1990 - 2018	87
Γράφημα 5.12. DALYs λόγω Φυματίωσης στην Υποσαχάρια Αφρική, 1990 - 2019	87
Γράφημα 5.13. DALYs λόγω Ελονοσίας στην Υποσαχάρια Αφρική, 1990 - 2019	88
Γράφημα 5.14. Μέση Ετήσια Μεταβολή Θανάτων (λόγω των τριών νόσων αναφοράς) ανά ομάδα χωρών	91
Γράφημα 5.15. Μέση ετήσια μεταβολή DALYs (λόγω των τριών νόσων αναφοράς) ανά ομάδα χωρών	91
Γράφημα 5.16. DAH και αποφευχθέντα DALYs ανά νόσημα	94
Γράφημα 5.17. DAH και αποφευχθέντες θάνατοι ανά νόσημα	95
Γράφημα 5.18. Χαρτογράφηση νοσημάτων κατά DAH και αποφευχθέντα DALYs	96
Γράφημα 5.19. Χαρτογράφηση νοσημάτων κατά DAH και αποφευχθέντες θανάτους	97
Γράφημα 5.20. DAH ανά αποφευχθέν DALY ανά χώρα	100
Γράφημα 5.21. Χαρτογράφηση χωρών κατά DAH και αποφευχθέντα DALYs	103
Γράφημα 5.22. Χαρτογράφηση χωρών κατά DAH και αποφευχθέντα DALYs για HIV/AIDS	109
Γράφημα 5.23. Χαρτογράφηση χωρών κατά DAH και αποφευχθέντα DALYs για Ελονοσία	110
Γράφημα 5.24. Χαρτογράφηση χωρών κατά DAH και αποφευχθέντα DALYs για Φυματίωση	111
Γράφημα 5.25. DAH και αποφευχθέντα DALYs για όλα τα νοσήματα αναφοράς στην Angola	112
Γράφημα 5.26. Χαρτογράφηση νοσημάτων κατά DAH και αποφευχθέντα DALYs για την Angola	113
Γράφημα 5.27. Αξιολόγηση του λόγου Κόστους-αποτελεσματικότητας για όλες τις χώρες αναφοράς	116

### Κεφάλαιο 6ο

Γράφημα 6.1. Ποσοστιαία μεταβολή των δωρεών ανά έτος της περιόδου 2013-2020 από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις προς τις ενώσεις και τους συλλόγους ασθενών	124
Γράφημα 6.2. Συνολικές δωρεές ανά εταιρεία	126
Γράφημα 6.3. Ποσά ανά ICD-10	129

## Περιεχόμενα Εικόνων

### Κεφάλαιο 1ο

<i>Εικόνα 1.1. Η επιβάρυνση της νόσου (Burden of Disease), από το 1990 έως 2019, σε έτη ζωής προσαρμοσμένα στην αναπηρία (DALYs) ανά 100.000 άτομα από όλες τις αιτίες</i>	24
<i>Εικόνα 1.2. Οι πτυχές της Παγκόσμιας Διπλωματίας της Υγείας και ο ρόλος της στην δημόσια υγεία, την οικονομία, την μείωση των ανισοτήτων</i>	27
<i>Εικόνα 1.3. Οι πτυχές της Παγκόσμιας Διπλωματίας της Υγείας και ο ρόλος της στην δημόσια υγεία, την οικονομία, την μείωση των ανισοτήτων</i>	29

### Κεφάλαιο 2ο

<i>Εικόνα 2.1. Καταγραφή των 10 κορυφαίων αιτιών των προσαρμοσμένων στην αναπηρία ετών ζωής (DALYs) για την Ελλάδα (Αντιπαραβολή των ετών 2000 και 2019)</i>	48
<i>Εικόνα 2.2. Καταγραφή των 10 κορυφαίων αιτιών θανάτου. Αντιπαραβολή των στοιχείων στις τέσσερις ομάδες κρατών: οικονομίες α) χαμηλού εισοδήματος, β) χαμηλού μεσαίου εισοδήματος, γ) ανώτερου μεσαίου εισοδήματος και δ) υψηλού εισοδήματος.</i>	50
<i>Εικόνα 2.3. Καταγραφή των 25 σημαντικότερων αιτιών DALYs στις χώρες χαμηλού εισοδήματος. Αντιπαραβολή των στοιχείων με τις άλλες τρεις ομάδες κρατών: οικονομίες α) χαμηλού μεσαίου εισοδήματος, β) ανώτερου μεσαίου εισοδήματος και γ) υψηλού εισοδήματος</i>	51
<i>Εικόνα 2.4. Καταγραφή των 25 σημαντικότερων αιτιών DALYs στις χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής. Αντιπαραβολή με τα παγκόσμια στοιχεία</i>	52

### Κεφάλαιο 5ο

<i>Εικόνα 5.1. Χρηματοδοτικές ροές της DAH ανά ασθένεια (2018)</i>	80
<i>Εικόνα 5.2. Χρηματοδοτικές ροές της DAH για την αντιμετώπιση του AIDS/HIV (2018)</i>	81
<i>Εικόνα 5.3. Οι Χρηματοδοτικές Ροές της DAH για την αντιμετώπιση της Φυματίωσης, 2018</i>	81
<i>Εικόνα 5.4. Χρηματοδοτικές ροές της DAH για την αντιμετώπιση της Ελονοσίας, 2018</i>	82
<i>Εικόνα 5.5. Χρηματοδοτικές ροές της DAH ανά γεωγραφική περιφέρεια, 2018</i>	83
<i>Εικόνα 5.6. Πηγές και κανάλια διάχυσης της DAH στην Υποσαχάρια Αφρική, 2018</i>	84
<i>Εικόνα 5.7. Οι χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής ανάλογα με το HDI</i>	89

## Εισαγωγή

Η παρούσα διατριβή θέτει ως κύριο στόχο την ανάλυση των υφιστάμενων δεδομένων στις επιχειρήσεις υγείας, με ιδιαίτερη προσέγγιση στην αποτελεσματικότητα των δράσεων και των διαδικασιών της αναπτυξιακής βοήθειας για την υγεία. Επίσης, προσεγγίζει το ζήτημα της χρηματοδότησης των οργανώσεων της κοινωνίας των πολιτών που δραστηριοποιούνται στην υγεία. Στο πρώτο κεφάλαιο της διατριβής αναλύεται το θεωρητικό πλαίσιο της οργάνωσης των μηχανισμών της παγκόσμιας υγείας και αναδεικνύεται το ιστορικό - οργανωτικό υπόβαθρο των θεσμών που εμπλέκονται (διεθνείς οργανισμοί, χρηματοδότες, πάροχοι υγείας, μη κυβερνητικές οργανώσεις). Αναλύονται επίσης, διαδικασίες και θεσμοί όπως, η Διπλωματία της Υγείας και τα διεθνή προγράμματα αντιμετώπισης κρίσεων υγείας και τίθεται το ιστορικό πλαίσιο του θεσμού της αναπτυξιακής βοήθειας για την υγεία. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην παγκόσμια επιδημιολογική εικόνα και εξειδικεύονται χαρακτηριστικά για την περιοχή αναφοράς και τις νόσους αναφοράς της παρούσας μελέτης. Στο τρίτο κεφάλαιο της διατριβής αναλύονται οι μέθοδοι των οικονομικών της υγείας ως προς την οικονομική αξιολόγηση προγραμμάτων στο χώρο της υγείας, με ιδιαίτερη έμφαση στις μεθόδους που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των δράσεων, ως προς το κόστος και τους τρόπους προτεραιοποίησης. Στο τέταρτο κεφάλαιο αναπτύσσεται η μεθοδολογία που τηρείται για την ανάλυση των δεδομένων της μελέτης, τα βασικά και δευτερεύοντα επιστημονικά ερωτήματα. Επίσης, γίνεται αναφορά στην επιλογή των προς ανάλυση δεδομένων, που αναζητήθηκαν για την μελέτη. Στο πέμπτο κεφάλαιο της παρούσας μελέτης πραγματοποιείται η ανάλυση των δεδομένων της Αναπτυξιακής Βοήθειας για την Υγεία στην Υποσαχάρια Αφρική για τις νόσους HIV, Φυματίωση και Ελονοσία, για τα έτη 1995-2018, με εξαγωγή συμπερασμάτων ως προς την αποτελεσματικότητα των δράσεων και τη δυνατότητα προτεραιοποίησής των. Στο έκτο κεφάλαιο της διατριβής, πραγματοποιείται ανάλυση της χρηματοδοτικής βοήθειας, υπό τη μορφή δωρεών προς τους συλλόγους ασθενών, από την φαρμακευτική βιομηχανία στην Ελλάδα. Τέλος, στο ακροτελεύτιο κεφάλαιο της διατριβής πραγματοποιείται συζήτηση, αφού πρώτα γίνεται ανασκόπηση των αποτελεσμάτων, εξάγονται συμπεράσματα και προτείνονται πολιτικές.

Για την μελέτη της Αναπτυξιακής Βοήθειας για την Υγεία στις χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής χρησιμοποιούνται εργαλεία της στατιστικής και των οικονομικών της υγείας με σκοπό να αξιολογηθούν το ύψος και τα χαρακτηριστικά των ροών της βοήθειας στις χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής, παρουσιάζοντας και ιεραρχώντας τις πλέον ελκυστικές και αποδοτικές προς χρηματοδότηση νόσους, χώρες, ομάδες χωρών και δείκτες εκβάσεων. Σκοπός

της εν λόγω μελέτης είναι, τα ευρήματά, τα οποία εξάγονται, χρησιμοποιώντας για πρώτη φορά μία τρισδιάστατη καινοτόμα προσέγγιση ως προς την ομαδοποίηση - οπτική των δεδομένων (χώρες, ομάδες χωρών, νοσήματα) και αντίστοιχη τριπλή προσέγγιση ανάλυσης (στατιστική ανάλυση, χαρτογράφηση και ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας), να αποτελέσουν εργαλείο για όλους τους φορείς – οργανισμούς και άλλους stakeholders, για την τεκμηριωμένη κατανομή της βοήθειας στις πλέον αποδοτικές – σε όρους εκβάσεων υγείας – επενδύσεις, σε διάφορες χώρες και διάφορα νοσήματα.

Για τη μελέτη της περίπτωσης της χρηματοδότησης των Συλλόγων Ασθενών στην Ελλάδα από την φαρμακευτική βιομηχανία την περίοδο 2013 – 2020, σημειώνεται πως αποτελεί την πρώτη που λαμβάνει χώρα στην Ελλάδα και η οποία βασίζεται σε τεκμηριωμένη μεθοδολογία, η οποία έχει χρησιμοποιηθεί σε ανάλογες δημοσιεύσεις, σε έγκριτα επιστημονικά περιοδικά. Η μεθοδολογική στρατηγική που έχει ακολουθηθεί, περιλαμβάνει δευτερογενή ποσοτική έρευνα με σκοπό την αντικειμενική μέτρηση και αποτύπωση του εύρους των δεδομένων, μέσω αριθμητικής ανάλυσης και συγκεκριμένα περιγραφικής ανάλυσης (descriptive analysis). Πιο συγκεκριμένα, στην περιγραφική ανάλυση αποτυπώνονται ποσοτικά στοιχεία όπως ο αριθμός των εταιρειών - δωρητών, ο αριθμός των συλλόγων ασθενών - παραληπτών, τα χρηματικά ποσά των δωρεών, το σκοπό της δωρεάς, κ.λ.. Μέσα από την ανάλυση αναδεικνύονται οι 10 μεγαλύτερες σε ποσά δωρεών εταιρείες και οι 10 μεγαλύτεροι αποδέκτες δωρεών - σύλλογοι ασθενών. Τέλος, εξετάζεται η συσχέτιση των εν λόγω δωρεών με τα προϊόντα των καταγεγραμμένων εταιρειών. Από την εν λόγω μελέτη προκύπτουν οι αδυναμίες του υφιστάμενου συστήματος καταγραφής των δωρεών και ο υψηλός κίνδυνος εμπορευματοποίησης των δωρεών, οι οποίες όμως αποτελούν ένα χρήσιμο, λειτουργικό και απαραίτητο εργαλείο, όταν αυτό χρησιμοποιείται σε περιβάλλον διαφάνειας και λογοδοσίας.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο:

### Διεθνής Οργάνωση της Παγκόσμιας Υγείας: Δρώντες, Δομές και Διαδικασίες

#### 1.1. Παγκόσμια Υγεία

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, 1946) ορίζει στο καταστατικό του την Υγεία ως *“...η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι απλά η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας”*, ορισμός ο οποίος επιβεβαιώνεται και στη Διακήρυξη της Alma-Ata (WHO, 1978) και ο οποίος παραμένει σε ισχύ μέχρι και σήμερα. Τον πολυεπίπεδο αυτόν ορισμό, έρχονται να ενισχύσουν περεταίρω οι προβλέψεις του καταστατικού, όπου μεταξύ άλλων αναγνωρίζεται ως θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, η απόλαυση *“...του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας, [...] χωρίς φυλετικές, θρησκευτικές, πολιτικές, οικονομικές και κοινωνικές διακρίσεις”*, καθώς και η υγεία όλων ως *“...θεμελιώδης προϋπόθεση για την παγκόσμια ειρήνη και ασφάλεια...”* (WHO, 1946). Υπό αυτή την έννοια η υγεία προσδιορίζεται ως το υπέρτατο αγαθό για κάθε άνθρωπο, και για κάθε λαό. Μάλιστα, παρόλο που η ανθρωπότητα έχει γνωρίσει πολλές επιδημικές κρίσεις στην ιστορία της, για πρώτη φορά, λόγω του απολύτως παγκοσμιοποιημένου περιβάλλοντος, αντιμετώπισε την ραγδαία εξάπλωση της μόλυνσης COVID-19 με την ανάπτυξη εμβολίων σε πρωτοφανή ταχύτητα. Αυτή η πρωτόγνωρη κρίση, είχε ως συνέπεια η υγεία να βρεθεί στο επίκεντρο των πολιτικών - κοινωνικών εξελίξεων και να ενεργοποιήσει την εργαλειοθήκη της πολιτικής και ακαδημαϊκής κοινότητας για την προστασία της Παγκόσμιας Υγείας.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ιδρύθηκε για την καλύτερη οργάνωση της διεθνούς συνεργασίας και τον συντονισμό για την προστασία της παγκόσμιας υγείας. Όπως αναφέρουν οι Korplan et al. (2009), ένας κοινά αποδεκτός ορισμός της Παγκόσμιας Υγείας είναι απαραίτητος για την εύρεση συγκεκριμένων στόχων και στρατηγικών από όλα τα εμπλεκόμενα μέρη. Η παγκόσμια υγεία ορίζεται ως εκείνος ο τομέας μελέτης, έρευνας και πρακτικής που επικεντρώνεται στην προαγωγή της υγείας και την εδραίωση της ισότητας στην υγεία για όλους τους ανθρώπους και σε όλο τον κόσμο, χωρίς διακρίσεις και προϋποθέσεις.

Η παγκόσμια υγεία δεν περιορίζεται σε προκλήσεις που σχετίζονται με εξάρσεις και κρίσεις μολυσματικών και μεταδοτικών ασθενειών (βλ. SARS-COV-2). Αντίθετα, αναφέρεται σε κάθε ζήτημα υγείας που επηρεάζει μεγάλο αριθμό χωρών ή επηρεάζεται από διακρατικά αίτια, όπως η κλιματική αλλαγή ή η αστικοποίηση, μεγάλες μετακινήσεις πληθυσμών, επισιτιστικές κρίσεις κ.α. (Korplan et al, 2009). Η παγκόσμια υγεία είναι σημαντικά πιο πολύπλοκη από ό,τι

αντιλαμβάνονται οι περισσότεροι άνθρωποι, και για την επίτευξή της απαιτείται μεγαλύτερη δράση στον τομέα της αναπτυξιακής βοήθειας. Πρόκειται, ουσιαστικά, για μια ολιστική προσέγγιση, σε ένα παγκόσμιο περιβάλλον όπως αυτό που βιώνουμε, η οποία περιλαμβάνει δράσεις λαμβάνοντας υπόψη τους πολυποίκιλους κοινωνικούς παράγοντες, την κοινωνική προστασία, την τοπική, εθνική και διακρατική υποστήριξη μεγάλων προγραμμάτων υγειονομικής περίθαλψης, τις δεσμεύσεις της διεθνούς κοινότητας για την υλοποίηση των συμφωνηθέντων στις σχετικές συνόδους, αλλά και την ανάληψη ευθυνών από τους εμπλεκόμενους φορείς διεθνώς (Kickbusch, n.d.).<sup>1</sup>

Ένας από τους πυλώνες της Παγκόσμιας Τράπεζας και μία από τις κύριες προτεραιότητές που θέτει, είναι η καθολική κάλυψη της υγείας. Οι τομείς εστίασης της Παγκόσμιας Τράπεζας είναι οι ακόλουθοι (επικαιροποιημένοι ως το 2022): α. Ετοιμότητα για πανδημίες και COVID-19 (κοροναϊός) *"Οι πανδημίες, οι οποίες είναι μεγάλες επιδημίες ασθενειών που επηρεάζουν πολλές χώρες, ενέχουν μεγάλους κινδύνους για την υγεία, την κοινωνία και την οικονομία"*, β. Καθολική υγειονομική κάλυψη *"Η ποιοτική, οικονομικά προσιτή υγειονομική περίθαλψη αποτελεί το θεμέλιο για να έχουν τα άτομα παραγωγική και ολοκληρωμένη ζωή και οι χώρες ισχυρή οικονομία."*, γ. Λοιμώδη νοσήματα και εμβόλια *"Σε παγκόσμιο επίπεδο η επίπτωση των λοιμωδών νοσημάτων έχει μειωθεί από το 2000, αλλά εξακολουθούν να έχουν σημαντικό υγειονομικό και οικονομικό κόστος. Οι μολυσματικές ασθένειες μπορούν να εγκλωβίσουν τους ανθρώπους στη φτώχεια, να υπονομεύσουν την ανθεκτικότητα των κοινοτήτων και να έχουν καταστροφικές συνέπειες για την οικονομία μιας χώρας."*, δ. Διατροφή. *"Ο υποσιτισμός είναι μία από τις σοβαρότερες αλλά λιγότερο αντιμετωπισμένες αναπτυξιακές προκλήσεις παγκοσμίως. Το ανθρώπινο και οικονομικό κόστος της είναι τεράστιο και πλήττει περισσότερο τους φτωχούς, τις γυναίκες και τα παιδιά"* (World Bank, 2022).

Μια πρώτη σημαντική διάκριση εντοπίζεται μεταξύ των εννοιών *Παγκόσμια Υγεία* και *Διεθνής Υγεία*. Αν και πολλές φορές χρησιμοποιούνται ως συνώνυμα, οι δύο αυτές έννοιες υποδεικνύουν μια εξέλιξη στον τρόπο σκέψης γύρω από τα ζητήματα της διεθνούς συνεργασίας στην υγεία. Σύμφωνα, μάλιστα, με τους Brown et al. (2006), ο Παγκόσμιος

---

<sup>1</sup> Η συγκεκριμένη παράγραφος της εισαγωγής αποτελεί τμήμα της δημοσιευμένης έρευνας "Sidiropoulos, S., Valachea, S., Kanakaki, M. E., Emmanouil-Kalos, A., Tsimogiannis, G. & Vozikis, A. (2022). Development Assistance for Health and the Role of NGOs in the Africa Region: the Case of the Central African Republic. *Journal of Regional Socio-Economic Issues*, 12(1), 44-58.", η οποία συνιστά μία από τις υποχρεώσεις εκπόνησης της διδακτορικής διατριβής στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς σύμφωνα με τον Κανονισμό Εκπόνησης Διδακτορικής Διατριβής και συγκεκριμένα το άρθρο 9, παρ. 2.

Οργανισμός Υγείας υπήρξε ο κύριος εκφραστής της μετάβασης από την έννοια της *Διεθνούς Υγείας* στην *Παγκόσμια Υγεία*, σε μία προσπάθεια να επαναπροσδιορίσει την ύπαρξή του, να διευρύνει τους στόχους του, αλλά και να κινητοποιήσει τα Κράτη Μέλη. Στην πράξη, οι δύο αυτές έννοιες δεν είναι αμοιβαίως αποκλειόμενες (Brown et al., 2006). Η *Παγκόσμια Υγεία* διευρύνει την ατζέντα των θεμάτων που αφορούν άμεσα ή έμμεσα την υγεία όλων και αποτελεί ένα έντονα διεπιστημονικό πεδίο, με στόχους που πολλές φορές καθιστούν αναγκαία την πολυμερή διεθνή συνεργασία. Η *Διεθνής Υγεία*, από την άλλη, εστιάζει σε θέματα υγείας στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες, με την εφαρμογή της αρωγής να προέρχεται κυρίως μέσω των διακρατικών συμφωνιών και των προγραμμάτων αναπτυξιακής βοήθειας (Korlan et al., 2009). Έτσι, πρακτικά, η *Παγκόσμια Υγεία* εμπεριέχει και διευρύνει την έννοια της *Διεθνούς Υγείας*.

Όπως αναφέρουν τόσο ο Bozorgmehr (2010) όσο και οι Frenk και Moon (2013), χρησιμοποιούνται αρκετοί ορισμοί για την παγκόσμια υγεία, που όμως συνήθως εστιάζουν σε συγκεκριμένες πτυχές της (πχ. σε συγκεκριμένα προβλήματα υγείας ή ομάδες πληθυσμού ή με βάση την ισότητα όλων απέναντι στην υγεία κτλ.), με αποτέλεσμα να προσφέρουν μερική μόνο απεικόνιση της έννοιας. Οι διάφορες αυτές προσεγγίσεις και ερμηνείες για τον ορισμό της «παγκόσμιας» διάστασης της υγείας αντικατοπτρίζουν, ουσιαστικά, την πολύπλευρη και πολύπλοκη σημασία της. Ελλείπει ενός σύντομου και συνεκτικού ορισμού, οι Frenk και Moon (2013: 936) προτείνουν τον ορισμό της Παγκόσμιας Υγείας μέσω “...*δύο* *καίριων* *χαρακτηριστικών* *της*: *το επίπεδο της ανάλυσής της, το οποίο περιλαμβάνει το σύνολο του παγκόσμιου πληθυσμού και τις σχέσεις αλληλεξάρτησης που συνδέουν μεταξύ τους τις μονάδες κοινωνικής οργάνωσης που απαρτίζουν τον παγκόσμιο πληθυσμό (π.χ. εθνικά κράτη, ιδιωτικούς οργανισμούς, μη κυβερνητικούς οργανισμούς, εθνοτικές ομάδες και πολίτες)*”. Μία άλλη προσέγγιση της έννοιας της Παγκόσμιας Υγείας είναι μέσω των ερωτημάτων που καλείται να απαντήσει και των στόχων της. Σε αυτή τη βάση, οι Seear και Ezezika (2017: 5) προσεγγίζουν την παγκόσμια υγεία ως το πεδίο εκείνο που “...*προσπαθεί να βρει πρακτικές απαντήσεις στα παρακάτω ερωτήματα: Γιατί η υγεία του πληθυσμού είναι τόσο φτωχή σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες; Ποιο είναι το μέγεθος του προβλήματος; Τι μπορεί να γίνει για αυτό;*”.

Η ανάγκη αντιμετώπισης ζητημάτων που άπτονται της παγκόσμιας υγείας, οδήγησε στην δημιουργία θεσμών και διαδικασιών για την παγκόσμια διακυβέρνηση στην υγεία. Ως παγκόσμια διακυβέρνηση της υγείας, μπορεί να οριστεί το “...*σύνολο των συλλογικών ρυθμίσεων για την αντιμετώπιση της διεθνούς και διακρατικής αλληλεξάρτησης στο πλαίσιο των θεμάτων υγείας*” (Hein & Kohlmorgen, 2008: 84), ενώ η αρχιτεκτονική της αναφέρεται στη

“...σχέση μεταξύ των πολλών διαφορετικών φορέων που εμπλέκονται στη διακυβέρνηση της παγκόσμιας υγείας και τις διαδικασίες μέσω των οποίων συνεργάζονται” (Kickbusch et al., 2013: 345). Η σημασία, η πολυπλοκότητα και η δυναμική των συσχετισμών της παγκόσμιας διακυβέρνησης στην υγεία την καθιστούν πλέον και εργαλείο της εξωτερικής πολιτικής των κρατών, με την ανάδειξη ενός ταχάως αναπτυσσόμενου τομέα, αυτού της διπλωματίας της υγείας.

## 1.2. Παγκόσμια Υγεία και Διεθνής Συνεργασία

### 1.2.1. Από τις Διακρατικές Διασκέψεις στην Ίδρυση Διεθνών Οργανισμών

Ζητήματα δημόσιας υγείας που ξεπερνούν τα εθνικά σύνορα, αποτελούν θέματα στην ατζέντα διακρατικών συναντήσεων για περισσότερο από 1,5 αιώνα. Ο φόβος επιδημιών και η απειλή της χολέρας (με τα ξεσπάσματα του 1830 και 1947 είναι ακόμα φρέσκα στην μνήμη των κρατών), οδήγησαν στην δημιουργία των Διεθνών Συνεδρίων Υγείας μεταξύ των Ευρωπαϊκών κρατών ήδη από το 1851 (McCarthy, 2002; Birn, 2009; Borowy, 2011). Αν και το γεωπολιτικό κλίμα της εποχής – και ειδικά οι σχέσεις μεταξύ Γαλλίας και Αγγλίας – οδηγούσαν πολλές φορές στην περιορισμένη ανταλλαγή πληροφοριών και στην αποτυχία σύγκλισης απόψεων, οι 11 διασκέψεις που πραγματοποιήθηκαν μέχρι το 1903, και οδήγησαν εν τέλει στις “Διεθνείς Ρυθμίσεις Υγιεινής”, θεωρούνται αργό αλλά σημαντικό βήμα προς την διεθνή συνεργασία για την υγεία.

Στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα η διεθνής συνεργασία για την υγεία άρχισε να παίρνει τις πρώτες θεσμικές της μορφές, με την ίδρυση του Διεθνούς Γραφείου Υγιεινής στην Αμερική το 1902 και του Διεθνούς Γραφείου Δημόσιας Υγείας στην Ευρώπη το 1907 (Birn, 2009). Πλέον, άρχισαν να ιδρύονται διάφοροι θεσμοί και οργανισμοί, και ο στόχος της διεθνούς συνεργασίας διευρύνθηκε πέραν από την αντιμετώπιση συγκεκριμένων ιών και στη δημιουργία αποτελεσματικότερων δομών υγείας, εντός των κρατών. Χαρακτηριστικά, το 1913 ιδρύθηκε το Ίδρυμα Rockefeller, το Τμήμα Διεθνούς Υγείας του οποίου πραγματοποίησε ερευνητικά και εκπαιδευτικά προγράμματα σε πάνω από 90 χώρες, μέχρι την λήξη της λειτουργίας του το 1951, χρηματοδοτώντας πληθώρα δραστηριοτήτων στην υγεία (Borowy, 2011; Birn και Fee, 2013). Με το τέλος του Α΄ Παγκοσμίου Πολέμου, η δημιουργία θεσμών διεθνούς συνεργασίας στην υγεία, συνεχίστηκε ακόμα πιο εντατικά. Το 1919 ιδρύθηκε η Λίγκα των Κοινωνιών του Ερυθρού Σταυρού, ενώ το 1923 ιδρύθηκε και ο Οργανισμός Υγείας της Κοινωνίας των Εθνών (ΟΥΚΕ), ο οποίος ανέπτυξε μια ευρεία ατζέντα που ξεπέρασε τον έλεγχο ασθενειών (Borowy,

2005), με φαινόμενα όπως η παιδική θνησιμότητα, η κακή διατροφή, η εξάπλωση των οπιοειδών και η κοινωνική ασφάλιση να αποτελούν αντικείμενα ειδικών ερευνών (Birn, 2009). Πέρα από τις διάφορες επιστημονικές επιτροπές του, ο ΟΥΚΕ συνέδραμε στις προσπάθειες πολλών κρατών να αντιμετωπίσουν ασθένειες στο εσωτερικό τους, στέλνοντας στο πεδίο εξειδικευμένα στελέχη του (Merson et al., 2020).

**Πίνακας 1.1.** Συνθήκες για τις μολυσματικές ασθένειες, 1892-1951

ΣΥΝΘΗΚΗ	
1892	Διεθνής Σύμβαση Υγιεινής
1893	Διεθνής Σύμβαση Υγιεινής
1894	Διεθνής Σύμβαση Υγιεινής
1897	Διεθνής Σύμβαση Υγιεινής
1903	Διεθνής Σύμβαση Υγιεινής που αντικαθιστά αυτές των 1892, 1893, 1894 & 1897
1905	Παναμερικανική Σύμβαση Υγιεινής
1912	Διεθνής Σύμβαση Υγιεινής που αντικαθιστά αυτή του 1903
1924	Παναμερικανικός Υγειονομικός Κώδικας
1924	Συμφωνία για τους ναυτικούς και τη θεραπεία των αφροδισίων νοσημάτων
1926	Διεθνής Σύμβαση Υγιεινής που τροποποιεί αυτή του 1912
1927	Πρόσθετο Πρωτόκολλο στην Παναμερικανική Σύμβαση Υγιεινής
1928	Παναμερικανική Σύμβαση Υγιεινής για την Αεροναυτιλία
1930	Σύμβαση σχετικά με τον αντιδιφθερικό ορό
1930	Συμφωνία σχετικά με τα μέτρα κατά του δάγκειου πυρετού
1933	Διεθνής Σύμβαση Υγιεινής για την Αεροναυτιλία
1934	Διεθνής σύμβαση για την αμοιβαία προστασία κατά του δάγκειου πυρετού
1938	Διεθνής Σύμβαση Υγιεινής που τροποποιεί αυτή του 1926
1944	Διεθνής Σύμβαση Υγιεινής που τροποποιεί αυτή του 1926
1944	Διεθνής Σύμβαση Υγιεινής για την Αεροναυτιλία που τροποποιεί αυτή του 1933
1946	Πρωτόκολλα για την παράταση των Διεθνών Συμβάσεων Υγιεινής του 1944
1951	Διεθνείς Υγειονομικοί κανονισμοί

Πηγή: Fidler (2001) (Ελαφρώς επεξεργασμένο από τον συγγραφέα της παρούσας διατριβής).

Συνοπτικά θα μπορούσαμε να αναφέρουμε πως σε αρκετά ταραγμένα χρόνια, υλοποιήθηκαν πολλές ενέργειες σύγκλισης διακρατικών και διεθνών συμβάσεων ώστε να αντιμετωπιστούν καίρια ζητήματα που αφορούσαν τη δημόσια υγεία. Μάλιστα, την περίοδο 1860 με 1960 υπογράφηκαν συνθήκες σχετικά με τις μολυσματικές ασθένειες, διεθνείς συνθήκες για τον έλεγχο των ναρκωτικών ουσιών, συνθήκες για το εμπόριο αλκοόλ στην Αφρική, περιφερειακές και διμερείς συνθήκες που ρυθμίζουν το παράνομο εμπόριο αλκοόλ, συνθήκες σχετικά με τα

διεθνή πρότυπα εργασίας, που αφορούν την επαγγελματική ασφάλεια και υγεία, και συνθήκες σχετικά με τη ρύπανση διασυνοριακών διεθνών ποταμών και λιμνών. Το πιο σημαντικό δεδομένο που εξάγεται από την παραπάνω συνοπτική αναφορά είναι ότι η διεθνής κοινότητα αντιλήφθηκε αρκετά νωρίς, πως η διασφάλιση της δημόσιας υγείας ή αλλιώς της ανθρώπινης υγείας είναι μία πολυπαραγοντική εξίσωση που περιλαμβάνει και περιβαλλοντικούς παράγοντες.

### 1.2.2. Παγκόσμια Υγεία μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο<sup>2</sup>

Το τέλος του 2<sup>ου</sup> Παγκοσμίου Πολέμου σηματοδότησε το επόμενο στάδιο της διεθνούς συνεργασίας στην υγεία. Οι θεσμοί που είχαν αναδειχθεί τα προηγούμενα χρόνια, παρά την σημασία τους, αντιμετώπιζον προβλήματα υποχρηματοδότησης και εργαλειοποιούνται συχνά στο πλαίσιο πολιτικών αντιπαραθέσεων μεταξύ κρατών, δημιουργώντας ένα εύθραυστο πλαίσιο διεθνούς συνεργασίας στην Υγεία (Birn, 2009). Η ίδρυση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 1946, ο οποίος απορρόφησε στην πράξη το πεδίο αρμοδιοτήτων των υπαρχόντων έως τότε διεθνών θεσμών στην υγεία, έφερε σταθερότητα στην διεθνή συνεργασία<sup>3</sup>. Όπως αναφέρει ο Leon (2015), ο ΠΟΥ σχεδιάστηκε με σκοπό να είναι ο κεντρικός πυλώνας της διεθνούς συνεργασίας στην παγκόσμια υγεία, και γι' αυτό τον λόγο είχε αρκετά πιο διευρυμένη εντολή και μεγαλύτερη δύναμη από τους προηγούμενους φορείς, που έως τότε δραστηριοποιούνταν στο ίδιο αντικείμενο. Έτσι, για πρώτη φορά τέθηκαν υπό την εποπτεία ενός φορέα η παρακολούθηση των επιδημιολογικών δεδομένων σε κεντρικό επίπεδο, οι εκστρατείες για την ολιστική αντιμετώπιση των επιδημικών εξάρσεων, ο έλεγχος των μεταδοτικών ασθενειών, η παρακολούθηση και οι ανάλογες συστάσεις για τις μη μεταδοτικές ασθένειες αλλά και η μεταρρύθμιση των συστημάτων υγείας, κυρίως των χωρών χαμηλού ή πολύ χαμηλού κατά κεφαλήν εισοδήματος, όπως αυτές της Υποσαχάριας Αφρικής και της Μέσης Ανατολής όπου οι μεταδοτικές ασθένειες αποδεκάτισαν πληθυσμούς (Cueto et al., 2019).

---

<sup>2</sup> Τμήμα της ενότητας “Παγκόσμια Υγεία μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο” του 1ου κεφαλαίου της διατριβής έχει παραχθεί από την δημοσιευμένη έρευνα “Sidiropoulos, S., Valachea, S., Kanakaki, M. E., Emmanouil-Kalos, A., Tsimogiannis, G. & Vozikis, A. (2022). Development Assistance for Health and the Role of NGOs in the Africa Region: the Case of the Central African Republic. *Journal of Regional Socio-Economic Issues*, 12(1), 44-58.”, η οποία συνιστά μία από τις υποχρεώσεις εκπόνησης της διδακτορικής διατριβής στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς σύμφωνα με τον Κανονισμό Εκπόνησης Διδακτορικής Διατριβής και συγκεκριμένα το άρθρο 9, παρ. 2.

<sup>3</sup> Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ξεκίνησε την λειτουργία του το 1948, έπειτα από την επικύρωση της δημιουργίας του από την πλειοψηφία των κρατών-μελών των Ηνωμένων Εθνών.

Η δυναμική αυτή του ΠΟΥ οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην νομιμοποίηση που απολάμβανε ο νέος φορέας στην μεταπολεμική διεθνή σκηνή. Τα συνεχώς αυξανόμενα μέλη του, καθώς και ο ανοιχτός τρόπος λήψης αποφάσεων (με χαρακτηριστικότερη την ετήσια Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας) κατέστησαν τον Οργανισμό πιο ισχυρό απ' ό,τι ήταν ποτέ οι προκάτοχοί του (Walt, 2001). Ενδεικτικό είναι το γεγονός, ότι ενώ η ίδρυσή του συνέπεσε με την έναρξη του Ψυχρού Πολέμου, ο ΠΟΥ κατάφερε να γίνει ένας φορέας κοινής αποδοχής, απολαμβάνοντας την στήριξη τόσο της Σοβιετικής Ένωσης όσο και της Δύσης (Birn, 2009).<sup>4</sup> Έτσι, τα χρόνια που ακολούθησαν την ίδρυσή του, αναγνωρίζονται ευρέως ως επιτυχημένα για την δημιουργία των απαραίτητων γραφειοκρατικών διαδικασιών και επαγγελματικών δομών στον τομέα της παγκόσμιας υγείας. Το πρόγραμμα για την εξάλειψη της Ευλογιάς, που στοχοθετήθηκε το 1958 με πρωτοβουλία της Σοβιετικής Ένωσης, αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες επιτυχίες του ΠΟΥ, με το τελευταίο κρούσμα να εντοπίζεται το 1977 και την ασθένεια να αποτελεί και επίσημα παρελθόν από το 1980 (McCarthy, 2002).

Από την ίδρυσή τους, τα Ηνωμένα Έθνη αναλαμβάνουν ενεργό δράση για την προώθηση και τη διατήρηση της παγκόσμιας υγείας. Οι φιλόδοξοι αλλά και επιτεύξιμοι Στόχοι Βιώσιμης Ανάπτυξης (SDGs), οι οποίοι περιέχουν τους 17 παγκόσμιους στόχους που συνομολογήθηκαν από τα Κράτη Μέλη και αποσκοπούν στην οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη, εγκρίθηκαν από τα μέλη της Γενικής Συνέλευσης του ΟΗΕ το 2015. Ο τρίτος στόχος αποσκοπεί στην επίτευξη της καθολικής υγειονομικής κάλυψης, της καλύτερης πρόσβασης σε ασφαλή, αποτελεσματικά και φθηνά φάρμακα και στην εξάλειψη των επιδημιών του HIV, της ελονοσίας και της φυματίωσης, έως το 2030 (United Nations, n.d.a). Σε αυτό το σημείο θα ήταν σημαντικό να τονίσουμε πως ένας τέτοιος στόχος μπορεί να θύμιζε τότε απόλυτα μαξιμαλιστικός, όμως ο ΠΟΥ έχει να επιδείξει ανάλογες νίκες, αφού στο ενεργητικό του καταμετρούνται εξαλείψεις ασθενειών. Ένα ακόμα τρανταχτό παράδειγμα αποτελεί η εξάλειψη στην Αφρικανική Ήπειρο της γνωστής σε όλη την ανθρωπότητα (λόγω των σοβαρών επιπλοκών που προκαλούσε) πολιομυελίτιδας το 2020 (Mohammed et al, 2021). Όπως επισημαίνεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2018), οι SDGs αναγνωρίζουν την καλή υγεία ως κάτι ευρύτερο από τον εντοπισμό και τη διαχείριση συγκεκριμένων ασθενειών. Για την παρακολούθηση της υγείας και της ευημερίας των λαών, ο ΠΟΥ εστιάζει "... 1. Στο επίπεδο

---

<sup>4</sup> Η εγγύτητα και οικονομική εξάρτηση του ΠΟΥ από τις ΗΠΑ οδήγησε την Σοβιετική Ένωση να απέχει από τις διαδικασίες του Οργανισμού το 1949. Με την ανάληψη της εξουσίας από τον Krushev, έπειτα από τον θάνατο του Stalin το 1953, η Σοβιετική Ένωση κίνησε τις διαδικασίες να ξανά ενταχθεί στον ΠΟΥ, όπως και έγινε και επίσημα το 1956 (Cueto et al., 2019).

*και την κατανομή της υγιούς ζωής που έχουν τα άτομα και οι κοινότητες, 2. Στο επίπεδο και την κατανομή των συνθηκών που επηρεάζουν την υγεία και την ευημερία, 3. Στο επίπεδο και την κατανομή των παραγόντων κινδύνου των οποίων η παρουσία επηρεάζει την υγεία και την ευημερία" (WHO, 2018: 13).*

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, το καταστατικό του οποίου τέθηκε σε ισχύ τον Απρίλιο του 1948 - ημερομηνία που σήμερα τιμούμε ως Παγκόσμια Ημέρα Υγείας - βρίσκεται στην πρώτη γραμμή αυτής της προσπάθειας, στο πλαίσιο του συστήματος των Ηνωμένων Εθνών. Η ελονοσία, η υγεία των γυναικών και των παιδιών, η φυματίωση, τα αφροδίσια νοσήματα, η διατροφή και η περιβαλλοντική υποβάθμιση επιλέχθηκαν εξ αρχής ως κορυφαίοι στόχοι του ΠΟΥ (United Nations, n.d.b). Πολλές από τις προαναφερθείσες ασθένειες, καθώς επίσης και άλλες πιο πρόσφατες, όπως ο HIV/AIDS, ο διαβήτης, ο καρκίνος και οι αναδυόμενες ασθένειες όπως το SARS (Σοβαρό Οξύ Αναπνευστικό Σύνδρομο), οι ιοί Ebola και Zika, παραμένουν στην ημερήσια διάταξη του ΠΟΥ. Την τρέχουσα περίοδο, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ηγείται της αντίδρασης του διεθνούς συστήματος ενάντια στην πανδημία της πιο πρόσφατης νόσου που προκαλείται από τον γνωστό παγκοσμίως κορονοϊό SARS-COV-2, την κωδικοποιημένη ως COVID-19 λοίμωξη. Η Διεθνής Ταξινόμηση των Ασθενειών, η οποία έχει υιοθετηθεί ως το διεθνές πρότυπο που χρησιμοποιείται για την ταξινόμηση και την αναφορά ασθενειών, καθώς και προβλημάτων υγείας, θεσπίστηκε το 1948. Ο ΠΟΥ έχει συμμετάσχει σε πλείστα σημαντικά επιτεύγματα στον τομέα της παγκόσμιας δημόσιας υγείας από την ίδρυσή του (United Nations, n.d.a). Ως ένα από τα πιο σημαντικά παραδείγματα για την ανθρώπινη εξέλιξη αναφέρουμε την ανακάλυψη των αντιβιοτικών, η οποία ξεκίνησε το 1950 και στην οποία ο ΠΟΥ συνέβαλε καθοριστικά με την συμβουλευτική υποστήριξη που προσέφερε σε όλες τις χώρες, σχετικά με τον τρόπο χρήσης τους. Επιπλέον, δεν μπορεί να παραβλεφθεί η συμμετοχή του ΠΟΥ, κατά τη διάρκεια της μεγαλύτερης παγκόσμιας επιδημίας, αυτής του ιού Έμπολα το 2014 στη Δυτική Αφρική, με την ταχύτατη ενεργοποίηση όλων των μηχανισμών που διέθετε. Ιατροί, ειδικοί στη δημόσια υγεία, επιστήμονες από συναφή αντικείμενα, επιδημιολόγοι και άλλοι εμπειρογνώμονες του ΠΟΥ εργάζονται επί τόπου σε 150 χώρες σε όλο τον κόσμο. Παρέχουν τεχνικές συμβουλές στα κατά τόπους υπουργεία υγείας και υποστηρίζουν τις εθνικές δράσεις με υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας και περίθαλψης. Οι παρεμβάσεις του ΠΟΥ αγγίζουν κάθε πτυχή της παγκόσμιας υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και πρόληψης, αφού πολλές από αυτές έχουν, εκτός των άλλων, και εκπαιδευτικό χαρακτήρα (United Nations, n.d.b).



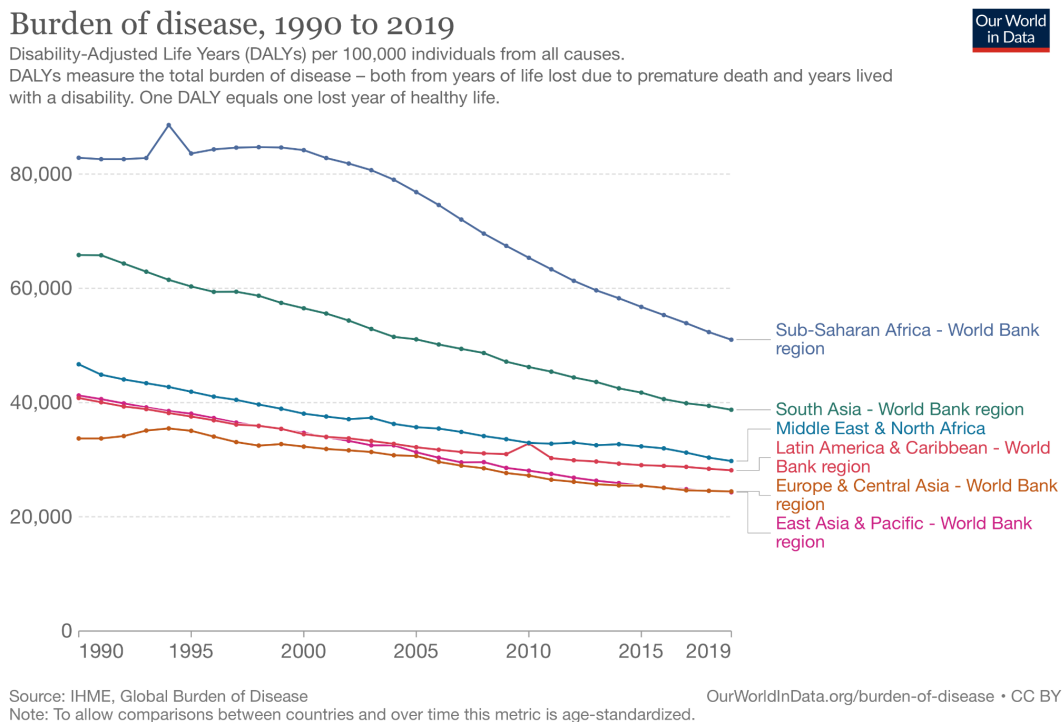
Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας παρεμβαίνει σε όλες τις υγειονομικές κρίσεις, ενώ ανταποκρίνεται και σε ανθρωπιστικές καταστροφές. Προσπαθεί, επίσης, να θεσπίσει Διεθνείς Υγειονομικούς Κανονισμούς, τους οποίους πρέπει να τηρούν οι χώρες προκειμένου να εντοπίζουν και να προλαμβάνουν επιδημικές εξάρσεις. Επιπλέον, το έργο του ΠΟΥ βοηθά στην πρόληψη των χρόνιων ασθενειών και στην επίτευξη των στόχων βιώσιμης ανάπτυξης που συνδέονται με την υγεία (United Nations, n.d.b). Σύμφωνα με την έκθεση World Health Statistics του 2020, η οποία αποτελεί την ετήσια απεικόνιση της κατάστασης της παγκόσμιας υγείας, η κάλυψη της πρόληψης και της θεραπείας σημαντικών μολυσματικών ασθενειών, καθώς και η υγειονομική περίθαλψη για την μητρότητα, τα νεογνά και τα παιδιά, έχουν βελτιωθεί σημαντικά τις τελευταίες δύο δεκαετίες, με αποτέλεσμα τη συνεχή μείωση των επιπτώσεων των ασθενειών (χρησιμοποιούνται οι δείκτες Deaths, DALYs, YLLs). Ωστόσο, ο σημερινός ρυθμός εξέλιξης που έχουν οι παρεμβάσεις δεν επαρκεί για την επίτευξη των Στόχων Βιώσιμης Ανάπτυξης έως το 2030, με την COVID-19 να κινδυνεύει να θέσει τον κόσμο ακόμη περισσότερο εκτός τροχιάς για την επίτευξη της Ατζέντας 2030 (WHO, 2020). Όπως παρατηρούμε στην Εικόνα 1.1, όπου απεικονίζεται “η επιβάρυνση της νόσου”, η οποία υπολογίζεται σε έτη ζωής προσαρμοσμένα στην αναπηρία (DALYs)<sup>5</sup> στις έξι γεωγραφικές περιοχές, προσδιορισμένες από την Παγκόσμια Τράπεζα (α. Υποσαχάρια Αφρική, β. Ανατολική Ασία και Ειρηνικός Ωκεανός, γ. Ευρώπη και Κεντρική Ασία, δ. Λατινική Αμερική και Καραϊβική, ε. Μέση Ανατολή και Βόρεια Αφρική, στ. Νότια Ασία), η μείωση είναι αξιοσημείωτη. Ειδικά για τις τρεις πιο επιβαρυνμένες γεωγραφικές περιοχές του πλανήτη, Υποσαχάρια Αφρική, Νότια Ασία και Μέση Ανατολή - Βόρεια Αφρική η μείωση των DALYs μεταξύ των ετών 1990 και 2019 αγγίζει σε ποσοστό, στην καλύτερη περίπτωση, το 42%. Το ποσοστό αυτό λογίζεται ως εξαιρετικά μεγάλο αφού στις οικονομίες των περιοχών που αναφέρθηκαν, η περίθαλψη των ασθενών είναι μία υπόθεση εξαιρετικά δύσκολη και ως εκ τούτου αντιλαμβανόμαστε τα πολλαπλασιαστικά οφέλη για τους πληθυσμούς αυτούς από την εξάλειψη ή μείωση των ασθενειών.

---

<sup>5</sup> Τα DALYs μετρούν τη συνολική επιβάρυνση από την ασθένεια - τόσο από τα χρόνια ζωής που χάνονται λόγω πρόωγου θανάτου όσο και από τα χρόνια που ζουν οι ασθενείς με αναπηρία προερχόμενη από συγκεκριμένη νόσο.

---

**Εικόνα 1.1.** Η επιβάρυνση της νόσου (Burden of Disease), από το 1990 έως 2019, σε έτη ζωής προσαρμοσμένα στην αναπηρία (DALYs) ανά 100.000 άτομα από όλες τις αιτίες



Πηγή: Roser and Ritchie (2021)

Συνοψίζοντας και λαμβάνοντας υπόψη τα στοιχεία από τη διεθνή βιβλιογραφία, σημειώνουμε πως η ομολογουμένως ανεκτίμητη συμβολή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην δημόσια υγεία αποδεικνύεται. Όλες οι στατιστικές μελέτες αποδεικνύουν τη σταθερά σημαντική συμβολή των δράσεων του ΠΟΥ στην παγκόσμια υγεία, οι οποίες εκτελούνται σε αгаστή συνεργασία με διεθνείς φορείς, μη κυβερνητικούς οργανισμούς και κράτη μέλη (βλ. Εικόνα 1.1). Η εξέλιξη που παρουσιάζεται στα ευρήματα παγκοσμίως, για την επιβάρυνση των ασθενειών στη δημόσια υγεία, ειδικά από το 1990 και εντεύθεν, όπου κατέχουμε πιο ακριβή στοιχεία και με τα οποία μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα, είναι καθοριστική και με θετικό πρόσημο. Βεβαίως, όπως προαναφέραμε, αυτό δεν είναι αρκετό. Δεν μπορεί να υπάρξει εφησυχασμός κυρίως για δύο πολύ σημαντικούς λόγους: α. τη μη επίτευξη των δεσμεύσεων της διεθνούς κοινότητας για την υγεία έως το 2030, αλλά και β. το ότι πάντα υπάρχει ο κίνδυνος του απροόπτου (βλ. πανδημικές - επιδημικές κρίσεις), ενώ η θωράκιση του παγκόσμιου πληθυσμού, αν και πιο ενισχυμένη από ποτέ, λόγω της επιστημονικής εξέλιξης, δεν θα είναι ποτέ αρκετή.

### 1.2.3. Η Σύγχρονη Αρχιτεκτονική της Παγκόσμιας Υγείας και η κρίση αξιοπιστίας των θεσμών

Όπως σημειώνουν οι Kickbush et al. (2013: 345) όσον αφορά την αρχιτεκτονική της παγκόσμιας διακυβέρνησης στην υγεία, *“Η αναφορά στην αρχιτεκτονική μπορεί να φαίνεται ότι υπονοεί μια σχεδιασμένη δομή, στην οποία ορίζονται ρόλοι και σχέσεις. Στην πράξη όμως το σύστημα είναι πιο χαοτικό και ίσως είναι πιο κατάλληλη η αναλογία με την αρχιτεκτονική ενός συστήματος υπολογιστών, με πολλαπλές, συνεχώς μεταβαλλόμενες σχέσεις”*. Σύμφωνα, λοιπόν, με την εν λόγω αναφορά, θα μπορούσαμε να σημειώσουμε πως με την πολυπλοκότητα και την δυναμική των συσχετισμών που εμφανίζονται στην παγκόσμια διακυβέρνηση στο χώρο της υγείας, καθίστανται πλέον οι προϋποθέσεις άσκησης διπλωματίας, αφού η υγεία ως τομέας, δύναται να εργαλειοποιηθεί στην άσκηση εξωτερικής πολιτικής.

Οι διαδικασίες που διαμόρφωσαν την σύγχρονη αρχιτεκτονική της παγκόσμιας διακυβέρνησης της υγείας ξεκινούν την δεκαετία του 1980. Με την εδραίωση της αποκαλούμενης «νεοφιλελεύθερης» ιδεολογίας, διαδόθηκαν εκτεταμένες μεταρρυθμίσεις στον χώρο της υγείας διεθνώς, όπου οι νεοφιλελεύθερες πρακτικές εφαρμόστηκαν ή επιβλήθηκαν.<sup>6</sup> Όπως σημειώνει η Harman (2018: 722), οι μεταρρυθμίσεις αυτές στο χώρο της υγείας μεταφράζονται ως

*“...το άνοιγμα της παροχής υγείας στον ανταγωνισμό, την ιδιωτικοποίηση πτυχών της δημόσιας υγείας, τη μείωση της κρατικής παροχής και ρύθμισης και την υιοθέτηση μιας αγοράς για να αποφασίζεται ποιος παρέχει ένα φάσμα αναγκών υγειονομικής περίθαλψης, ποιος πληρώνει για αυτές και με ποιον τρόπο. Τα δηλωμένα, αλλά αμφισβητούμενα, οφέλη των νεοφιλελεύθερων πολιτικών είναι η αυξημένη τεχνογνωσία, η αποτελεσματικότητα και η πολυφωνία των επιλογών στο σύστημα υγείας.”*

Η μείωση των δημοσίων δαπανών για την υγεία στις αναπτυσσόμενες χώρες δεν συνοδεύτηκε από την εισροή ιδιωτικών επενδύσεων όπως προβλέπει η θεωρία, με αποτέλεσμα τα συστήματα υγείας των χωρών αυτών να υπο-χρηματοδοτούνται σημαντικά. Ταυτόχρονα, ως αποτέλεσμα της εφαρμογής των νεοφιλελεύθερων πολιτικών, μειώθηκε η χρηματοδότηση και η έρευνα για σειρά ασθενειών, όπως η φυματίωση και η ελονοσία (Harman, 2018).

---

<sup>6</sup> Με την συνύπαρξη της Margaret Thatcher στην Μεγάλη Βρετανία και τον Ronald Reagan στις ΗΠΑ, ο νεοφιλελευθερισμός αναδείχθηκε σε κυρίαρχη ιδεολογία. Η υιοθέτηση της νεοφιλελεύθερης ατζέντας από μεγάλους διεθνείς φορείς, όπως το ΔΝΤ και η Παγκόσμια Τράπεζα, υποχρέωσε πολλές από τις αναπτυσσόμενες χώρες σε νεοφιλελεύθερες μεταρρυθμίσεις (και στην υγεία), καθώς αποτελούσαν κύρια προαπαιτούμενα για χρηματοδότηση ή δανεισμό (Harman, 2018).

Ακόμη μία ασθένεια, όμως, εμφανίστηκε εκείνη την περίοδο, με πολλά θύματα σε ΗΠΑ και Ευρώπη. Η εμφάνιση του HIV/AIDS, μιας ασθένειας με έντονο κοινωνικό στίγμα και ταξικό υπόβαθρο<sup>7</sup>, στο βαθιά συντηρητικό πλαίσιο του νεοφιλελευθερισμού, δημιούργησε μία νέα διάσταση της συμμετοχής των ΜΚΟ στην δημόσια υγεία. Όπως αναφέρεται και στην επόμενη ενότητα, δημιουργήθηκαν ισχυρά κινήματα της κοινωνίας των πολιτών με σκοπό την απενοχοποίηση του ζητήματος στον δημόσιο διάλογο και την ανάληψη μέτρων από τα κράτη.

Ταυτόχρονα, από την δεκαετία του 1980 η εμπιστοσύνη προς την αποτελεσματικότητα των πολυμερών θεσμών (και μεταξύ αυτών του ΠΟΥ και των φορέων του ΟΗΕ) άρχισε να κλονίζεται, με αποτέλεσμα την μείωση της στήριξης που είχαν από τα κράτη - μέλη. Αυτό οδήγησε σε προσπάθειες μεταρρύθμισης, προκειμένου να περιοριστούν οι ανησυχίες των χρηματοδοτών, όμως ο ρόλος του ΠΟΥ ως κεντρικού πυλώνα της παγκόσμιας υγείας ήταν πλέον υπό αμφισβήτηση. Έτσι, άρχισε να αυξάνεται η εμπλοκή του ιδιωτικού και του χρηματοπιστωτικού τομέα όχι μόνο στην χρηματοδότηση, αλλά και στην λήψη αποφάσεων για την αποτελεσματικότερη διαχείριση των κεφαλαίων στην υγεία, εξέλιξη πιστή στην λογική της κυρίαρχης ιδεολογίας της εποχής (Kickbush & Ivanova, 2013). Αυτό το νέο *status quo* ονομάστηκε “Πολυμέρεια των Αγορών” (Bull and McNeill, 2007). Από την πλευρά της κοινωνίας των πολιτών, πολυάριθμες διεθνείς και εθνικές ΜΚΟ ιδρύθηκαν προκειμένου να ανταποκριθούν στις ανάγκες τοπικών κοινοτήτων, και η δράση τους αποτελεί, πλέον, πυλώνα της παγκόσμιας υγείας.

Παρόλα αυτά, η αξιοπιστία των θεσμών αποκαταστάθηκε και η συνεργασία όλων των παικτών του διεθνούς συστήματος της υγείας έφερε θεαματικά αποτελέσματα στις δεκαετίες που ακολούθησαν. Βεβαίως, η αξιοπιστία είτε ως προς τις δυνατότητες υλοποίησης προγραμμάτων, είτε ως προς την οικονομική φερεγγυότητα, είναι ένας παράγοντας που θα πρέπει να αξιολογείται συνεχώς, για όλους τους εμπλεκόμενους φορείς. Η παγκόσμια υγεία έχει ανάγκη από υγιείς φορείς, οι οποίοι θέτουν στο επίκεντρο των ενεργειών τους τον άνθρωπο.

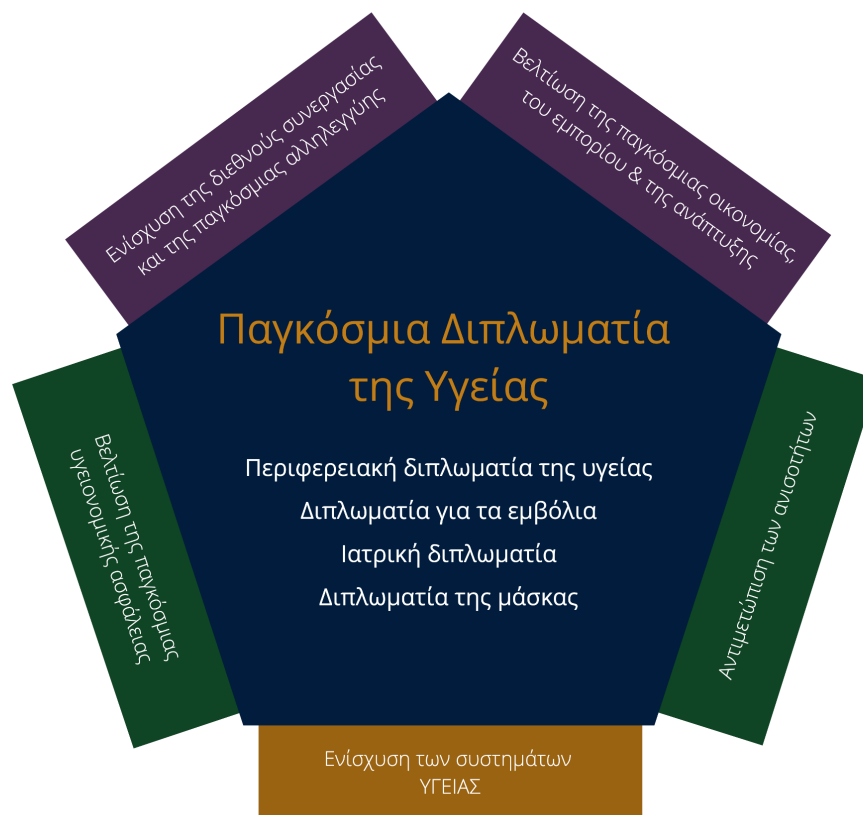
---

<sup>7</sup> Το HIV/AIDS συνδέεται με την φτώχεια και την οικονομική ανισότητα (Harman, 2018), μεγέθη που αυξήθηκαν σε πολλές χώρες με την εφαρμογή των νεοφιλελεύθερων πολιτικών.

### 1.2.4. Διπλωματία της Υγείας

Στο πλήρως παγκοσμιοποιημένο περιβάλλον, στο οποίο βαδίζει η ανθρωπότητα, καθίσταται όλο και πιο δύσκολο, οι πολιτικές δημόσιας υγείας που λαμβάνουν υπόψη μόνο εθνικά δεδομένα και που στοχεύουν σε εγχώριους πληθυσμούς, αποκλειστικά, να είναι αποτελεσματικές. Η συνεχής μετακίνηση πληθυσμών ως ομάδες εργατικού δυναμικού, τουριστών, προσφύγων κτλ. έχει αναδείξει την ανάγκη ολιστικής προσέγγισης του ζητήματος της δημόσιας υγείας. Ειδικά την τελευταία δεκαετία, οι αθρόες μεταναστευτικές ροές έκαναν επιτακτική την ανάγκη συνεργασίας στο επίπεδο της πρόληψης και της αντιμετώπισης θεμάτων προστασίας της δημόσιας υγείας. Πιο πρόσφατο παράδειγμα συνεργασίας χωρών στον τομέα διασφάλισης της δημόσιας υγείας, μέσω της διπλωματικής οδού, ήταν και η θεσμοθέτηση του ευρωπαϊκού πιστοποιητικού εμβολιασμού / νόσησης, εν είδει διαβατηρίου, για τη μόλυνση COVID-19 που θεσπίστηκε στον ευρωπαϊκό χώρο. Αποτελεί ίσως ένα από τα πιο τρανταχτά παραδείγματα άσκησης εξωτερικής πολιτικής και ελέγχου ταξιδιωτών από την μία χώρα στην άλλη.

**Εικόνα 1.2.** Οι πτυχές της Παγκόσμιας Διπλωματίας της Υγείας και ο ρόλος της στην δημόσια υγεία, την οικονομία, την μείωση των ανισοτήτων



Πηγή: Taghizade et al. (2021) (προσαρμοσμένο από τον συγγραφέα της παρούσας διατριβής).

Οι ολοένα και πιο συχνά αναδυόμενοι κίνδυνοι που προκύπτουν για τον παγκόσμιο πληθυσμό, εντείνουν τις προσπάθειες των πρωταγωνιστών της δημόσιας υγείας για άσκηση πιο συντονισμένων ενεργειών. Πρόσφατα, με την πανδημική κρίση του COVID-19 έγινε σαφές το γεγονός της αναγκαιότητας για συνέργειες στην αντιμετώπιση πανδημικών φαινομένων που μπορεί να πλήξουν την ανθρωπότητα και στο μέλλον. Μάλιστα, από την κρίση του κορονοϊού έγινε αντιληπτό πως μία ανάλογη κρίση δεν περιορίζεται μόνο στην υγειονομική διάσταση του ζητήματος. Αποκτά ανεξέλεγκτες προεκτάσεις, οικονομικές, εμπορικές, κοινωνικές, ακόμα και γεωπολιτικές, δημιουργώντας κενό σε επίπεδο εθνικής αλλά και διεθνούς ασφάλειας. Υπ' αυτή την έννοια είναι επιβεβλημένο η διεθνής κοινότητα να προχωρήσει σε θεσμοθέτηση μιας νέας παγκόσμιας συνθήκης για την διασφάλιση της δημόσιας υγείας, και μάλιστα υπό το πρίσμα της "μίας υγείας" (one health).<sup>8</sup> Εκείνων δηλαδή, των πολιτικών υγείας που συμπληρώνονται από πολιτικές περιβάλλοντος, τροφίμων κτλ. προσφέροντας μία ολιστική προσέγγιση στην προστασία της Παγκόσμιας Υγείας.

Η απαρέγκλιτη τήρηση ενός κωδικοποιημένου κειμένου, ενός διεθνούς δικαίου δημόσιας υγείας αποτελεί προϋπόθεση ώστε να αποφευχθούν μοιραίοι κίνδυνοι για την παγκόσμια κοινότητα. Ένα συνεκτικό κείμενο που θα θέτει τις βάσεις για την ομαλή ανθρώπινη συνύπαρξη και την τήρηση προδιαγραφών που επηρεάζουν ή μπορεί να επηρεάσουν τη δημόσια υγεία. Με τον μετασχηματισμό της, σε υψίστης στρατηγικής σημασίας παράγοντα, η υγεία αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της ασκούμενης διπλωματίας από τα κράτη. Σε αυτό το σημείο, κάνουμε και πάλι επίκληση των όσων βίωσε η ανθρωπότητα το πρώτο διάστημα εξάπλωσης του κορονοϊού και των διεθνών προσπαθειών για την ανακάλυψη των εμβολίων. Για πρώτη φορά είδαμε σε ευρεία κλίμακα την ενεργοποίηση του τομέα της διπλωματίας της υγείας (Batakis et al, 2020).

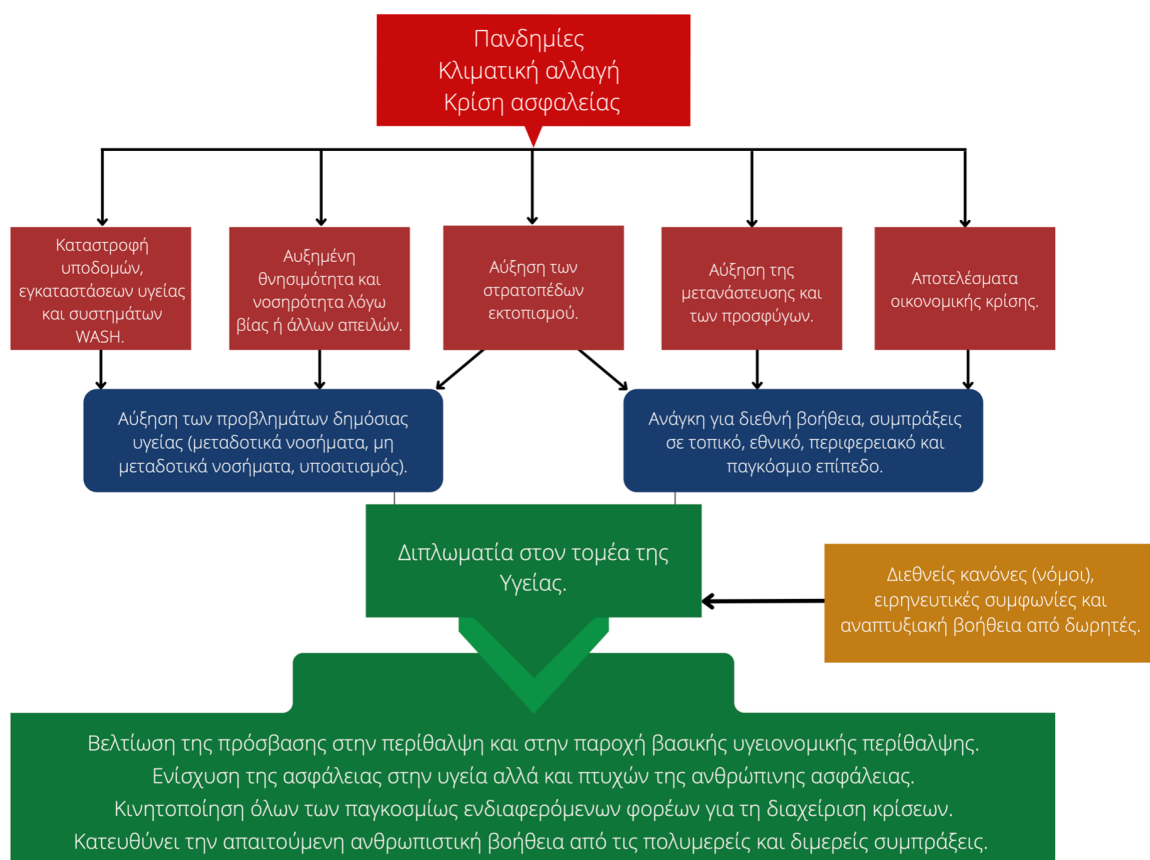
Υπό αυτή την έννοια, αν και σε πρώιμο στάδιο θεσμικότητας, είδαμε την διπλωματία στο χώρο της υγείας να λειτουργεί. Αν εξαιρέσουμε τις στρεβλώσεις που παρατηρήθηκαν, θα μπορούσαμε να πούμε ότι εξάγουμε αρκετά θετικά συμπεράσματα, κυρίως ως προς την χρησιμότητα των ενεργειών που εντάσσονται σε αυτό τον κλάδο εφαρμογής της εξωτερικής

---

<sup>8</sup> Σύμφωνα με τον ΠΟΥ ο όρος "Μία Υγεία", ο οποίος πρωτοεισήχθη στην βιβλιογραφία το 2016 από τον Αμερικανό Γερουσιαστή AI Franken, αποτελεί την κοινή συνισταμένη εφαρμοσμένων πολιτικών αλλά και ερευνητικής διαδικασίας που παράγεται από συνεργαζόμενους τομείς και που ως στόχο έχει την μεγιστοποίηση των αποτελεσμάτων προς όφελος της δημόσιας υγείας. Οι ερευνητές και οι πολιτικές που προτείνονται στο πλαίσιο της one health επικεντρώνονται στην ασφάλεια των τροφίμων, στο έλεγχο των νόσων που μπορούν να μεταδοθούν μεταξύ ζώων και ανθρώπων, στη ανθρώπινη υγεία, καθώς στην προστασία του περιβάλλοντος.

πολιτικής των κρατών. Μέσω της ορθής άσκησης της διπλωματίας της υγείας, μπορεί να ενισχυθεί η συνεργασία των κρατών και η αλληλεγγύη των λαών (μία από τις βασικές επιδιώξεις του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών), να επιτευχθεί ανάπτυξη των οικονομιών αλλά και του συνολικού βιοτικού επιπέδου των λαών, μέσω της ενίσχυσης των εμπορικών συναλλαγών και των επενδύσεων, να ελαχιστοποιηθούν οι ανισότητες, να αναβαθμιστούν τα εθνικά συστήματα υγείας και με αυτό τον τρόπο να ενισχυθεί το αίσθημα ασφάλειας στην δημόσια - παγκόσμια υγεία (Taghizade et al., 2021).

**Εικόνα 1.3.** Οι πτυχές της Παγκόσμιας Διπλωματίας της Υγείας και ο ρόλος της στην δημόσια υγεία, την οικονομία, την μείωση των ανισοτήτων



Πηγή: Taghizade et al. (2021) (Ελαφρώς επεξεργασμένο από τον συγγραφέα της παρούσας διατριβής).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η διπλωματία της υγείας ως ένα εργαλείο διασφάλισης της παγκόσμιας υγείας στοχεύει στην καλύτερη ασφάλεια της υγείας του πληθυσμού, στην βελτίωση των σχέσεων μεταξύ των κρατών και την συνεργασία φορέων για την βελτίωση της υγείας. Τέλος μπορεί να συμβάλει στην επίτευξη αποτελεσμάτων που θεωρούνται δίκαια, καταπολεμούν την φτώχεια και ενισχύουν την ισότητα και τα ανθρώπινα δικαιώματα (WHO, 2022).

### 1.3. Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις και ο Ρόλος τους στην Παγκόσμια Υγεία<sup>9</sup>

Η ραγδαία αύξηση των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων (ΜΚΟ) μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο και η εξέλιξή τους σε σημαντικούς δρώντες σε διεθνές επίπεδο, έχει πυροδοτήσει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την μελέτη τους. Τα μοναδικά τους χαρακτηριστικά και οι ικανότητά τους να αναπληρώσουν κενά που αφήνουν οι Κυβερνήσεις και οι Διεθνείς Οργανισμοί – άλλοτε επιτυχημένα και άλλοτε λιγότερο επιτυχημένα – τις καθιστούν πλέον αναπόσπαστο κομμάτι της διεθνούς διακυβέρνησης, με ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στον τομέα της παγκόσμιας υγείας.

Ο όρος Μη Κυβερνητική Οργάνωση αφορά μη κρατικούς δρώντες, εθελοντικές οργανώσεις της Κοινωνίας των Πολιτών (Civil Society Organizations), ενώσεις και ιδρύματα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα (Hudson & Bielfeld, 1997; Tvedt, 2006), οι οποίοι προωθούν ζητήματα για το δημόσιο συμφέρον (Hall-Jones, 2006). Η υιοθέτηση ενός αρκετά γενικού ορισμού, που όμως αποτυπώνει την μοναδική υπόστασή τους, είναι αναπόφευκτη επιλογή προκειμένου να μην δημιουργούνται συγκρούσεις με διάφορους επιμέρους ορισμούς, που μπορεί να προκύπτουν κατά περίπτωση. Όπως σημειώνει ο Malena (1995), ο όρος ΜΚΟ μπορεί να χρησιμοποιηθεί για οποιονδήποτε μη κερδοσκοπικό οργανισμό που διατηρεί ανεξαρτησία και αυτονομία από την κυβέρνηση. Σε αυτό το πνεύμα, η Παγκόσμια Τράπεζα ορίζει ως Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις

*...μια ευρεία ποικιλία ομάδων και ιδρυμάτων που είναι εξ ολοκλήρου ή σε μεγάλο βαθμό ανεξάρτητες από την κυβέρνηση και χαρακτηρίζονται κυρίως από ανθρωπιστικούς και συνεργατικούς, παρά από εμπορικούς στόχους. Αν εξαιρέσουμε τις ορολογικές και ονομαστικές διαφορές που διαφέρουν από χώρα σε χώρα, η πολιτική της Τράπεζας αναγνωρίζει τη φύση των ΜΚΟ ως ιδιωτικών οργανώσεων που ασκούν δραστηριότητες για την ανακούφιση των δεινών, την προώθηση των συμφερόντων των φτωχών, την προστασία του περιβάλλοντος ή την ανάπτυξη της κοινότητας. (Cernea, 1988: 43)*

---

<sup>9</sup> Η δεύτερη ενότητα του πρώτου κεφαλαίου “Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις και ο Ρόλος τους στην Παγκόσμια Υγεία” αποτελεί τμήμα της δημοσιευμένης έρευνας “Sidiropoulos, S., Emmanouil-Kalos, A., Kanakaki, M. E. and Vozikis, A. (2021). The Rise of NGOs in Global Health Governance and Credibility Issues in the 21st Century. HAPSc Policy Briefs Series, 2(2), 278-288. DOI: 10.12681/hapscpbs.29516”, η οποία συνιστά μία από τις υποχρεώσεις εκπόνησης της διδακτορικής διατριβής στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς σύμφωνα με τον Κανονισμό Εκπόνησης Διδακτορικής Διατριβής και συγκεκριμένα το άρθρο 9, παρ. 2.



Η δυναμική ανάπτυξη που παρουσίασαν οι ΜΚΟ το δεύτερο μισό του 20<sup>ου</sup> αιώνα προκάλεσε αρκετό ενθουσιασμό στην διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με τις δυνατότητες που δημιουργούν. Ο Clark (1991) αναφέρεται σε αυτές ως δυνάμεις εκδημοκρατισμού της ανάπτυξης, ενώ και οι Farrington & Bebbington (1993) τις αναγνωρίζουν ως φορείς που αυξάνουν την συμμετοχή των πολιτών. Ο Drabek (1987) σημείωσε τις εναλλακτικές που δημιουργούν για την παγκόσμια ανάπτυξη. Μπορεί τις τελευταίες δύο δεκαετίες ο ενθουσιασμός αυτός να έχει κοπάσει, όμως οι ΜΚΟ εξακολουθούν να έχουν πολύ σημαντικό ρόλο στο διεθνές σύστημα, έχοντας επαναπροσδιορίσει τις έννοιες της ανάπτυξης και της ασφάλειας, προσδίδοντάς τους έντονη ανθρωπιστική διάσταση (Davies, 2008). Στον τομέα της υγείας, όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Stachowiak (2010), πολλές από τις μεγαλύτερες εξελίξεις μπορούν να αποδοθούν – άμεσα ή έμμεσα – και στην δράση των ΜΚΟ. Παρ’ όλα αυτά, ζητήματα διαφάνειας αλλά και αποτελεσματικότητας παραμένουν ανοικτά προς επίλυση.

### 1.3.1. Η σημαίνουσα παρουσία των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων

Οι διεθνείς ΜΚΟ έχουν μακρά παράδοση, με την ίδρυση της Anti-Slavery International το 1839 να θεωρείται η αρχή. Παρ’ όλα αυτά, όπως επισημαίνει ο Davies (2008), η εξέλιξή τους μέχρι σήμερα παρουσιάζει διακυμάνσεις, με τους δύο παγκόσμιους πολέμους και την Μεγάλη Ύφεση του 1929 να δημιουργούν περιόδους μείωσης του ρυθμού δημιουργίας νέων ΜΚΟ. Αντίστοιχα, υπήρξαν περίοδοι που ευνόησαν την άνθηση των ΜΚΟ. Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι η περίοδος των Διασκέψεων της Χάγης (1899 – 1907), καθώς και η δεκαετία του 1920, όταν και δημιουργήθηκαν οι διπλάσιες διεθνείς ΜΚΟ απ’ ότι σε ολόκληρο τον 19<sup>ο</sup> αιώνα (Davies, 2008).

Για να αντιληφθούμε την δυναμική και τον αριθμό των ΜΚΟ παγκοσμίως παραθέτουμε τα παρακάτω 3 στοιχεία σύμφωνα με το Global Leadership Bulletin (2015): *“α. Εκτιμάται ότι υπάρχουν περίπου 10 εκατομμύρια (μη κυβερνητικές οργανώσεις) ΜΚΟ παγκοσμίως. β. Ο αριθμός των ανθρώπων παγκοσμίως που δωρίζουν χρήματα σε ΜΚΟ αυξήθηκε από 1,2 δισεκατομμύρια το 2011 σε 1,4 δισεκατομμύρια το 2014. Μέχρι το 2030, ο αριθμός αυτός αναμένεται να αυξηθεί σε 2,5 δισεκατομμύρια ... γ. Με πάνω από 3,3 εκατομμύρια μη κυβερνητικές οργανώσεις, η Ινδία έχει περίπου μία ΜΚΟ για κάθε 400 άτομα”*.

Η μεγάλη αύξηση των ΜΚΟ και η σημαντική εμπλοκή τους στην σύγχρονη παγκόσμια διακυβέρνηση, οφείλεται τόσο στο διεθνές πολιτικό περιβάλλον μετά τον Β’ Παγκόσμιο Πόλεμο, όσο και στα ίδια τα χαρακτηριστικά των ΜΚΟ, τα οποία τις κατέστησαν αναγκαίες.

Αρχικά, όπως τονίζουν οι McGann και Johnstone (2006), η δημιουργία νέων κρατών και μεγάλων διακρατικών διεθνών οργανισμών (όπως, για παράδειγμα, ο ΟΗΕ και η Παγκόσμια Τράπεζα) δημιούργησαν τον χώρο για την ανάπτυξη νέων ΜΚΟ. Ενδεικτικά, όπως αναφέρει ο Hall-Jones (2006), ο ίδιος ο όρος “ΜΚΟ” δημιουργήθηκε εκείνη την περίοδο, προκειμένου να διαχωρίζονται οι διάφοροι διακυβερνητικοί φορείς του ΟΗΕ από ιδιωτικούς οργανισμούς. Παράλληλα, τα κύματα εκδημοκρατισμού και το άνοιγμα των κοινωνιών ενίσχυσαν την συνείδηση της Κοινωνίας των Πολιτών. Η λήξη του Ψυχρού Πολέμου – για την οποία οι διεθνείς ΜΚΟ θεωρείται ότι έπαιξαν σημαντικό ρόλο (Davies, 2008) – ώθησε, επίσης, στην δημιουργία νέων διεθνών ΜΚΟ (Gordenker, 1995). Χαρακτηριστικά, ο αριθμός των διεθνών ΜΚΟ αυξήθηκε από 6.000 το 1990 σε 26.000 το 1996 (McGann και Johnstone, 2006; Young και Dhanda, 2013). Η παγκοσμιοποίηση και οι τεχνολογικές εξελίξεις, που μεταξύ άλλων καθιστούν την εύρεση και ανταλλαγή πληροφοριών ταχύτερη από ποτέ, ενίσχυσαν την κοινωνία των πολιτών και τις δυνατότητες των ΜΚΟ (McGann και Johnstone, 2006; Davies, 2008).

Η δημιουργία πολλών ΜΚΟ παγκοσμίως τον προηγούμενο αιώνα, δημιούργησε ταυτόχρονα έναν κοινωνικό αυτοματισμό, που είχε ως επακόλουθο την αύξηση του αριθμού των οργανώσεων της κοινωνίας των πολιτών σε ιλιγγιώδη νούμερα. Σε παγκόσμιο επίπεδο δεν υπάρχει επετηρίδα ΜΚΟ που να ενημερώνεται από τις εθνικές αρχές, ώστε να γνωρίζουμε τον ακριβή αριθμό των οργανισμών παγκοσμίως. Εξάλλου, η ύπαρξη της ιδιομορφίας των ΜΚΟ, οι οποίες εντάσσονται σε διαφορετικά δικαϊκά συστήματα και υπό αυτή την έννοια η νομική τους υπόσταση διαφέρει κατά πολύ από χώρα σε χώρα, δημιουργεί επιπλέον προβλήματα στην συνολική αποτύπωση της οργανωμένης κοινωνίας των πολιτών (Council on Foundations, n.d.). Οργανωμένα αρχεία με λίστες από ΜΚΟ έχουμε κυρίως σε ανεπτυγμένα κράτη, είτε λόγω της πολιτικής τους να τις εντάξουν σε ένα πλάνο διαχείρισης κρίσεων και εθνικών πολιτικών, είτε για την ανάγκη καταπολέμησης της φοροδιαφυγής - φοροαπαλλαγής (βλ. Αμερική). Η ιδιαιτερότητα των βασικών δραστηριοτήτων τους, μας δίνει την ευκαιρία να χαρτογραφήσουμε τις ΜΚΟ και να τις κατηγοριοποιήσουμε. Βλέπουμε λοιπόν, ότι σε βάσεις διαπιστευμένων οργανισμών ή μελών, όπως και η βάση του Οικονομικού και Κοινωνικού Συμβουλίου του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (csonet.org), αλλά και σε άλλες σελίδες ευρύτερης αυτο-οργάνωσης ΜΚΟ (congo, wango κτλ) που κατέχουν διαπιστεύσεις ή ιδιότητα μέλους σε ευρύτερους σχηματισμούς, ορίζονται ή αυτοχαρακτηρίζονται ως non governmental organization (NGO), non-profit organization (NPO), social benefit organization (SBO), community based organizations (CBO), civil society organization (CSO), citizen sector

organization (CSO), advocacy organization (AO), patient organization (PO), voluntary organization (VO), grassroots support organization (GSO), non-state actor (NSA), κ.α.. Επίσης, ανάλογα με το εύρος των δραστηριοτήτων τους ταξινομούνται σε local, national, regional ή international non governmental organization. Φυσικά η αέναη αυτή διαφοροποίηση των ΜΚΟ αλλά και η ονοματοδοσία συνεχίζει μέχρι και σήμερα, αφού αποτελούν ακρογωνιαία λίθο της κοινωνικής αυτο-οργάνωσης (Willets, 2001).

Πέρα από τις εξελίξεις στο διεθνές πολιτικό περιβάλλον, η αύξηση των ΜΚΟ οφείλεται και στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους, που απουσιάζουν από τους υπόλοιπους θεσμούς της διεθνούς διακυβέρνησης. Ένα από τα σημαντικότερα εξ' αυτών είναι η σύνδεσή τους με τις τοπικές κοινότητες που βοηθούν, καθώς και τα συμφέροντα των οποίων προωθούν (Gellert, 1996; McGann και Johnstone, 2006; Bagire et al., 2014). Ειδικά στην υγεία, η ικανότητά τους να προσφέρουν περίθαλψη και στις πλέον απομακρυσμένες ή μικρές κοινότητες είναι κομβικής σημασίας (McGann και Johnstone, 2006), ειδικά στις περιπτώσεις όπου η τοπική κυβέρνηση αποτυγχάνει να παρέμβει αποτελεσματικά (McGann και Johnstone, 2006; Smith, 2010).

Ειδικά με την άνοδο του νεοφιλελευθερισμού και την επιβολή της «Συναίνεσης της Washington», οι ΜΚΟ ανέλαβαν να καλύψουν – στον βαθμό του δυνατού – τα τεράστια κενά που δημιουργήθηκαν στην πρόνοια, από την εσκεμμένη μειωμένη παρουσία του κράτους (Berthoud, 2001). Οι κοντινοί αυτοί δεσμοί των ΜΚΟ με τις τοπικές κοινότητες ενισχύουν επίσης, την συμμετοχή πολιτών αλλά και τοπικών ομάδων και οργανισμών (Gellert, 1996; WHO, 2002), δίνοντας ακόμα μεγαλύτερη δυναμική στην κοινωνία των πολιτών. Επιπλέον, σύμφωνα με τον Stachowiak (2010), οι ΜΚΟ είναι συχνά οι πρώτοι φορείς που φέρνουν οργανωμένα στην επιφάνεια νέα ζητήματα, που προκύπτουν στις κοινότητες όπου δραστηριοποιούνται. Ο ρόλος αυτός των ΜΚΟ να εξασφαλίσουν κάποιες μορφές πρόνοιας, όταν το κράτος έχει αποτραβηχτεί ή αδυνατεί να παρέμβει και οι αγορές αποτυγχάνουν, με σχετικά χαμηλό κόστος, κέρδισε την υποστήριξη των επίσημων θεσμών (Fowler, 1988; Meyer, 1992) και τις κατέστησε το προτιμότερο κανάλι διάχυσης της διεθνούς βοήθειας (Edwards και Hulme, 2013).

### 1.3.2. Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών και Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Οι μη κυβερνητικές οργανώσεις (ΜΚΟ) έχουν ενεργή σχέση με τα Ηνωμένα Έθνη (ΟΗΕ) σχεδόν αμέσως μετά την ίδρυσή τους το 1945. Μάλιστα, όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Alger (2002), στο ιδρυτικό συνέδριο του ΟΗΕ υπήρχαν αντιπρόσωποι από 1.200 εθελοντικές οργανώσεις, επηρεάζοντας σημαντικά το περιεχόμενο της ιδρυτικής συνθήκης. Δομημένες σχέσεις υφίστανται με τη Γραμματεία των Ηνωμένων Εθνών, καθώς και με άλλα σώματα του οργανισμού κυρίως μέσω της προσφερόμενης ιδιότητας διαβούλευσης με τα κράτη μέλη (ECOSOC, DGC, OSAA, OEWG Ageing, WSSD, κτλ).

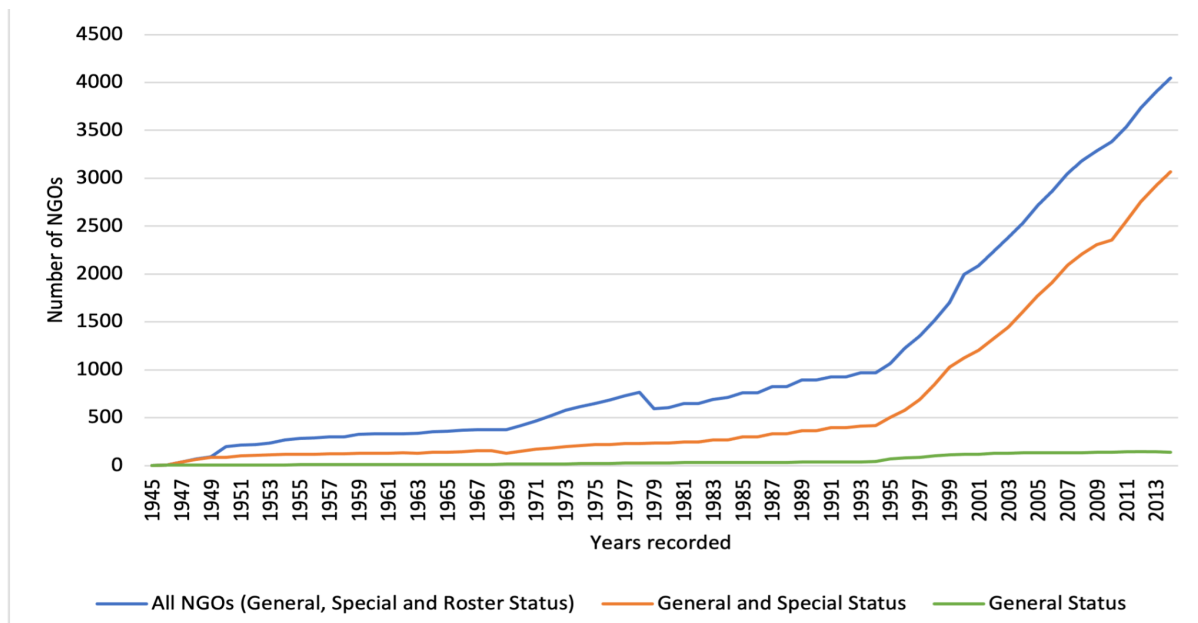
Τον Σεπτέμβριο του 2021, καταμετρούνται μέσα από την βάση δεδομένων csonet του ECOSOC περί τις 5188 ΜΚΟ με συμβουλευτική διαπίστευση στον ΟΗΕ (DESA NGO Branch, n.d). Οι ΜΚΟ συμβάλλουν σε μια σειρά από δραστηριότητες, όπως η διάδοση πληροφοριών (ειδικά μέσω του Τμήματος Παγκόσμιας Επικοινωνίας - DGC), η ευαισθητοποίηση, η εκπαίδευση, η υπεράσπιση της πολιτικής, τα κοινά επιχειρησιακά έργα, η συμμετοχή σε διακυβερνητικές διαδικασίες και η συμβολή με ειδικές υπηρεσίες τεχνοκρατικής εξειδίκευσης και εμπειρογνωμοσύνης.

Στο άρθρο 71 του Χάρτη των Ηνωμένων Εθνών, για το οποίο πίεσαν ιδιαίτερα οι αντιπρόσωποι της Κοινωνίας των Πολιτών (Willets, 2000) και με το οποίο ιδρύθηκε το Οικονομικό και Κοινωνικό Συμβούλιο (ECOSOC), ορίζονται τα εξής: *“Το Οικονομικό και Κοινωνικό Συμβούλιο μπορεί να προβεί σε κατάλληλες ρυθμίσεις για διαβουλεύσεις με μη κυβερνητικές οργανώσεις (NGOs - CSOs) που ασχολούνται με θέματα της αρμοδιότητάς του”* (Χάρτης των Ηνωμένων Εθνών, Κεφάλαιο Χ, Άρθρο 71). Όσον αφορά την συμβουλευτική ιδιότητα στο ECOSOC, όπως αναφέρει το standard operating procedures *“Συμβουλευτική Ιδιότητα μπορεί να λάβουν διεθνείς οργανισμοί και, κατά περίπτωση, εθνικοί οργανισμοί εάν οι δράσεις τους συμφωνούν με τις αξίες και τους κανόνες του Συμβουλίου και συμβάλλουν στην περαιτέρω ενίσχυση του θεσμού”* (United Nations, 2018).

Με την πάροδο του χρόνου και την αυξανόμενη επιρροή των ΜΚΟ σε διεθνές επίπεδο, ενισχύθηκε η συνεργασία τους με το σύστημα των Ηνωμένων Εθνών. Η δεκαετία του 1990 έφερε σημαντικές πρωτοβουλίες από πλευράς ΟΗΕ για την περαιτέρω αναβάθμιση του ρόλου των ΜΚΟ στις διαδικασίες του (Willets, 2000; Alger, 2002; WHO, 2002). Χαρακτηριστικό παράδειγμα της αυξανόμενης δυναμικής των ΜΚΟ είναι το Κοινό Πρόγραμμα του ΟΗΕ για τον ιό του AIDS (Joint United Nations Programme on HIV and AIDS – UNAIDS), όπου

οργανώσεις της Κοινωνίας των Πολιτών εκπροσωπούνται στο Διοικητικό Συμβούλιο (WHO, 2002).

**Γράφημα 1.1.** Ο αριθμός των ΜΚΟ με συμβουλευτική ιδιότητα στο Οικονομικό και Κοινωνικό Συμβούλιο του ΟΗΕ (1945 - 2013)



Πηγή: Δεδομένα από το csonet.org [5/4/2022]

Όπως και με τον ΟΗΕ, έτσι και με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η θεσμική συνεργασία με ΜΚΟ βρισκόταν εξ' αρχής στην ατζέντα. Πέραν από τις προβλέψεις του καταστατικού για διαβούλευση και συνεργασία με μη κυβερνητικές οργανώσεις, στην πρώτη Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας (World Health Assembly) το 1948 υιοθετήθηκε το πρώτο πλαίσιο κανόνων για την ανάπτυξη επίσημων σχέσεων του ΠΟΥ με ΜΚΟ, το οποίο με την πάροδο του χρόνου ανανεώνεται και επικαιροποιείται διαρκώς (WHO, 2002). Το 2016, στην 69<sup>η</sup> Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας, υιοθετήθηκε το “Πλαίσιο Συνεργασίας με Μη Κρατικούς Φορείς” (Framework of Engagement With Non-State Actors - FENSA), το οποίο διέπει σήμερα τις σχέσεις του ΠΟΥ με τις ΜΚΟ. Το κείμενο αυτό επιβεβαιώνει τη σημαντική και ιδιαίτερη θέση που έχουν οι ΜΚΟ στην παγκόσμια υγεία, αναφέροντας χαρακτηριστικά:

*“Ο ΠΟΥ συνεργάζεται με μη κρατικούς φορείς λόγω του σημαντικού τους ρόλου στην παγκόσμια υγεία, για την προώθηση και προαγωγή της δημόσιας υγείας και για να ενθαρρύνει τους μη κρατικούς φορείς να χρησιμοποιούν τις δικές τους δραστηριότητες, για την προστασία και την προαγωγή της δημόσιας υγείας” (WHO, 2016, 4),*

καθώς και:

*“Η συνεργασία του ΠΟΥ με μη κρατικούς φορείς μπορεί να αποφέρει σημαντικά οφέλη για την παγκόσμια δημόσια υγεία και για τον ίδιο τον Οργανισμό κατά την εκπλήρωση των συνταγματικών αρχών και στόχων του, συμπεριλαμβανομένου του καθοδηγητικού και συντονιστικού του ρόλου στην παγκόσμια υγεία” (WHO, 2016, 5).*

Τον Ιανουάριο του 2021, 218 διεθνείς ΜΚΟ καταγράφονταν σε επίσημη συνεργασία με τον ΠΟΥ (WHO, 2021). Σύμφωνα επίσης, με τα όσα παρουσιάζονται στην επίσημη ιστοσελίδα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας υπάρχει μία δυναμική επετηρίδα η οποία ανανεώνεται και αφορά τους πιο ενεργούς και σημαντικούς Μη Κυβερνητικούς Οργανισμούς με τους οποίους ο ΠΟΥ συνάπτει συνεργασίες και οι οποίοι ενεργούν στον χώρο της υγείας. Αν ανατρέξουμε λοιπόν στα ως άνω στοιχεία, το 2022 παρουσιάζονται στον αριθμό 20 οργανισμοί διαπιστευμένοι ως επίσημοι συνεργάτες τους ΠΟΥ. Οι οργανισμοί στην πλειονότητά τους είναι θεσμοί με παγκόσμιο βεληνεκές και διεθνώς αναγνωρισμένοι, όπως Οι Γιατροί Χωρίς Σύννορα (Medecins sans Frontieres - Doctors without Borders) ή το Νορβηγικό Συμβούλιο Μετανάστευσης (Norwegian Refugee Council).

### 1.3.3. Παραδείγματα Ενεργής Συμμετοχής ΜΚΟ στην Δημόσια Υγεία

Στις Η.Π.Α., όπου διαχρονικά και με βραχυχρόνιες εξαιρέσεις έχει επικρατήσει η κουλτούρα της περιορισμένης παρέμβασης του κράτους στην υγεία, είναι χαρακτηριστική η συμβολή των ΜΚΟ στον χώρο. Πάνω από το 40% των ασφαλιστικών υπηρεσιών υγείας ανήκουν σε ΜΚΟ. Τα κοινοτικά νοσοκομεία, γηροκομεία και κέντρα υγείας στο μεγαλύτερο μέρος τους διοικούνται από ΜΚΟ. Οι ΜΚΟ σε τοπικό επίπεδο, δραστηριοποιούνται, εκτός από την λειτουργία και διαχείριση των νοσοκομείων, καλύπτοντας επιπλέον υγειονομικές παροχές στα μέλη των τοπικών κοινοτήτων που έχουν εφαρμογή στο χώρο της υγείας (προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης υγείας, υποστήριξη ερευνών, μειωμένα ασφάλιστρα κ.α.) (Metcalf, 2002). Επιπλέον, δεν θα μπορούσαμε να μην συμπεριλάβουμε τις παγκοσμίου φήμης ΜΚΟ που συνδράμουν βετεράνους πολέμων του Αμερικανικού στρατού<sup>10</sup>, οι οποίοι λαμβάνουν από τους εν λόγω οργανισμούς εξατομικευμένη φροντίδα (Detert et al., 2019).

---

<sup>10</sup> Σημειώνεται ότι η ίδια η Αμερικανική Κυβέρνηση έχει εγκρίνει σχεδόν 45.000 ΜΚΟ με κύρια έργο την υποστήριξη των βετεράνων πολέμου των ΗΠΑ, οι οποίες παρέχουν υποστήριξη στα μέλη τους, ενώ και η ίδια η Κυβέρνηση έχει δημιουργήσει το γραφείο NonProfit Program Office (NPPO) υπό το Τμήμα US Department of

Χαρακτηριστικό παράδειγμα ΜΚΟ με μακρά ιστορία και σημαντική συμβολή στην δημόσια υγεία είναι η περίπτωση της American Lung Association (ALA). Η ALA ιδρύθηκε το 1904 λόγω της εξάρσης της φυματίωσης στις Η.Π.Α., υπό την επωνυμία “The National Association for the Study and Prevention of Tuberculosis” (Stachowiak, 2010). Η ALA χρηματοδότησε καμπάνιες ενημέρωσης, καθώς και σημαντικά ερευνητικά προγράμματα για την φυματίωση. Με την εύρεση φαρμάκου το 1946 και την (σχεδόν) εξάλειψή της στις Η.Π.Α. την δεκαετία του 1950, η ALA έστρεψε την προσοχή της στην αντιμετώπιση και πρόληψη όλων των ασθενειών που χτυπούν τους πνεύμονες (ALA, n.d.; Stachowiak, 2010). Ήταν, μάλιστα, από τους πρώτους φορείς που συνέδεσαν το κάπνισμα με τον καρκίνο του πνεύμονα το 1960, και ξεκίνησαν ευρείες εκστρατείες ενημέρωσης. Όταν την δεκαετία του 1980 η φυματίωση έκανε την επανεμφάνισή της πιο ανθεκτική, η ALA σε συνεργασία με τον ΠΟΥ και με χρηματοδότηση από την USAID ανέλαβε τον διεθνή σχεδιασμό για την αντιμετώπισή της (Stachowiak, 2010).

Διαφορετική προσέγγιση (λόγω και διαφορετικών δεδομένων), αλλά επίσης καθοριστική για την δημόσια υγεία ήταν αυτή των ΜΚΟ ACT UP (AIDS Coalition to Unleash Power) και The NAMES Project, οι οποίες ιδρύθηκαν την δεκαετία του 1980 και είχαν ως στόχο την ευαισθητοποίηση και ενημέρωση για το AIDS (Stachowiak, 2010). Η πιο ριζοσπαστική από τις δύο, η ACT UP, το κατάφερε μέσα από έντονες διαμαρτυρίες και πορείες, που στόχευαν τις υψηλές τιμές των διαθέσιμων φαρμάκων, το στίγμα και την αδιαφορία από την κοινωνία και τους αρμόδιους κρατικούς φορείς. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η οργάνωση για την ιστορία της ίδρυσής της, “*Σύντομα βρέθηκε στην ανάγκη να καταπολεμήσει την εταιρική απληστία, την έλλειψη αλληλεγγύης και διάφορες μορφές στιγματισμού και διακρίσεων στο εσωτερικό και στο εξωτερικό.*” (ACT UP, n.d.). Η ΜΚΟ The NAMES Project από την άλλη ξεκίνησε μια πιο συμβολική κίνηση, όπου όποιος είχε χάσει κοντινό του πρόσωπο από AIDS, έγραφε το όνομα του προσώπου σε πλακέτα και τη κολλούσε στο Ομοσπονδιακό Κτίριο του San Francisco. Η δράση αυτή πήρε μεγάλες διαστάσεις και έγινε γνωστή διεθνώς, και προτάθηκε για Νόμπελ Ειρήνης το 1987 (Stackowiak, 2010).

Τα παραπάνω παραδείγματα επιλέχθηκαν γιατί, αφενός δείχνουν πόσο καθοριστική συμβολή στην δημόσια υγεία μπορούν να έχουν ακόμα και μεμονωμένες ΜΚΟ, αφετέρου γιατί δείχνουν

---

Veterans Affairs με κύριο στόχο τον συντονισμό των NPC που ασχολούνται με την έρευνα και την ανάπτυξη δράσεων που ως τελικό αποδέκτη θα έχουν τους βετεράνους.

την πληθώρα των τρόπων δραστηριοποίησης, με τους οποίους μία ΜΚΟ μπορεί να κάνει την διαφορά.

Παρ' όλα αυτά, όπως αναφέρεται και παραπάνω, οι ΜΚΟ πλέον είναι θεσμικοί δρώντες στην διακυβέρνηση της παγκόσμιας υγείας και συνεργάζονται συνεχώς με διεθνείς οργανισμούς και κυβερνήσεις για την επίτευξη στόχων. Σε χώρες όπως η Ρουάντα, το Αφγανιστάν, η Μοζαμβίκη και η Λιβερία, αναπτύχθηκαν προγράμματα συνεργασίας μεταξύ των ΜΚΟ και των Κυβερνήσεων για την ανάπτυξη και ενδυνάμωση των συστημάτων υγείας (Partners in Health) (Connelly, n.d).

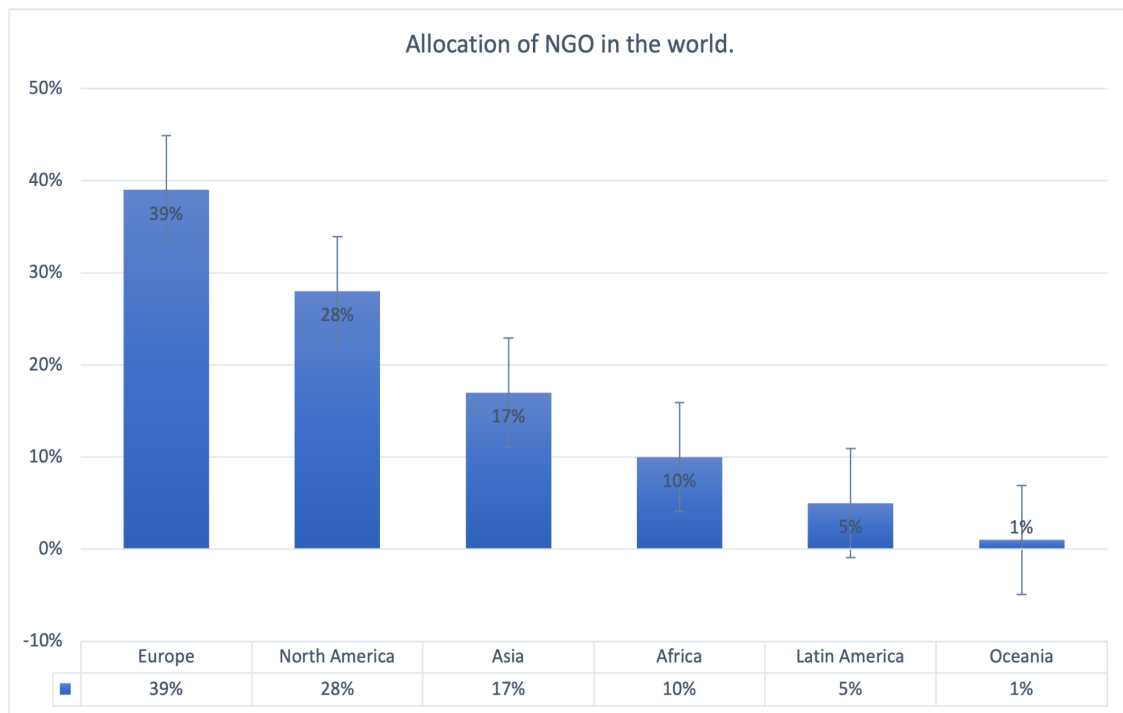
Σημαντικό παράδειγμα συνεργασίας Διεθνών Οργανισμών, Κυβερνήσεων και ΜΚΟ σε πρόγραμμα μεγάλης έκτασης, είναι η εφαρμογή του Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Όπως αναφέρει ο Sparks (2010), πρόκειται ουσιαστικά για την πρώτη συνθήκη παγκόσμιας υγείας. Οι προσπάθειες ανάπτυξης του προγράμματος ξεκίνησαν το 1995, με την συνθήκη να υπερψηφίζεται το 2003 με ευρεία αποδοχή στα Ηνωμένα Έθνη και να μπαίνει σε εφαρμογή το 2005 (WHO, 2005).

Οι ΜΚΟ αναγνωρίστηκαν στην συνθήκη ως απαραίτητος σύμμαχος για την εφαρμογή της, τόσο διεθνώς, όσο και στις τοπικές κοινωνίες. Όπως αναφέρεται στο προοίμιο της συνθήκης:

*“Επισημαίνοντας την ιδιαίτερη συμβολή των μη κυβερνητικών οργανώσεων και άλλων μελών της κοινωνίας των πολιτών που δεν συνδέονται με την καπνοβιομηχανία, συμπεριλαμβανομένων των επαγγελματιών φορέων υγείας, των ομάδων γυναικών, νεολαίας, περιβάλλοντος και καταναλωτών, καθώς και των ακαδημαϊκών και υγειονομικών ιδρυμάτων, στις προσπάθειες ελέγχου του καπνού σε εθνικό και διεθνές επίπεδο και τη ζωτική σημασία της συμμετοχής τους στις εθνικές και διεθνείς προσπάθειες ελέγχου του καπνού”.* (WHO, 2005, 2)

Η δραστηριοποίηση των ΜΚΟ καλύπτει το σύνολο των αναγκών για την εφαρμογή της συνθήκης πρακτικών, όπως δράσεις που έχουν ως αντικείμενο τις εκστρατείες ευαισθητοποίησης μέχρι και την εκπαίδευση κυβερνητικών στελεχών και την ανάπτυξη νομοθετικών προτάσεων (Sparks, 2010).



**Γράφημα 1.2.** Η κατανομή των ΜΚΟ σε έξι βασικές γεωγραφικές περιοχές

Πηγή: Δεδομένα από το csonet.org [5/4/2022]

**1.4. Εμπόδια και προκλήσεις στην Διακυβέρνηση της Παγκόσμιας Υγείας<sup>11</sup>****1.4.1. Μηχανισμοί και Διαδικασίες στην Διεθνή Βοήθεια. Η ανάγκη Οικονομικής Αξιολόγησης**

Όπως προαναφέρθηκε η Διεθνής Βοήθεια (στην υγεία) αποτελείται από πολλούς δρώντες με διαφορετικούς ρόλους και αποστολή. Η χρηματοδοτική βοήθεια στον χώρο της υγείας ή όπως τεχνικά ονομάζεται Αναπτυξιακή Βοήθεια για την Υγεία (development assistance for health - DAH) άρχισε να καταμετράται στον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) από το 1960<sup>12</sup> και εντεύθεν (Barder, 2014). Σε αυτό το πλαίσιο για την ανάπτυξη της διεθνούς βοήθειας στο χώρο της υγείας, σε πολλές χώρες συγκροτήθηκαν και διαμορφώθηκαν

<sup>11</sup> Τμήμα της ενότητας του πρώτου κεφαλαίου “Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις και ο Ρόλος τους στην Παγκόσμια Υγεία” αποτελεί τμήμα της δημοσιευμένης έρευνας “Sidiropoulos, S., Emmanouil-Kalos, A., Kanakaki, M. E. and Vozikis, A. (2021). The Rise of NGOs in Global Health Governance and Credibility Issues in the 21st Century. HAPSc Policy Briefs Series, 2(2), 278-288. DOI: 10.12681/hapscpbs.29516”, η οποία συνιστά μία από τις υποχρεώσεις εκπόνησης της διδακτορικής διατριβής στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς σύμφωνα με τον Κανονισμό Εκπόνησης Διδακτορικής Διατριβής & συγκεκριμένα το άρθρο 9, παρ. 2.

<sup>12</sup> Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ υπολογίζεται πως το συνολικό ποσό το οποίο προσφέρθηκε στις χώρες της αφρικανικής Ηπείρου από το 1960 έως το 2014 ήταν 2,6 τρισεκατομμύρια δολάρια. Η χρηματοδοτική βοήθεια η οποία είχε παρασχεθεί έως τότε αφορούσε κυρίως την καταπολέμηση της ευλογιάς.

διάφοροι μηχανισμοί συντονισμού της. Οι εν λόγω μηχανισμοί βασίζονται σε διαφορετικές προσεγγίσεις με αποτέλεσμα να μην υπάρχει ένα μοναδικό και ξεκάθαρο μοντέλο το οποίο εφαρμόζεται παντού.

Η αναπτυξιακή βοήθεια, συμπεριλαμβανομένου του τομέα της υγείας, εμφάνισε την μεγαλύτερη άνοδό της, μεταξύ 1980 και 1990, ενώ μετά καταγράφεται πτώση η οποία μάλιστα ήταν γενικευμένη αφού το σύστημα ροών χρηματοδοτικής βοήθειας πέρασε σε φάση αμφισβήτησης. Μάλιστα στα πρώτα έτη της δεκαετίας του '90 σημειώθηκε μία πτώση στη δυναμική της βοήθειας που ανερχόταν σε μείωση 12% της προϋπάρχουσας ροής, ήτοι 7 δισεκατομμύρια δολάρια. Η μόνη ευρύτερη γεωγραφική περιοχή που δείχνει να μην απορροφά πλήρως αυτή την πτωτική τάση είναι η Υποσαχάρια Αφρική από την μεριά των παραληπτών χωρών, ενώ αντιθέτως στους βασικούς χρηματοδότες βλέπουμε πως ακόμα και οι παραδοσιακοί πάροχοι, όπως οι χώρες του ευρωπαϊκού βορρά, μειώνουν δραστικά τις ροές χρηματοδότησης. Σε αυτή την αλλαγή πολιτικής έπαιξε καταλυτικό παράγοντα και η εξειδικευμένη προσέγγιση που άρχισαν να λαμβάνουν οι παρεμβάσεις για επιδημικές εξάρσεις μολυσματικών νόσων (Walt, 1999). Η αμφισβήτηση η οποία ώθησε σε αυτές τις μεταβολές στις ροές αναπτυξιακής βοήθειας, είχε κυρίως ως εφιαλτήριο την τοποθέτηση των ειδικών αλλά και πολιτικών επιτετραμμένων για την εφαρμογή μοντέλων που θα μετρούσαν τον λόγο κόστους - αποτελεσματικότητας των δράσεων της βοήθειας.

Παρόλα αυτά, ως προς την αναπτυξιακή βοήθεια για την υγεία παρατηρούμε μία σημαντική άνοδο στις χρηματοδοτικές ροές από το 1990 και εντεύθεν. Από την διαχείριση στο σύνολο 8,1 δισεκατομμυρίων δολαρίων το 1990, η χρηματοδοτική βοήθεια ανήλθε στα 54 δισεκατομμύρια δολάρια το 2020 (IHME, 2020). Η ραγδαία αύξηση των πόρων στο χώρο της υγείας για τις χώρες - παραλήπτες, ανέδειξε το πιο σημαντικό πρόβλημα που μέχρι εκείνη τη στιγμή εμφανιζόταν: την έλλειψη συντονισμού των δράσεων. Λόγω της πολυπληθούς δεξαμενής δωρητών και δρώντων για τις επιχειρήσεις υγείας, καθώς επίσης και λόγω της ασυντόνιστης προσπάθειας αντιμετώπισης υγειονομικών θεμάτων, είχαμε την απόλυτη καταστρατήγηση της έννοιας του λόγου κόστους - αποτελεσματικότητας, αλλά και την δημιουργία πολυποίκιλων ανισοτήτων. Αυτή η νέα πραγματικότητα οδήγησε την διεθνή κοινότητα, και τους δρώντες στο χώρο της ΔΑΗ να δημιουργηθούν εκείνοι οι μηχανισμοί που θα καθοδηγήσουν τις δραστηριότητες και θα αναδείξουν την καλύτερη στρατηγική για την εκπόνηση έργων. Η Παγκόσμια Τράπεζα, το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, το Αναπτυξιακό Πρόγραμμα των Ηνωμένων Εθνών, καθώς ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και

Ανάπτυξης συμφώνησαν στην θέσπιση αρχών και στην δημιουργία ενός νέου μοντέλου διαχείρισης της DAH, στο οποίο θα συμμετείχαν οι Κυβερνήσεις των Κρατών παραληπτών με πρωτεργάτες τα Υπουργεία Υγείας και τα διμερή ή πολυμερή σχήματα των δωρητών. Στόχος της νέας αυτής προσέγγισης ήταν να γίνουν κατανοητές οι εθνικές προτεραιότητες των παραληπτών και να τεθούν υπό συγκεκριμένα σχέδια δράσης. Παράλληλα θεσπίστηκαν διαδικασίες ελέγχου αποτελεσματικότητας στα κράτη παραλήπτες και κανονισμοί διαφάνειας στις χώρες δωρητές και στις χώρες από τις οποίες επιχειρούσαν οι διεθνείς ΜΚΟ, που δραστηριοποιούνται στο χώρο υγείας (Borrmann, 1999).

#### 1.4.2. Κρίση Αξιοπιστίας των ΜΚΟ τον 21ο Αιώνα

Η αυξανόμενη ισχύς και η συμμετοχή των ΜΚΟ στην παγκόσμια διακυβέρνηση, τις έχουν φέρει αντιμέτωπες με μία κρίση αξιοπιστίας και νομιμοποίησης της δράσης τους (McGann και Johnstone, 2006). Η κρίση αυτή ενθαρρύνθηκε για διάφορους λόγους, συμπεριλαμβανομένης της εμπλοκής κάποιων με τρομοκρατική δράση, της διοργάνωσης διαμαρτυριών προκαλώντας έντονες αναταραχές και του προγραμματισμού ανεξάρτητων συναντήσεων παράλληλα με επίσημες συναντήσεις με σκοπό να αμφισβητηθεί η νομιμοποίηση επίσημων φορέων. Έτσι, το 1992 στο Earth Summit που έλαβε χώρα στο Ρίο, 17,000 εκπρόσωποι ΜΚΟ διοργάνωσαν εναλλακτικό φόρουμ, ενώ μόλις 1,400 συμμετείχαν στην επίσημη συνάντηση (McGann και Johnstone, 2006).

Η χρηματοδότηση είναι κρίσιμη ειδικά για την επίτευξη άμεσων αποτελεσμάτων, τα οποία συχνά τίθενται σε προτεραιότητα, ενισχύοντας μακροπρόθεσμα τα συστήματα υγείας (Connolly, n.d.). Ωστόσο, εκλείπουν οι μηχανισμοί συμμόρφωσης (McGann και Johnstone, 2006). Φορείς όπως η Παγκόσμια Τράπεζα και ο ΟΗΕ, που συνεργάζονται εκτενώς με τις ΜΚΟ, θα ήταν χρήσιμο να υποστηρίξουν την ανάπτυξη συγκεκριμένων πρακτικών για τη βελτίωση της διαφάνειας και της λογοδοσίας. Σε μεγάλο βαθμό το αδιέξοδο για τη δραστηριότητα των ΜΚΟ σε αναπτυσσόμενες και μεταβατικές οικονομίες είναι οι χρηματοδοτικές ροές από τις βιομηχανοποιημένες χώρες, καθώς ενδέχεται οι δωρητές να ορίζουν τους στόχους δράσης των ΜΚΟ. Αυτή η υποψία μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο εκμετάλλευσης από αυταρχικά καθεστώτα, ώστε να οδηγήσει στο κλείσιμο ΜΚΟ. Το πολιτικό σύστημα των κρατών είναι σημαντικό, ιδιαίτερα για τους οργανισμούς που ασχολούνται με την υπεράσπιση και τον ακτιβισμό στον τομέα της υγείας (Getahun και Raviglione, 2011). Γίνεται αντιληπτό ότι είναι κρίσιμη η ανάπτυξη συγκεκριμένης προσέγγισης ανά κράτος. Η επικοινωνία για την οριοθέτηση των προτεραιοτήτων και των ορίων δράσης μεταξύ των ΜΚΟ

και των κεντρικών αρχών είναι χρήσιμο να προβλέπεται από Μνημόνια Κατανόησης (MOUs), καθώς και να περιγράφονται σε ένα σαφές νομικό πλαίσιο.

Τα οφέλη της διαφάνειας είναι εμφανή και ως προς την επικοινωνία και τη συνεργασία μεταξύ Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων (ΜΚΟ) και Υπουργείων Υγείας (Connelly, n.d.). Συγκεκριμένα, η διαφάνεια, η ευελιξία και η προσαρμοστικότητα κατά την εφαρμογή προγραμμάτων που ευθυγραμμίζονται με τους κυβερνητικούς στόχους και τις νέες ανάγκες, ανά περιοχή, ενισχύουν την εμπιστοσύνη μεταξύ των μερών και τις συνεργασίες. Σε τοπικό θα πρέπει να πραγματοποιείται έλεγχος δεξιοτήτων και τεχνογνωσίας που λαμβάνουν οι Κοινοτικοί Εργαζόμενοι στην Υγεία (CHWs), ενώ οι ΜΚΟ θα πρέπει να διασφαλίζουν την παροχή αποτελεσματικής και ισότιμης φροντίδας. Η κοινή γνώμη αμφισβητεί την νομιμότητα και την αξιοπιστία των ίδιων των κυβερνήσεων, δεδομένης της χαμηλής επίδοσης και της αναποτελεσματικής γραφειοκρατίας (McGann και Johnstone, 2006). Οι ΜΚΟ έρχονται να καλύψουν τις ανεπάρκειες του κρατικού μηχανισμού, ωστόσο αντιμετωπίζουν ανάλογη αμφισβήτηση. Παρά του ότι παρουσιάζεται θετικό πρόσημο στην χρηματοδοτική βοήθεια και την αξιοποίησή της από τις ΜΚΟ για την καταπολέμηση ασθενειών (Sidiroopoulos et al., 2022), συνθήκες όπως τοπική διαφθορά δείχνουν να επηρεάζουν την απόδοση των δράσεων, ειδικά σε χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής. Είναι σημαντικό οι ΜΚΟ να είναι πρόθυμες να υποβληθούν σε αξιολόγηση και να επιτύχουν μεγαλύτερο βαθμό διαφάνειας, ώστε να έχουν πιο συνεκτική και αποτελεσματική δράση και να διασφαλίσουν την ανεξαρτησία τους δημιουργώντας αξιόπιστα και επαληθεύσιμα κριτήρια δράσης (Bagire et al., 2014).

Όπως σημειώνουν οι McGann και Johnstone (2006), η διαφάνεια θα επιτευχθεί με συστηματικό διάλογο του ζητήματος αυτού, μέσα στην κοινότητα των ΜΚΟ με στόχο την επίτευξη συμφωνίας, ως προς το επίπεδο διαφάνειας και τον ορισμό ρεαλιστικών στόχων. Οι χρηματοδότες από τον ιδιωτικό τομέα, οι εθνικές κυβερνήσεις και οι διεθνείς οργανισμοί πρέπει να ενθαρρύνουν ενεργά την προσπάθεια αυτή και να παρέχουν τους απαραίτητους πόρους. Κατόπιν πρέπει να προωθηθεί η σημασία της διαφάνειας στις ΜΚΟ. Η εφαρμογή των αρχών λειτουργίας πρέπει να είναι θεσμοθετημένη χωρίς περιθώριο απόκλισης και να λαμβάνουν υπόψη το κοινωνικό και πολιτικό περιβάλλον στο οποίο δρουν. Γι' αυτό είναι σημαντικό να αναπτυχθεί μία νοοτροπία διεθνώς περί λογοδοσίας και διαφάνειας μέσα στις ΜΚΟ. Τα κριτήρια θα πρέπει να αναπτυχθούν, να εφαρμόζονται και να επιβλέπονται από διατομεακή διεθνή συνεργασία (McGann και Johnstone, 2006).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

### Παγκόσμια Υγεία: Επιδημιολογικές προσεγγίσεις

#### 2.1. Επιδημιολογική αποτύπωση από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εκδίδει σε τακτική βάση επιδημιολογικές εκθέσεις, όπου παρουσιάζονται οι κυριότεροι επιβλαβείς παράγοντες στην παγκόσμια υγεία. Κυριότεροι δείκτες αναδεικνύονται ο δείκτης του αριθμού των θανάτων (deaths), καθώς και αυτός της απεικόνισης της επιβάρυνσης της νόσου σε έτη ζωής προσαρμοσμένα στην αναπηρία (DALYs). Οι αιτίες θανάτου και αναπηρίας μπορούν να ομαδοποιηθούν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: μεταδοτικές (μολυσματικές ασθένειες, καθώς και μητρικές, περιγεννητικές και διατροφικές καταστάσεις), μη μεταδοτικές (χρόνιες ασθένειες) και τραυματισμοί.

Παρόλο που παρατηρείται πως οι αρχικές μετρήσεις σε όλες τις εκθέσεις αφορούν τον παγκόσμιο πληθυσμό, υπάρχουν επιμέρους επιδημιολογικές προσεγγίσεις ανάλογα με το βιοτικό επίπεδο των χωρών, το φύλο, την ηλικία, καθώς και άλλων χαρακτηριστικών που φαίνεται πως η επιστημονική κοινότητα των επιδημιολόγων θεωρεί βασικά χαρακτηριστικά για την ορθή αποτύπωση της επιδημιολογικής εικόνας των επιμέρους κοινοτήτων. Οι αναφορές στο βιοτικό επίπεδο των χωρών που χρησιμοποιούνται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας συμπίπτουν με την διαβάθμιση που έχει θέσει η Παγκόσμια Τράπεζα<sup>13</sup> στον παγκόσμιο χάρτη (WHO, 2021). Στο πλαίσιο της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης των Ασθενειών, των Ατυχημάτων και των Αιτιών Θανάτου, (International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death)<sup>14</sup> έχουμε αναφορές ότι από το 1990 καταγράφονται 80 χώρες οι οποίες γνωστοποιούν στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ακριβή δεδομένα για τους λόγους θανάτων στην επικράτειά τους. Αυτός ο αριθμός χωρών αποτελούσε σημαντικό εύρημα, καθώς κάλυπτε το 35% των θανάτων παγκοσμίως. Έως και σήμερα οι πληροφορίες αυτές φιλτράρονται και έπειτα δημοσιεύονται από τον ΠΟΥ, στην έκδοση World Health Statistics. Τα δεδομένα αυτά, μας δίνουν χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με τα παγκόσμια αίτια θνησιμότητας, καθώς και την αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας των χωρών (Ruzicka et

---

<sup>13</sup> Η Παγκόσμια Τράπεζα κατηγοριοποιεί τις χώρες σε τέσσερα σύνολα ανάλογα με το βιοτικό τους επίπεδο: α) οικονομίες χαμηλού εισοδήματος (1.045 δολάρια ή λιγότερο), β) οικονομίες με χαμηλό μεσαίο εισόδημα (1.046 έως 4.095 δολάρια), γ) οικονομίες ανώτερου μεσαίου εισοδήματος (4.096 έως 12.695 δολάρια) και δ) οικονομίες υψηλού εισοδήματος (12.696 δολάρια και άνω).

<sup>14</sup> Το 1948 εκδίδεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το πρώτο εγχειρίδιο της διεθνούς στατιστικής ταξινόμησης των ασθενειών, των τραυματισμών και των αιτιών θανάτου.

al, 1990). Όπως ορθά επισημαίνεται στην 7η έκδοση του εγχειριδίου της διεθνούς στατιστικής ταξινόμησης των ασθενειών, των τραυματισμών και των αιτιών θανάτου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας:

*“Η ταξινόμηση είναι θεμελιώδης για την ποσοτική μελέτη οποιουδήποτε φαινομένου. Αναγνωρίζεται ως η βάση κάθε επιστημονικής γενίκευσης και, ως εκ τούτου, αποτελεί βασικό στοιχείο της στατιστικής μεθοδολογίας. Οι ομοιόμορφοι ορισμοί και τα ομοιόμορφα συστήματα ταξινόμησης αποτελούν προϋπόθεση για την πρόοδο της επιστημονικής γνώσης. Στη μελέτη της ασθένειας και του θανάτου, επομένως, μια τυποποιημένη ταξινόμηση της ασθένειας και του τραυματισμού για στατιστικούς σκοπούς είναι απαραίτητη”.* (WHO, 1957, vii)

Πριν, όμως, εξετάσουμε εκτενέστερα την απεικόνιση που μας δίνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, είναι επιβεβλημένο να αναφερθούμε στην αξία της ορθής καταγραφής, μελέτης και διάχυσης των στατιστικών στην κοινότητα. Ειδικά τα χρονικά διαστήματα της έξαρσης των πανδημιών στον πλανήτη, παρατηρείται ο γνωστός κανιβαλισμός των δεδομένων. Δεδομένα τα οποία προέρχονται από διάφορες πηγές και τα οποία παρουσιάζονται από μη ειδικούς στο ευρύ κοινό. Όπως υπογραμμίζει ο Gigerenzer (2009), αυτό ενέχει τον κίνδυνο της εξάπλωσης λανθασμένων μηνυμάτων στην κοινότητα. Ο στατιστικός αναλφαβητισμός στον χώρο της υγείας μπορεί να αντιμετωπιστεί μόνο εάν διασφαλιστεί περιβάλλον πλήρους διαφάνειας των πληροφοριών.

Το μεγαλύτερο πρόβλημα είναι ο τρόπος που επικοινωνείται ο κίνδυνος. Θεωρείται σημαντικό να μην δημοσιοποιούνται οι σχετικοί κίνδυνοι, αλλά μόνο οι απόλυτοι κίνδυνοι, καθώς και τα ποσοστά θνησιμότητας, όπου με βάση αυτά θα προκύψουν τα τελικά συμπεράσματα. Οποιαδήποτε άλλη πληροφορία θα πρέπει να θεωρείται μη ασφαλής. Επιπλέον, δεδομένα που θεωρούνται επισφαλής είναι τα ποσοστά επιβίωσης σε σχέση με τα ποσοστά θνησιμότητας σε προσυμπτωματικούς ελέγχους, λόγω προκαταλήψεων για τους χρόνους παράδοσης, αλλά και λόγω υπερδιάγνωσης. Παράμετροι που θα βοηθήσουν στην διαφάνεια των στατιστικών στοιχείων περί υγείας, είναι η διαφανής χρηματοδότηση προγραμμάτων που θα παρέχονται για τις δημοσιεύσεις σε περιοδικά υγείας και για επιστημονικές μελέτες. Τέλος, θα πρέπει να οριστεί συγκεκριμένος τρόπος διδασκαλίας για το πως κατανοούμε τις στατιστικές υγείας (Gigerenzer, 2009).

Το Παγκόσμιο Παρατηρητήριο Υγείας αποτελεί ιδιαίτερα σημαντική βάση δημοσίευσης στατιστικών δεδομένων για την υγεία, καθώς περιλαμβάνονται στοιχεία από όλα τα κράτη μέλη του ΠΟΥ και επικαιροποιείται σε τακτική βάση. Ωστόσο, και σε αυτή την περίπτωση υπάρχουν σύνθετα σύνολα δεδομένων, που παράγουν αποτελέσματα που δεν είναι εφικτό να αναγνωστούν εύκολα. Η ανάπτυξη εφαρμοσμένων πολιτικών, οι έρευνες στον υγειονομικό και φαρμακευτικό κλάδο, αλλά και άλλες δραστηριότητες, βασίζονται στα εν λόγω δεδομένα στατιστικών για την υγεία. Έτσι, οι πληροφορίες αυτές θα πρέπει να είναι εύκολα προσβάσιμες και κατανοητές, ώστε να επενδύσουν εκεί όλοι οι παραπάνω κλάδοι για την έρευνα και την ανάπτυξή τους (Zaveri, 2013).

Στο ίδιο περίπου μήκος κύματος κινείται και η αξιολογική προσέγγιση των Boerma και Mathers (2015), οι οποίοι επισημαίνουν, πως η χρήση στατιστικών δεικτών και εμπειρικών δεδομένων είναι κομβικής σημασίας για την μελέτη και ανάλυση των φαινομένων που σχετίζονται με την Υγεία (διαχρονική εξέλιξη, τάσεις, αποτελεσματικότητα πολιτικών κτλ.). Για αυτόν τον λόγο, οι διεθνείς φορείς και οργανισμοί τα χρησιμοποιούν εκτενώς, και δημοσιεύουν με τη σειρά τους δείκτες που συνθέτουν. Η συλλογή και δημοσίευση τέτοιων στοιχείων είναι από τις σημαντικότερες καταστατικές αρμοδιότητες του ΠΟΥ, ο οποίος συνεργάζεται με κυβερνήσεις και άλλους διεθνείς ή τοπικούς φορείς για την παραγωγή επίκαιρων και συγκρίσιμων δεικτών. Το κύρος του ΠΟΥ καθιστά τα στοιχεία που δημοσιοποιεί εργαλείο κλειδί για την χάραξη διεθνών, περιφερειακών και εγχώριων πολιτικών υγείας. Όπως γίνεται αντιληπτό, η διαφάνεια και η αξιοπιστία της διαδικασίας παραγωγής των δεικτών και εκτιμήσεων είναι απαραίτητη προϋπόθεση της αποδοχής και χρήσης τους. Σύμφωνα με την παραπάνω μελέτη, για να εξασφαλιστεί αυτή η συνθήκη είναι απαραίτητη:

- Η στενή συνεργασία με τους φορείς του ΟΗΕ για την ενσωμάτωση όλων των δεδομένων και των τεχνικών πόρων για την παραγωγή κοινώς αποδεκτών δεικτών.
- Η συνεργασία του ΠΟΥ και του ΟΗΕ με συμβουλευτικές ομάδες ανεξάρτητων ειδικών-ερευνητών, για θέματα μεθοδολογίας.
- Η διαβούλευση με τα κράτη μέλη για την ενημέρωσή τους ως προς τον τρόπο παραγωγής των εκτιμήσεων και ανταλλαγή επί μέρους δεδομένων που μπορεί να ενισχύσουν τις εκτιμήσεις.
- Η ελεύθερη διάθεση των βάσεων δεδομένων στο πλαίσιο της διαφάνειας και της δυνατότητας αναπαραγωγής των ερευνών.

- Η ανοιχτή πρόσβαση σε επιστημονικά άρθρα στα οποία συμμετέχουν ως συγγραφείς στελέχη του ΠΟΥ.

Ο ΠΟΥ και οι διάφοροι φορείς του ΟΗΕ παρακολουθούν στενά τις δημοσιεύσεις άλλων διεθνών φορέων, που παράγουν δείκτες και εκτιμήσεις, ώστε σε περίπτωση σημαντικών αποκλίσεων να ανταλλάσσουν δεδομένα και πληροφορίες μαζί τους (παράδειγμα IHME Global Burden of Disease 2010 Study). Η αύξηση στην χρηματοδότηση και συνεπώς στην παραγωγή δεικτών και εκτιμήσεων (πχ Bill and Melinda Gates Foundation στο IHME) από διάφορους διεθνείς φορείς, έχει ως αποτέλεσμα την ανάδειξη αποκλίσεων, κυρίως σε αναπτυσσόμενες χώρες με σημαντικά κενά στα δεδομένα. Τέτοιες αποκλίσεις έχουν οδηγήσει κατά καιρούς σε βελτίωση των μεθόδων και των εργαλείων που χρησιμοποιούνται έπειτα από συνεργασία των φορέων. Σε δείκτες όπως παιδική θνησιμότητα, μητρική θνησιμότητα και πνευμονικά οιδήματα υπάρχει σημαντική σύγκλιση των ευρημάτων.

Η συνεργασία με φορείς όπως το IHME ενισχύεται τα τελευταία χρόνια μέσω μνημονίων συνεργασίας αλλά και κοινών κατευθυντήριων γραμμών. Είναι σημαντική η ενίσχυση της ικανότητας των κρατών να συλλέγουν αξιόπιστα στοιχεία, ώστε να μπορούν να αξιοποιηθούν για παραγωγή κατάλληλων πολιτικών. Επιπλέον, ο ΠΟΥ και οι συνεργαζόμενοι φορείς πρέπει να συνεργαστούν στενά με τις εθνικές/ τοπικές αρχές προκειμένου να επιτευχθούν τα παραπάνω (Boerma και Mathers, 2015).

Κλείνοντας αυτή την κριτική για την διαχείριση αλλά και την παραγωγή δεδομένων, είναι σαφές πως εντοπίζεται σε πληθώρα έγκριτων κειμένων στη διεθνή βιβλιογραφία. Καταλήγουμε στην απλή διαπίστωση, πως οι ερευνητές και οι φορείς που συντελούν στην παραγωγή έρευνας, θα πρέπει να πράττουν ανεξάρτητα, με απόλυτη τεκμηρίωση, συνεχή ενημέρωση ως προς τις νέες μεθόδους, αλλά και ασυμβίβαστα (PLoS Medicine Editors, 2010).

Σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 2019 καταγράφονται ιεραρχικά α) οι εξής 10 κυριότερες παγκόσμιες αιτίες θανάτου: ισχαιμική καρδιοπάθεια, εγκεφαλικό επεισόδιο, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού, νεογνικές παθήσεις, καρκίνοι τραχείας, βρόγχων, πνευμόνων, νόσος Αλτσχάιμερ και άλλες μορφές άνοιας, διαρροϊκές νόσοι, σακχαρώδης διαβήτης, νεφρικές παθήσεις και β) οι εξής 10 κορυφαίες παγκόσμιες αιτίες των προσαρμοσμένων στην αναπηρία ετών ζωής (DALYs): νεογνικές παθήσεις, ισχαιμική καρδιοπάθεια, εγκεφαλικό επεισόδιο, λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού, διαρροϊκές ασθένειες, οδικός



τραυματισμός, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, σακχαρώδης διαβήτης, φυματίωση, συγγενείς ανωμαλίες (WHO, 2020a). Ως κύρια ευρήματα από την εν λόγω ανάλυση παρουσιάζονται τα εξής τρία κύρια σημεία: α) Σε παγκόσμιο επίπεδο, το προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί κατά περισσότερα από 6 έτη μεταξύ 2000 και 2019 - από 66,8 έτη το 2000 σε 73,4 έτη το 2019 (σύμφωνα με την ίδια μελέτη το προσδόκιμο ζωής δεν συμβαδίζει με το προσδόκιμο υγιούς ζωής)<sup>15</sup> β) 8,9 εκατομμύρια άνθρωποι απεβίωσαν με καταγεγραμμένη αιτία θανάτου την ισχαιμική καρδιοπάθεια, η οποία για το 2019 αναδείχθηκε πρώτη αιτία θνησιμότητας γ) τα DALYs που καταγράφηκαν από μεταδοτικές ασθένειες όπως ο ιός HIV αλλά και τις διαρροϊκές ασθένειες μειώθηκαν κατά 50% από το 2000 (WHO, 2020a).

Η παραγωγή των εκτιμήσεων υγείας από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, με κυριότερους τη διαδικασία διαβούλευσης με τις χώρες για τις εκτιμήσεις υγείας, τους υφιστάμενους μηχανισμούς συνεργασίας και τη συμμόρφωση με τα ελάχιστα πρότυπα, σχετικά με τη διαφάνεια των δεδομένων. Οι εκτιμήσεις αυτές μας προσφέρουν μία συνοπτική απεικόνιση των τελευταίων διαθέσιμων στοιχείων για τους δείκτες deaths και dalys κυρίως σε παγκόσμιο επίπεδο, ανά ευρύτερη περιοχή και μεμονωμένες χώρες, καθώς και ανά ηλικία, φύλο και αιτία. Λαμβάνουμε πληροφορίες για τις τάσεις θνησιμότητας και νοσηρότητας, με τις πιο πρόσφατες μετρήσεις να συμπεριλαμβάνουν τις τάσεις από την αρχή της χιλιετηρίδας έως και το 2019. Σαφώς, εργαλειοποιώντας τα αποτελέσματα από αυτές τις μελέτες μπορούμε να τεκμηριώσουμε στρατηγικού ενδιαφέροντος αποφάσεις, σχετικά με τις πολιτικές υγείας, αλλά και τη διάθεση κεφαλαίων για τις πολιτικές αυτές (WHO, 2020a).

Στην ως άνω αναφορά διαπιστώνουμε πως ο ΠΟΥ δεν περιορίζεται, μόνο, στη καταγραφή των νοσημάτων που προέρχονται από μεταδιδόμενες ασθένειες, αλλά στην συνολική αποτύπωση των παραγόντων θνησιμότητας. Αυτό δεν πρέπει να δημιουργεί σύγχυση στην ιεράρχηση των δρώντων, ως προς την υπευθυνότητα που έχουν στην αντιμετώπιση και την καταπολέμηση αυτών των παραγόντων.

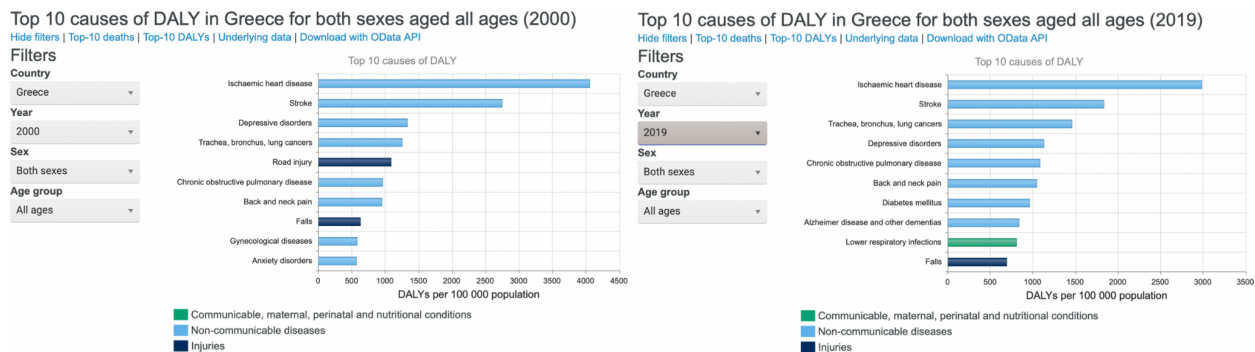
Οι θάνατοι που αφορούν σε περιπτώσεις ασθενών από μη μεταδοτικές ασθένειες αφορούν καθαρά πολιτικές αντιμετώπισης που μπορούν να εφαρμοστούν σε τοπικό - εθνικό και κοινοτικό επίπεδο, ενώ αντίθετα οι θάνατοι που αφορούν σε περιπτώσεις ασθενών από

---

<sup>15</sup> Το προσδόκιμο υγιούς ζωής ή προσδόκιμο υγείας όπως πολλές φορές αναφέρεται καταγράφει την ποιοτική διάσταση των ποσοτικών δεδομένων της ζωής του ανθρώπου, διαιρώντας το προσδόκιμο ζωής σε έτη που διανύθηκαν με αναπηρία ή κακή υγεία και τα έτη που διανύθηκαν χωρίς αναπηρία ή υγιή.

μεταδοτικές ασθένειες, αφορούν πολιτικές αντιμετώπισης που χρειάζεται να εφαρμοστούν πολυεπίπεδα, σε τοπικό - εθνικό επίπεδο, διακρατικά, περιφερειακά ή ακόμα και σε παγκόσμιο επίπεδο. Φυσικά, ειδικές περιπτώσεις αποτελούν οι θάνατοι από οδικά ατυχήματα (τοπικό - εθνικό επίπεδο) και θάνατοι λόγω εχθροπραξιών (ειδική σύνθεση ιθυνόντων).

**Εικόνα 2.1.** Καταγραφή των 10 κορυφαίων αιτιών των προσαρμοσμένων στην αναπηρία ετών ζωής (DALYs) για την Ελλάδα (Αντιπαραβολή των ετών 2000 και 2019)



WHO (2020a) (σύνθεση εικόνας από τον συγγραφέα - αντιπαραβολή δύο ετών).

Στην παραπάνω εικόνα γίνεται καλύτερα αντιληπτό πως ο διαχωρισμός που αναφέραμε στην προηγούμενη παράγραφο, διαφαίνεται στην εξέλιξη των δεικτών μιας χώρας, ύστερα από την εφαρμογή πολιτικών που αφορούν στους παράγοντες μη μεταδοτικών ασθενειών και ατυχημάτων. Κατά την περίοδο 2000 έως και 2019 υπήρξαν πολλές πολιτικές για τον στρατηγικό σχεδιασμό της οδικής ασφάλειας στην Ελλάδα. Ως παράδειγμα, θέτουμε μόνο δύο από την πληθώρα των μεταρρυθμίσεων που υπήρξαν: Ν. 2963/2001 (ΦΕΚ 268/Α' 23.11.2001) και Νόμος 4530/2018 (ΦΕΚ Α' 56/2018). Η ισχυρή επεμβατική διάθεση των ελληνικών κυβερνήσεων στην αντιμετώπιση των ζητημάτων της οδικής ασφάλειας και των τροχαίων ατυχημάτων με την αντίστοιχη νομοθετική πρωτοβουλία που υπήρξε κατά τα προηγούμενα χρόνια, φαίνεται πως είχε μετρήσιμα αποτελέσματα, αφού διαπιστώνουμε πως μία από τις κορυφαίες αιτίες των προσαρμοσμένων στην αναπηρία ετών ζωής (DALYs) για την Ελλάδα, αυτή των οδικών ατυχημάτων έπαψε να εμφανίζεται το 2000 στην επετηρίδα των 10 κύριων αιτιών, ενώ μάλιστα εντοπίζουμε από την ίδια βάση δεδομένων ότι έχει καταποντιστεί στην 18η κατά σειρά αιτία. Την ίδια στιγμή, εντοπίζουμε ως αιτία την μόλυνση του κατώτερου αναπνευστικού από μεταδιδόμενη ασθένεια, αίτιο που δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί μόνο μέσω εθνικών ή κοινοτικών πολιτικών (λόγω του παγκοσμιοποιημένου περιβάλλοντος), αλλά με τη συμβολή υπερεθνικών πολιτικών υπό την επίβλεψη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Όπως αναφέρουμε στην αρχή του κεφαλαίου, μία από τις βασικές κατηγοριοποιήσεις στην καταγραφή των κύριων αιτιών θνησιμότητας ή ποιότητας της υγείας στον πληθυσμό, είναι το βιοτικό επίπεδο της χώρας. Όπως αναδεικνύεται και από την Εικόνα 2.2 παρακάτω, οι χώρες χαμηλότερου εισοδήματος εμφανίζουν ως κύριες αιτίες θανάτου την μόλυνση των πληθυσμών από μεταδιδόμενες ασθένειες. Στην ίδια εικόνα, διαφαίνεται καθαρά πως η αύξηση του εισοδήματος αντανακλά μία μετατόπιση των αιτιών στις δύο άλλες κατηγορίες, τις οποίες αναφέραμε στην πρώτη παράγραφο του εν λόγω κεφαλαίου, τις μη μεταδοτικές ασθένειες και τους τραυματισμούς, ενώ παράλληλα εντοπίζουμε πως σε κάθε εισοδηματικά ανώτερη ομάδα κρατών κυριαρχούν οι αιτίες θανάτου, για τις οποίες (Efthymiou-Eggleton et al, 2020), μπορούμε να υποθέσουμε ότι οφείλονται στους λεγόμενους παράγοντες κινδύνου από τον τρόπο ζωής (lifestyle risk factors).

Η κυριότερη αιτία θανάτου στον κόσμο είναι η ισχαιμική καρδιοπάθεια, η οποία ευθύνεται για το 16% των συνολικών θανάτων παγκοσμίως. Ακολουθούν το εγκεφαλικό επεισόδιο και η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια που είναι η 2η και η 3η κύρια αιτία θανάτου. Και οι 3 παραπάνω δεν είναι μεταδοτικές (WHO, 2020b).

Όσον αφορά στις οικονομίες χαμηλού εισοδήματος, οι πολίτες αυτών των χωρών έχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν από μεταδοτική ασθένεια παρά από μη μεταδοτική ασθένεια. Συγκεκριμένα, νεογνικές παθήσεις και λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού, είναι οι δύο πρώτες βασικές αιτίες θανάτων, που τυγχάνει να είναι μεταδοτικές. Επιπρόσθετα, τη λίστα συμπληρώνουν τα διαρροϊκά νοσήματα, η ελονοσία, η φυματίωση και η μόλυνση από τον ιό HIV. Ακολούθως, για τους πολίτες των χωρών χαμηλού μεσαίου εισοδήματος, η ισχαιμική καρδιοπάθεια και το εγκεφαλικό επεισόδιο είναι στις δύο πρώτες αιτίες θανάτων. Σημαντικό εύρημα για την εν λόγω κατηγορία αποτελεί το γεγονός πως τα μεταδοτικά νοσήματα είναι πλέον λιγότερα και οι ασθένειες όπως η ελονοσία και το AIDS δεν είναι πλέον στην λίστα. Επιπλέον, ο διαβήτης αποτελεί αυξανόμενη αιτία θανάτου σε αυτή την ομάδα εισοδήματος. Στη συνέχεια καταγράφεται στην κατηγορία μεσαίου ανώτερου εισοδήματος μόνο μία μεταδοτική ασθένεια (λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού) στις 10 πρώτες αιτίες θανάτου. Παρατηρείται επίσης, αξιοσημείωτη αύξηση των καρκίνων του πνεύμονα και στομάχου. Η ισχαιμική καρδιοπάθεια και το εγκεφαλικό επεισόδιο συνεχίζουν να είναι οι 2 πρώτες αιτίες θανάτων και για αυτή την κατηγορία. Τέλος, στις χώρες υψηλού εισοδήματος, οι θάνατοι από ισχαιμική καρδιοπάθεια και εγκεφαλικό επεισόδιο, έχουν μειωθεί σε σχέση με άλλες κατηγορίες, παρ' όλα αυτά παρέμειναν στις τρεις πρώτες αιτίες θανάτου.

**Εικόνα 2.2.** Καταγραφή των 10 κορυφαίων αιτιών θανάτου. Αντιπαραβολή των στοιχείων στις τέσσερις ομάδες κρατών: οικονομίες α) χαμηλού εισοδήματος, β) χαμηλού μεσαίου εισοδήματος, γ) ανώτερου μεσαίου εισοδήματος και δ) υψηλού εισοδήματος.



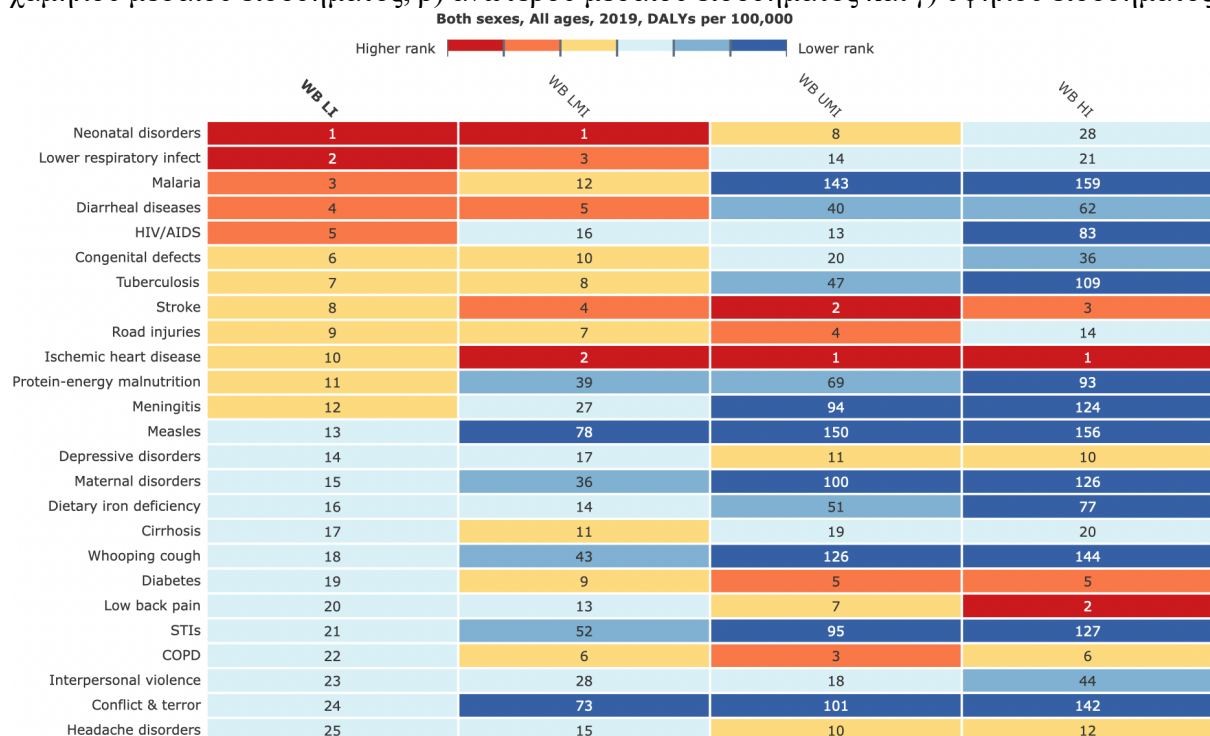
Πηγή: WHO (2020b) (σύνθεση εικόνας από τον συγγραφέα - αντιπαραβολή 4 πινάκων).

Οι θάνατοι από υπερτασική καρδιοπάθεια και νόσο Αλτσχάιμερ αυξάνονται. Σημαντική είναι και εδώ η παρουσία νεοπλασιών. Κλείνοντας, σημειώνουμε, πως όπως και στις χώρες ανώτερου μεσαίου εισοδήματος, και στις χώρες υψηλού εισοδήματος, παρατηρείται μόνο μία μεταδοτική ασθένεια και θάνατοι από λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού, ανάμεσα στις 10 πρώτες αιτίες θανάτου (WHO, 2020b).

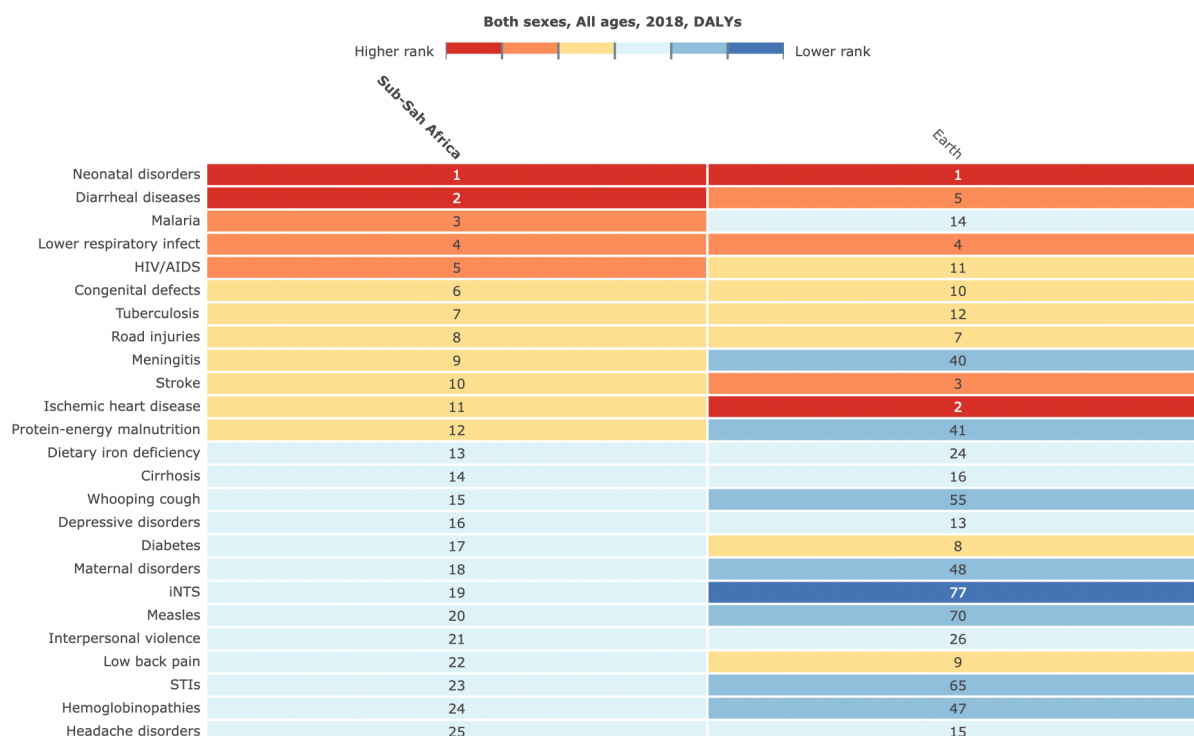
## 2.2. Τα DALYs ως δείκτης αναφοράς στην επιδημιολογική αποτύπωση

Λαμβάνοντας υπόψη το δείκτη DALYs και συγκρίνοντας τις διαφορές μεταξύ των τεσσάρων οικονομικών περιφερειών όπως ορίζονται από την Παγκόσμια Τράπεζα, σε σχέση με τις αιτίες πρόκλησης προσαρμοσμένων στην αναπηρία ετών ζωής (βλ. Εικόνα 3), μπορούμε να εξάγουμε παρόμοια συμπεράσματα με τα παραπάνω. Η διαφορά έγκειται ότι στον εν λόγω δείκτη συμπεριλαμβάνεται η θνησιμότητα αλλά όχι αποκλειστικά. Για παράδειγμα, στις προηγμένες οικονομίες εντοπίζουμε ως δεύτερη αιτία πρόκλησης προσαρμοσμένων στην αναπηρία ετών ζωής, την χαμηλή οσφυαλγία (γνωρίζουμε ότι η εν λόγω ασθένεια προκαλείται κυρίως από παράγοντες του τρόπου ζωής ενός ατόμου - καθιστική ζωή ή επίπονη σωματικά εργασία κτλ) (Junqueira et al., 2014) σε αντίθεση με τις χαμηλού εισοδήματος οικονομίες όπου εντοπίζεται στην 20η από τις συνολικά 25 καταγεγραμμένες αιτίες. Κλείνοντας την εν λόγω αναφορά, στα ευρήματα της συγκεκριμένης απεικόνισης, αξίζει να αναφέρουμε ότι επιβεβαιώνεται αναγκαιότητα ανάσχεσης των τριών μελετώμενων ασθενειών από την παρούσα διατριβή, ήτοι το AIDS, η Φυματίωση και η Ελονοσία.

**Εικόνα 2.3.** Καταγραφή των 25 σημαντικότερων αιτιών DALYs στις χώρες χαμηλού εισοδήματος. Αντιπαραβολή των στοιχείων με τις άλλες τρεις ομάδες κρατών: οικονομίες α) χαμηλού μεσαίου εισοδήματος, β) ανώτερου μεσαίου εισοδήματος και γ) υψηλού εισοδήματος



Πηγή: Global Burden of Disease Collaborative Network (2021)

**Εικόνα 2.4.** Καταγραφή των 25 σημαντικότερων αιτιών DALYs στις χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής. Αντιπαραβολή με τα παγκόσμια στοιχεία

Πηγή: Global Burden of Disease Collaborative Network (2021)

Συγκεκριμένα για την περιοχή αναφοράς της παρούσας μελέτης και σε σύγκριση με την εικόνα που καταγράφεται σε διεθνές επίπεδο, αξίζει να αναφερθεί πως ακολουθείται η ίδια εικόνα με αυτή που αναπτύχθηκε στη σύγκριση μεταξύ των περιοχών, όπως τις κατηγοριοποιεί η Παγκόσμια Τράπεζα (χαμηλών εισοδημάτων). Συγκεκριμένα η κατάσταση που διαφαίνεται από την ως άνω εικόνα για την Υποσαχάρια Αφρική, συγκρίνεται με αυτή των χωρών χαμηλών εισοδημάτων. Παρατηρείται λοιπόν, ότι στην Υποσαχάρια Αφρική οι αιτίες καταγραφής υψηλών DALYs οφείλεται σε μεταδιδόμενες ασθένειες και παιδική θνησιμότητα, ενώ σε παγκόσμιο επίπεδο καταγράφεται μία εικόνα μίξης αιτιών παραγωγής DALYs από ασθένειες που αναπτυγμένου και αναπτυσσόμενου κόσμου.

### 2.3. Διεθνής Ταξινόμηση των Ασθενειών

Για την ταξινόμηση των ασθενειών και τις μετρήσεις που πραγματοποιεί ο ΠΟΥ και τα ερευνητικά ινστιτούτα παγκοσμίως, χρησιμοποιείται η Διεθνής Ταξινόμηση των Ασθενειών, η οποία αποτελεί το διεθνές πρότυπο για την ταξινόμηση και την αναφορά των ασθενειών, αλλά και των προβλημάτων υγείας, από τα μέσα του προηγούμενου αιώνα (United Nations, n.d.a). Το 1948 λοιπόν αποφασίστηκε από την Παγκόσμια Σύνοδο για την Υγεία να δοθεί η

αρμοδιότητα για τη Διεθνή Ταξινόμηση των Ασθενειών στο ΠΟΥ και υιοθετήθηκε η πρώτη επετηρίδα υπό την εποπτεία του. Πιο συγκεκριμένα η απόφαση πάρθηκε στις 30 Απριλίου 1948. Από την συγκεκριμένη έκδοση έως και τη σημερινή η οποία ως αφετηρία ισχύος έχει την 1η Ιανουαρίου 2022 υπήρξαν πέντε συνολικά αναθεωρήσεις όπως παρουσιάζονται παρακάτω:

**Πίνακας 2.1.** Αναθεωρήσεις Διεθνούς Ταξινόμησης Ασθενειών

Αναθεώρηση ΔΤΑ	Έναρξη ισχύος ΔΤΑ	Υιοθέτηση ΔΤΑ
6η αναθεώρηση	1948	1948 (ΠΣΥ1.36)
7η Αναθεώρηση	1η Ιανουαρίου 1958	Μάιος του 1956 (ΠΣΥ9.29)
8η Αναθεώρηση	1η Ιανουαρίου 1968	Μάιος του 1966 (ΠΣΥ19.44)
9η Αναθεώρηση	1η Ιανουαρίου 1979	Μάιος του 1976 (ΠΣΥ29.34)
10η Αναθεώρηση	1η Ιανουαρίου 1993	Μάιος του 1990 (ΠΣΥ43.24)
11η Αναθεώρηση	1η Ιανουαρίου 2022	Μάιος του 2019 (ΠΣΥ72.15)

Η Διεθνής Ταξινόμηση των Ασθενειών ως κωδικοποιημένο σύστημα είναι μεταφρασμένο στις περισσότερες γλώσσες των κρατών μελών του ΠΟΥ, ενώ κατά την διαδικασία καταγραφής των στοιχείων και παράδοσής τους στον διεθνή οργανισμό, θα πρέπει να χρησιμοποιούν πάντα την πιο επικαιροποιημένη έκδοση.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η κατηγοριοποίηση ICD είναι σημαντική διότι προσφέρει ομοιομορφία στην καταγραφή, την αναφορά αλλά και την παρακολούθηση των στοιχείων που αφορούν τις αναγνωρισμένες ασθένειες στο παγκόσμιο σύστημα υγείας μέσω ενιαίας κωδικοποίησης. Έχοντας την Διεθνή Ταξινόμηση των Ασθενειών ως εργαλείο μπορούμε να πραγματοποιούμε συγκριτικές μελέτες αλλά και να διαχέουμε και να αλληλοτροφοδοτούμε στοιχεία με σαφώς προσδιορισμένη διατύπωση, προς όλους τους ενδιαφερόμενους, όπως νοσηλευτικά ιδρύματα, θεσμούς, ερευνητικά κέντρα κ.α.. Συνεπώς, καθίσταται ο βέλτιστος τρόπος καταγραφής, συλλογής και αποθήκευσης δεδομένων. Με την υιοθέτηση αυτής της κωδικοποιημένης πρακτικής από τους επαγγελματίες υγείας, τους ακαδημαϊκούς, τους αναλυτές, αλλά και τους πολιτικούς μπορούμε να έχουμε πιο αξιόπιστα και σαφώς τεκμηριωμένα αποτελέσματα (WHO, n.d.).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

### Πολιτικές και Οικονομικά της Υγείας

Με την υγεία να συνιστά ένα επαπειλούμενο αγαθό, μέσα σε ένα άκρως παγκοσμιοποιημένο περιβάλλον, και τις περιβαλλοντικές συνθήκες συνεχώς μεταβαλλόμενες, η μελέτη των πολιτικών και των οικονομικών της υγείας αναδεικνύονται στον ακρογωνιαίο λίθο για την εφαρμογή όσων οι αμιγώς υγειονομικές επιστήμες ανακαλύπτουν και ερευνούν. Η πανδημία του κορονοϊού αποτέλεσε ένα σημαντικό σταθμό στην αναγνώριση από το ευρύ κοινό (και όχι μόνο από την ακαδημαϊκή και την πολιτική κοινότητα και των θεσμικών παραγόντων - stakeholders) των ως άνω δύο επιστημών, με τις πολιτικές κοινωνικής διεΐσδυσης, τις διπλωματικές ισορροπίες στην διεθνή σκακιέρα, τις κρατικές αποζημιώσεις των σκευασμάτων αλλά ακόμα και την θέσπιση περιφερειακών στρατηγικών (ομοσπονδιακού τύπου πολιτικές υγείας, βλ. Ευρωπαϊκή Ένωση για τη διαδικασία εξασφάλισης εμβολίων για το σύνολο των ευρωπαίων πολιτών), να ακολουθούν ή και να συγκλίνουν χρονικά, με τις εξελίξεις της βιοτεχνολογίας και της ιατρικής επιστήμης για την αντιμετώπιση της εξάπλωσης του ιού.

Τα οικονομικά της υγείας, ως κλάδος της οικονομικής επιστήμης, επιχειρούν να εντοπίσουν την αποτελεσματικότερη χρήση των (περιορισμένων) πόρων στα συστήματα υγείας, ανάμεσα στις διάφορες εναλλακτικές επιλογές (Kernick, 2003). Προκειμένου να το επιτύχουν αυτό, όπως αναφέρουν οι Κουφάκη και Μητροπούλου et al. (2022, 1-2), τα οικονομικά της υγείας αξιοποιούν *“..τη θεωρία, τη μοντελοποίηση, αλλά και εμπειρικές τεχνικές των οικονομικών για την ανάλυση της λήψης αποφάσεων που γίνονται από ασθενείς, ιατρούς και δημόσιους φορείς, όπως κυβερνητικά στελέχη σχετικά με την υγεία”*. Έτσι, όπως και οι επιστήμονες των κλασικών οικονομικών και οι οικονομολόγοι της υγείας καλούνται να απαντήσουν τα παρακάτω θεμελιώδη ερωτήματα (Santerre & Neun, 2013):

- Ποια η καλύτερη αναλογία παραγωγής αγαθών/υπηρεσιών υγείας και αγαθών/υπηρεσιών άλλων κλάδων της οικονομίας;
- Ποια σύνθεση αγαθών και υπηρεσιών είναι απαραίτητο να παράγεται εντός του υγειονομικού συστήματος;
- Ποιοι πόροι πρέπει να διοχετευθούν για την παραγωγή των αγαθών και υπηρεσιών του υγειονομικού συστήματος
- Ποιοι πρέπει να είναι οι αποδέκτες των παραγόμενων αγαθών και υπηρεσιών υγείας.



Η ορθή διακυβέρνηση των συστημάτων υγείας προϋποθέτει στρατηγικό πλαίσιο πολιτικής, εποπτεία, οικοδόμηση συμμαχιών, αλλά και λογοδοσία. Η διακυβέρνηση του συστήματος υγείας εξελίσσεται, αναπτύσσεται και υλοποιείται, λαμβάνοντας υπόψη παράγοντες από τα ενδιαφερόμενα μέρη: τους πολίτες (εκπροσώπους της κοινωνίας των πολιτών, συλλόγους ασθενών, μη κυβερνητικούς οργανισμούς), τον κρατικό μηχανισμό (υπηρεσίες της κεντρικής και της γενικής κυβέρνησης), τους παρόχους υπηρεσιών υγείας (δημόσια ή ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα, προμηθευτές, επιστημονικές εταιρείες, επαγγελματικές ενώσεις)

Σύμφωνα με την Rouzbehani (2017), οι "πολιτικές υγείας" αναφέρονται στις κυβερνητικές δραστηριότητες (εθνικές, περιφερειακές και τοπικές) για τη βελτίωση της υγείας του γενικού πληθυσμού. Δεν αφορούν μεμονωμένες δράσεις, αλλά περιλαμβάνουν μια σειρά νομοθετικών και ρυθμιστικών σχεδιασμών που πρέπει να πραγματοποιηθούν. Ξεπερνούν τα όρια ενός εθνικού νομοθετήματος ή μιας εθνικής πρωτοβουλίας. Πακέτα έργου, όπως η οργάνωση, η χρηματοδότηση και η παροχή ιατρικών υπηρεσιών, αποτελούν πτυχές που εμπίπτουν στην αρμοδιότητα των πολιτικών υγείας για την υγειονομική περίθαλψη, η οποία με τη σειρά της αποτελεί υποσύνολο των ευρύτερων πολιτικών υγείας. Στις πολιτικές υγείας συμπεριλαμβάνονται: η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, η διασφάλιση της ασφάλειας των φαρμάκων και των ιατρικών συσκευών, η διαχείριση δημόσιων προγραμμάτων, η ρύθμιση των ιδιωτικών εταιρειών ασφάλισης υγείας, κ.α.. Σε κυβερνητικό επίπεδο αναπτύσσονται επιχειρησιακές στρατηγικές υπό το πλαίσιο κανόνων, ώστε να προσαρμοστούν οι νόμοι σε εφαρμόσιμες πολιτικές, μέσω προγραμμάτων και υπηρεσιών. Βασικός στόχος τέτοιων στρατηγικών στις περισσότερες περιπτώσεις είναι να μειωθούν οι ανισότητες στην παροχή βασικών, αλλά και προηγμένων υπηρεσιών υγείας (Rouzbehani 2017).

Για την μελέτη και την αξιολόγηση των θεμάτων παγκόσμιας υγείας, υπό πολιτικούς και οικονομικούς όρους, είναι θεμιτό να λαμβάνεται υπόψη η έκθεση για την επίτευξη της καθολικής κάλυψης στην υγεία (Universal Health Coverage) έως το 2030, με την οποία τίθεται ως επιθυμητός στόχος η βελτίωση της διαχειριστικής ικανότητας των κυβερνήσεων, ώστε να καθορίσουν και να εφαρμόσουν στρατηγικές για την επίτευξη της καθολικής κάλυψης στην υγεία (International Health Partnership, 2017). Ο ΠΟΥ επιθυμεί να ενδυναμώσει τους φορείς διακυβέρνησης των συστημάτων υγείας, και να βελτιώσει τη λογοδοσία, την διαφάνεια και την ανταποκρισιμότητά τους. Στοχεύει στη δημιουργία πλαισίων που περιλαμβάνουν το σύνολο της κοινωνίας και των θεσμών της, με αναβάθμιση του ρόλου της κοινότητας αλλά και του πολίτη, οι οποίοι διαχειρίζονται νευραλγικούς ρόλους. Θεσμοί της κοινωνίας των πολιτών

εκπροσωπούν την κοινότητα στη λήψη αποφάσεων για την υγεία, αλλά και σε ζητήματα που αφορούν δικαιώματα και θέματα ισότητας, ενώ ενθαρρύνεται η συνεργασία τους με τους νομοθέτες για την νομοπαρασκευαστική διαδικασία και σύνταξη σχεδίων προϋπολογισμού για την καθολική υγειονομική περίθαλψη. Μέσα από την έκθεση και τις πολιτικές του ΠΟΥ στοχοθετείται η αύξηση της προσβασιμότητας και η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Προωθείται η συνεργασία όλων, των θεσμικών φορέων, της ιδιωτικής πρωτοβουλίας (ανάπτυξη ΣΔΙΤ, κτλ) και των θεσμών της κοινωνίας, πάντα μέσα σε ένα περιβάλλον διαφάνειας και λογοδοσίας.

### 3.1. Δείκτες Υγείας (QALYs - DALYs)

Η μέτρηση του αποτελέσματος και η αποτίμησή της υγειονομικής περίθαλψης είναι βασικό ζητούμενο της οικονομικής αξιολόγησης. Σε πολλές περιπτώσεις, οι οικονομολόγοι υγείας προχωρούν στην μέτρηση αυτών των αποτελεσμάτων χρησιμοποιώντας δείκτες υγείας που αναφέρονται στην ποιότητα ζωής του κάθε πολίτη. Η ποιότητα ζωής ενός ανθρώπου αντανακλάται από το επίπεδο υγείας του ανθρώπου εντός ενός έτους. Με αυτό τον τρόπο μπορούμε να εξάγουμε συμπεράσματα για τις αλλαγές του επιπέδου υγείας ενός ανθρώπου ή ενός συνόλου, εντός προσδιορισμένου χρονικού διαστήματος, αλλά και πως αυτό μεταβάλλεται, με ή χωρίς υπαγωγή σε κάποια θεραπευτική μέθοδο (Morris et al., 2012). Βασικό μέτρο ένδειξης της ποιότητας ζωής που χρησιμοποιείται στη διεθνή βιβλιογραφία είναι τα ποιοτικά προσαρμοσμένα έτη ζωής (QALYs), τα οποία υπολογίζονται με την αλλαγή στην ποιότητα ζωής που προκαλείται από μία παρέμβαση, πολλαπλασιαζόμενη με τη διάρκεια της επίδρασης της παρέμβασης αυτής στον άνθρωπο ( $1 \text{ Year of Life} \times 1 \text{ Utility} = 1 \text{ QALY}$ ). Χρησιμοποιώντας την έννοια του κόστους, τα QALYs μπορούν στη συνέχεια να βοηθήσουν στον υπολογισμό του κόστους-αποτελεσματικότητας μέσα από τον λόγο κόστους/QALY (Prieto & Sacristán, 2003).

Αν και τα QALYs είναι ένας άκρως διαδεδομένος δείκτης στις μετρήσεις υγείας και στις οικονομικές αξιολογήσεις υγείας, υπάρχει ακόμα ένας δείκτης που είναι ευρέως γνωστός για την χρησιμότητά του σε έρευνες, που μελετούν μεγάλο φάσμα εθνών, και ο οποίος χρησιμοποιείται από ιδρύματα και διεθνείς οργανισμούς στην συγκέντρωση στοιχείων και μεγάλες βάσεις δεδομένων (βλ. IHME, WHO, World Bank). Τα προσαρμοσμένα στην αναπηρία έτη ζωής (DALYs) εισήχθησαν από τον ΠΟΥ και την Παγκόσμια Τράπεζα ως ο καταλληλότερος δείκτης, κυρίως για τη μελέτη μη προηγμένων συστημάτων υγείας, σε χώρες που οι δαπάνες υγείας είναι χαμηλές (Morris et al., 2012), όπως και στην περίπτωση μελέτης

της εν λόγω διατριβής. Με τα DALYs υπολογίζουμε το σύνολο των ετών που χάνονται λόγω πρόωρου θανάτου (YLLs) και των ετών που ζουν με αναπηρία (YLDs), που αφορούν έναν πληθυσμό που ζει σε κατάσταση χαμηλού επιπέδου υγείας, λόγω μιας συγκεκριμένης αιτίας. Τα DALYs ορίζονται επίσης ως χαμένα έτη υγιούς ζωής (WHO, n.d.). Ο δείκτης DALYs είναι ένα πιο περιεκτικό μέτρο (WHO, 2004), το οποίο χρησιμοποιείται κυρίως στη διεθνή πολιτική δημόσιας υγείας (Ferrucci et al., 2007). Ο δείκτης αυτός εισήχθη στην Παγκόσμια Έκθεση για την Ανάπτυξη του 1993 (World Bank, 1993), και λαμβάνει υπόψη πληροφορίες όπως η ηλικία, το φύλο, η κατάσταση αναπηρίας και η περίοδος, εξαιρουμένων τυχόν προσωπικών κοινωνικοοικονομικών συνθηκών (Abbasí, 1999).<sup>16</sup> Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η Παγκόσμια Τράπεζα υποστηρίζουν θερμά την χρήση των DALYs, ως εργαλείο για την μελέτη αναπτυσσόμενων χωρών (Morris et al., 2012).

### 3.2. Μέθοδοι Ιεράρχησης Προτεραιοτήτων και Αξιολόγησης Παρεμβάσεων

Η οικονομική αξιολόγηση, στον κλάδο της υγείας, αναπτύχθηκε με γοργούς ρυθμούς κατά το 2ο μισό του προηγούμενου αιώνα, υιοθετώντας πρακτικές που μέχρι πρότινος εφαρμόζονταν σε άλλους κλάδους της οικονομικής επιστήμης. Όπως αναφέρει ο Torrance (1997, S9), η οικονομική αξιολόγηση “...είναι ένας ευρύς όρος που αναφέρεται σε μια σειρά αναλυτικών τεχνικών, οι οποίες αποσκοπούν στη διευκόλυνση της λήψης αποφάσεων σχετικά με τη συνολική αξία των προγραμμάτων υγειονομικής περίθαλψης, λαμβάνοντας υπόψη τόσο το κόστος όσο και τις συνέπειες”. Βασικό χαρακτηριστικό της οικονομικής αξιολόγησης στον χώρο της υγείας, αποτελεί η διεπιστημονική προσέγγιση με την οποία περατώνεται, και ειδικά η εφαρμογή γνώσεων από τα πεδία των επιστημών υγείας, αλλά και πιο σύγχρονων επιστημών που ασχολούνται με την διαχείριση δεδομένων, νέων τεχνολογιών κτλ (Κουφάκη & Βασιλείου, 2022). Ειδικά στο διεθνές περιβάλλον και σε επίπεδο μελετών του ΠΟΥ - ερευνών που αφορούν μεγάλο γεωγραφικό εύρος, όπως πανδημικές/επιδημικές κρίσεις, αλλά και τη διαχείριση ασθενειών σε παγκόσμιο επίπεδο (τέτοια δεδομένα παρουσιάζονται και στην παρούσα διατριβή) -, η ως άνω περιγραφόμενη διεπιστημονική προσέγγιση της οικονομικής

---

<sup>16</sup> Τμήμα της ενότητας “Δείκτες Υγείας (QALYs - DALYs)” του 3ου κεφαλαίου της διατριβής έχει παραχθεί από την δημοσιευμένη έρευνα “Sidiropoulos, S., Valachea, S., Kanakaki, M. E., Emmanouil-Kalos, A., Tsimogiannis, G. & Vozikis, A. (2022). Development Assistance for Health and the Role of NGOs in the Africa Region: the Case of the Central African Republic. *Journal of Regional Socio-Economic Issues*, 12(1), 44-58.”, η οποία συνιστά μία από τις υποχρεώσεις εκπόνησης της διδακτορικής διατριβής στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς σύμφωνα με τον Κανονισμό Εκπόνησης Διδακτορικής Διατριβής και συγκεκριμένα το άρθρο 9, παρ. 2.

αξιολόγησης στον τομέα της υγείας, επιλύει σημαντικά προβλήματα στην διαχείριση των πόρων και την εφαρμογή πολιτικών. Για την μελέτη, την διαχείριση και την ερμηνεία μεγάλου όγκου δεδομένων, στην οικονομική αξιολόγηση υγείας μπορούν να χρησιμοποιηθούν εργαλεία μαθηματικής και στατιστικής ανάλυσης, όπως μοντέλα παλινδρόμησης και μετα-ανάλυσης. Η χρήση νέων τεχνολογιών (new technologies) και Τεχνητής Νοημοσύνης (artificial intelligence) βοηθά στην υπερπήδηση των δυσκολιών που παραδοσιακά περιόριζαν τις μέχρι πρότινος δυνατότητες επεξεργασίας και ανάλυσης των δεδομένων (Κουφάκη & Βασιλείου, 2022).

Όπως αναφέρουν οι Morris et al. (2012), στην οικονομική αξιολόγηση σημαντική μεταβλητή είναι και αυτή του χρόνου, και ως προς το κόστος, αλλά και ως προς το όφελος μιας παρέμβασης. Σε πολλές περιπτώσεις παρεμβάσεων, η χρονική στιγμή που μετράται το κόστος, διαφέρει από την στιγμή κατά την οποία μπορεί να μετρηθεί το όφελος. Για παράδειγμα, η παρέμβαση η οποία έχει ως στόχο την εκπαίδευση των πολιτών (κυρίως νεότερων ηλικιών) σχετικά με τον ιό HIV και της επιπτώσεις του AIDS σε ένα άτομο, μπορεί να μετρηθεί ως προς την δαπάνη την οποία δημιουργεί, όμως σίγουρα τα οφέλη της παρέμβασης αυτής θα είναι μετρήσιμα σε βάθος χρόνων (π.χ. όταν τα νεαρά αυτά άτομα θα είναι σεξουαλικά ενεργά ή όταν θα μπορούν να θέσουν στοχοθετημένα τις απόψεις τους στην κοινότητα). Σε άλλη περίπτωση, υπάρχουν παρεμβάσεις οι οποίες έχουν άμεσα οφέλη, αλλά είναι δύσκολο να εκτιμηθεί το κόστος, αφού προϋποθέτουν συχνές ενέργειες συντήρησης. Για παράδειγμα, ένας αιμορροφιλικός ασθενής ο οποίος λαμβάνει παράγοντες πήξης αίματος απολαμβάνει άμεσα τα οφέλη από την μη εκδήλωση αιμορραγικών επεισοδίων και οιδημάτων, όμως η θεραπεία είναι συνεχής και άρα το κόστος μπορεί να προσμετρηθεί βάση εκτιμήσεων. Ένα άλλο παράδειγμα για την συγκεκριμένη περίπτωση αποτελούν και οι περιπτώσεις μεταμοσχευμένων ασθενών. Τέλος, υπάρχουν και οι περιπτώσεις κατά τις οποίες το χρονικό σημείο υπολογισμού του κόστους και του οφέλους συμπίπτουν. Ως μια τέτοια περίπτωση θα μπορούσε να αναφερθεί και η επέμβαση για την αντιμετώπιση της συστροφής των όρχεων στους άνδρες, όπου ο ασθενής απολαμβάνει άμεσα τα οφέλη της παρέμβασης (τα οποία είναι μόνιμα) αλλά και το κόστος υπολογίζεται εφάπαξ.

Υπό αυτό το πρίσμα, τίθεται ένα ερώτημα σχετικά με το ποια επιλογή παρέμβασης θα είναι προτιμητέα από τους αρμόδιους φορείς (stakeholders), που έχουν να διαχειριστούν συγκεκριμένο προϋπολογισμό σε συγκεκριμένο χρόνο, λαμβάνοντας υπόψη, εκτός των άλλων και παράγοντες αβεβαιότητας. Συνοψίζοντας και προσπαθώντας να προσεγγίσουμε το ζήτημα

σε σχέση με την μελέτη της παρούσας διατριβής, θα μπορούσε να διατυπωθεί το παρακάτω δίλημμα πολιτικής:

- Έστω ότι η Κυβέρνηση της Λαϊκής Δημοκρατίας του Κονγκό ελάμβανε 1 εκ. δολάρια στο πλαίσιο της DAH, και θα έπρεπε αυτά να δαπανηθούν από το σύστημα υγείας για την αντιμετώπιση της νόσου A ή της νόσου B, που αποτελούν και οι δύο βασικές προτεραιότητες του συστήματος υγείας. Η παρέμβαση για την αντιμετώπιση της νόσου A, απορροφώντας ολόκληρο το ποσό της DAH, μειώνει τα DALYs κατά 100 χιλιάδες άμεσα, ενώ η παρέμβαση για την αντιμετώπιση της νόσου B, απορροφώντας ολόκληρο το ποσό της DAH, μειώνει τα DALYs κατά 100 χιλιάδες σε βάθος 15ετίας. Ποια από τις δύο παρεμβάσεις θα επέλεγε η κυβέρνηση;

Σε αυτή την υπόθεση εργασίας, όπου βασικό δεδομένο είναι ότι αναφερόμαστε σε μία από τις φτωχότερες αναπτυσσόμενες χώρες, αφήνοντας πίσω την ενστικτώδη επιλογή με βάση τα άμεσα αποτελέσματα που προσφέρει η πρώτη παρέμβαση, θα πρέπει να λάβουμε υπόψη τους παράγοντες αβεβαιότητας που θα καθιστούσαν την πρώτη επιλογή αναπόφευκτη (πόλεμοι, οικονομική ανάπτυξη, κοινωνική σταθερότητα, αξιοπιστία προβλέψεων σε βάθος χρόνων). Το παραπάνω δίλημμα θα ήταν σαφώς δυσκολότερο να απαντηθεί, αν τα DALYs στην δεύτερη περίπτωση μειώνονταν αρκετά περισσότερο απ' ό,τι στην πρώτη περίπτωση.

Οι μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στα οικονομικά της υγείας είναι οι παρακάτω:

- Ανάλυση κόστους-οφέλους (Cost-benefit analysis - CBA)
- Ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας (Cost-effectiveness analysis - CEA)
- Ανάλυση κόστους-χρησιμότητας (Cost-utility analysis - CUA)
- Ανάλυση κόστους ασθένειας (Cost of illness - CoI)
- Ανάλυση κόστους-συνέπειας (Cost-consequence analysis - CCA)
- Ανάλυση ελαχιστοποίησης κόστους (Cost minimization analysis - CMA)
- Ανάλυση επιπτώσεων προϋπολογισμού (Budget impact analysis - BIA)

Από τις ως άνω μεθόδους, αυτές που έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως στις οικονομικές αξιολογήσεις είναι οι CBA, CEA και CUA. Η CBA αν και είναι ιδιαίτερα δημοφιλής μέθοδος στην οικονομική επιστήμη, στα οικονομικά της υγείας δεν προτιμάται, καθώς θα χρειαζόταν να αποτιμηθεί σε χρηματική αξία ένα αγαθό όπως η υγεία, κάτι το οποίο δεν θα μπορούσε να εφαρμοστεί σύμφωνα με μεγάλο μέρος της διεθνούς ακαδημαϊκής κοινότητας (Fragoulakis et

al., 2015). Μια σημαντική επίσης μέθοδος είναι και η CUA, από την οποία μπορούν να εξαχθούν συμπεράσματα σχετικά με την αποτελεσματικότητα παράλληλων παρεμβάσεων στην υγεία, τόσο ποιοτικά σε σχέση με το επίπεδο της ποιότητας ζωής του ασθενούς, όσο και ποσοτικά με τα κερδισμένα χρόνια για τον ασθενή λόγω των παρεμβάσεων που αξιολογούνται (Κουφάκη & Βασιλείου, 2022). Παρόλα αυτά, η CUA αποτελεί μία αρκετά σύνθετη μέθοδο αξιολόγησης, ενώ απαιτεί αποφάσεις σχετικά με το ποιο επίπεδο κερδισμένων QALYs είναι άξιο υπολογισμού, αφού αυτό υπόκειται σε υποκειμενικές προσεγγίσεις (Παπαντωνίου et al., 2022).

**Πίνακας 3.1.** Τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των εργαλείων καθορισμού προτεραιοτήτων

Εργαλεία καθορισμού προτεραιοτήτων		
Εργαλείο	Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
Ανάλυση κόστους - οφέλους (Cost-benefit analysis - CBA)	Μπορεί να δώσει πληροφορίες για ευρείες συγκρίσεις προγραμμάτων που έχουν τόσο υγειονομικά όσο και μη υγειονομικά οφέλη.	Η μέτρηση του οφέλους συχνά επικεντρώνεται στην αύξηση της παραγωγικότητας.   Υποθέτει ότι ο προϋπολογισμός θα αυξηθεί για να εξυπηρετήσει το νέο πρόγραμμα.
Ανάλυση κόστους-χρησιμότητας (Cost-utility analysis - CUA)	Διευκολύνει τη σύγκριση δύο παρεμβάσεων ή προγραμμάτων.   Παρουσιάζει το κόστος ανά QALYs, το οποίο καθιστά αυτά τα μοναδιαία κόστη συγκρίσιμα μεταξύ προγραμμάτων και παρεμβάσεων.	Αποτελεί μία αρκετά σύνθετη μέθοδο αξιολόγησης.   Απαιτεί αποφάσεις σχετικά με το ποιο επίπεδο κερδισμένων QALYs είναι άξιο υπολογισμού.
Ανάλυση κόστους - αποτελεσματικότητας (Cost-effectiveness analysis - CEA)	Με τη χρήση ενός γενικού μέτρου υγείας (π.χ. QALYs ή DALYs), μπορούν να γίνουν συγκρίσεις μεταξύ όλων των προγραμμάτων υγείας.   Μπορεί να προσδιοριστεί το κόστος ευκαιρίας των νέων προγραμμάτων, σε όρους υγείας που χάνονται από προγράμματα που αντικαθίστανται.	Τα οφέλη περιορίζονται σε όρους κερδισμένης υγείας.   Συνήθως προϋποθέτει ότι όλα τα QALYs είναι ίσης αξίας.
Γενικευμένη ανάλυση κόστους - αποτελεσματικότητας (Generalized Cost-effectiveness analysis - GCEA)	Μια διεθνώς τυποποιημένη προσέγγιση, που επιτρέπει τις διακρατικές συγκρίσεις.   Μπορεί να παρέχει συγκεκριμένες προτάσεις για λήψη αποφάσεων σε τοπικό επίπεδο	Υποθέτει μια "μηδενική εναλλακτική λύση", χωρίς τρέχουσες παρεμβάσεις/κόστη, η οποία μπορεί να μην είναι ρεαλιστική.   Τα DALYs γενικά επικεντρώνονται στην αναπηρία, όχι στην HRQoL.   Η λήψη αποφάσεων που χρησιμοποιείται συχνά είναι φιλόδοξη και δεν αντικατοπτρίζει τον περιορισμό του προϋπολογισμού.
Εκτεταμένη ανάλυση κόστους - αποτελεσματικότητας (Extended Cost-effectiveness analysis - ECEA)	Εξετάζει ρητά τον αντίκτυπο των προγραμμάτων στην ισότητα, παράλληλα με την αποτελεσματικότητα / αποδοτικότητα	Οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων πρέπει να κάνουν τη δική τους αντιστάθμιση μεταξύ αποτελεσματικότητας και δίκαιου αποτελέσματος.

Διανεμητική ανάλυση κόστους - αποτελεσματικότητας (Distributional Cost - effectiveness analysis - CEA)	Εξετάζει ρητά τον αντίκτυπο των προγραμμάτων σε καθορισμένες υποομάδες του πληθυσμού.	Οι σχετικοί υποπληθυσμοί πρέπει να προσδιοριστούν (π.χ. κοινωνικοοικονομική κατάσταση, φύλο, ηλικία).
Πολυκριτηριακή ανάλυση αποφάσεων (Multicriteria decision analysis - MCDA)	Επιτρέπει την εξέταση σχετικών χαρακτηριστικών των προγραμμάτων εκτός από τις επιπτώσεις στην υγεία.	Δεν μπορεί να προσδιοριστεί το κόστος ευκαιρίας των νέων προγραμμάτων, σε όρους υγείας που χάνονται από προγράμματα που αντικαθίστανται.   Τα σχετικά κριτήρια, καθώς και η βαρύτητα που πρέπει να αποδοθεί σε αυτά, πρέπει να καθοριστούν.
Προϋπολογισμός προγράμματος και οριακή ανάλυση (Programme budgeting and marginal analysis - PBMA)	Επιτρέπει την εξέταση χαρακτηριστικών των προγραμμάτων εκτός από τις επιπτώσεις στην υγεία.   Οι επιλογές αποεπένδυσης μπορούν να εξεταστούν παράλληλα με νέες επενδύσεις σε προγράμματα.	Τα σχετικά κριτήρια, καθώς και η βαρύτητα που πρέπει να αποδοθεί σε αυτά, πρέπει να καθοριστούν.

Πηγές: Ochalek et al. (2020), Gerald R. Ford School of Public Policy (n.d.) (επεξεργασμένο από τον συγγραφέα της παρούσας διατριβής)

Στην παρούσα διατριβή γίνεται χρήση της Γενικευμένης Ανάλυσης Κόστους-Αποτελεσματικότητας (Generalized Cost-effectiveness Analysis - GCEA), διότι μας παρέχει τη δυνατότητα να υπολογίσουμε την αποτελεσματικότητα μίας παρέμβασης, σε σύγκριση με τα αποτελέσματα που θα προέκυπταν εάν η παρέμβαση αυτή δεν πραγματοποιείτο. Μας δίνει, επίσης, τη δυνατότητα να συγκρίνουμε την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων μεταξύ κρατών (Ochalek et al., 2020), το οποίο αποτελεί έναν από τους κύριους πυλώνες ανάλυσης της παρούσας μελέτης. Όπως αναφέρουν οι Rubinstein et al. (2009), η GCEA “...είναι μια μεθοδολογία που σχεδιάστηκε από τον ΠΟΥ για την αξιολόγηση της τρέχουσας και δυνητικής κάλυψης των παρεμβάσεων στον τομέα της υγείας, προκειμένου να βελτιωθεί η αποδοτικότητα της κατανομής και να διευκολυνθεί η ικανότητα των φορέων χάραξης πολιτικής να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις σχετικά με την κατανομή των πόρων στον τομέα της υγείας...”. Επιπλέον, το γεγονός της χρήσης των DALYs από την GCEA δεν είναι περιοριστικό για την έρευνά μας, καθότι, όπως ήδη έχει αναφερθεί στην παρούσα μελέτη, τα DALYs αποτελούν τον κυριότερο δείκτη υγείας που χρησιμοποιείται για την αποτύπωση της επιδημιολογικής κατάστασης, αλλά και τις αξιολογήσεις στις αναπτυσσόμενες χώρες και κυρίως σε αυτές της Αφρικανικής Ηπείρου και της περιοχής αναφοράς μας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

### Σκοπός και Μεθοδολογία της Έρευνας – Ερευνητικά Ερωτήματα

#### 4.1. Ερευνητικά Ερωτήματα

##### 4.1.1. Μελέτη Περίπτωσης: Αναπτυξιακή Βοήθεια για την Υγεία

Έχοντας ήδη καλύψει το θεωρητικό γενικό πλαίσιο οργάνωσης και διαχείρισης της Αναπτυξιακής Βοήθειας στην Υγεία, καθώς και τον ρόλο των θεσμών που συμμετέχουν, στο σημείο αυτό της μελέτης, διατυπώνεται σαφώς και περιεκτικά το κύριο ερευνητικό ερώτημα της παρούσας διατριβής:

Υπάρχει συσχέτιση του ύψους και των ροών της Αναπτυξιακής Βοήθειας για την Υγεία και των εκβάσεων σε όρους αποφευχθέντων θανάτων και αποφευχθέντων προσαρμοσμένων ετών ζωής με αναπηρία (Deaths, DALYs) που αναφέρονται στις γεωγραφικές περιοχές που εφαρμόζεται η υλοποίηση των παρεμβάσεων αυτών (Υποσαχάρια Αφρική) και στα νοσήματα αναφοράς τα οποία έχουν επιλεγεί (HIV, Malaria, Tuberculosis) για ανάλυση στην έρευνά μας;

Η έρευνα που πραγματοποιείται στην παρούσα διατριβή στοχεύει να εξετάσει εάν το παραπάνω ερευνητικό ερώτημα απαντάται καταφατικά ή όχι. Λαμβάνοντας υπόψη ότι το δείγμα χωρών που έχει επιλεγεί να μελετηθεί (η Υποσαχάρια Αφρική), απορροφά το μεγαλύτερο ποσοστό Αναπτυξιακής Βοήθειας στην Υγεία παγκοσμίως, και ότι η επίδραση της αύξησης της χρηματοδότησης στην υγεία θα έπρεπε να είναι θετική, δίνει τη δυνατότητα διατύπωσης της υπόθεσης ως κάτωθι: Η αποδοτικότητα της Αναπτυξιακής Βοήθειας στην Υγεία, σε όρους επιδημιολογικής αποτύπωσης, σχετίζεται άμεσα με τα χαρακτηριστικά και τους αποδέκτες χρηματοδότησης, ειδικά σε περιοχές που δεν υφίσταται επάρκεια των πόρων;

Εάν το βασικό ερευνητικό ερώτημα απαντηθεί καταφατικά τότε αυτό σημαίνει πως τα επιδημιολογικά στοιχεία σε όρους θανάτων και προσαρμοσμένων ετών ζωής με αναπηρία (Deaths, DALYs) επηρεάζονται θετικά από τις ροές χρηματοδότησης των παρεμβάσεων υγείας στις γεωγραφικές περιοχές και στα νοσήματα μελέτης. Αυτό σημαίνει πως θα αναμένουμε μείωση των θανάτων και αρνητική μέση μεταβολή στα DALYs averted διαχρονικά.

Εάν το βασικό ερευνητικό ερώτημα απαντηθεί αρνητικά αυτό θα σημαίνει πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντικός βαθμός συσχέτισης μεταξύ των ροών της Αναπτυξιακής Βοήθειας για την Υγεία στην συγκεκριμένη περιοχή και στα νοσήματα μελέτης με τα επιδημιολογικά



στοιχεία που αναφέρθηκαν ως άνω. Αυτομάτως η συγκεκριμένη συνθήκη θα μας αναδείκνυε, πως η αποτελεσματικότητα των χρηματοδοτήσεων των παρεμβάσεων στην υγεία, δεν μεταφράζεται σε όρους καλύτερης υγείας για τους πληθυσμούς της παρούσας μελέτης, και θα έχετε τη βάση για ριζική επαναξιολόγηση των μηχανισμών Αναπτυξιακής Βοήθειας για την Υγεία.

Κατά την διαδικασία διερεύνησης του παραπάνω κεντρικού ερευνητικού ερωτήματος, αναδεικνύεται μια σειρά από δευτερογενή ερευνητικά ερωτήματα τα οποία συμβάλλουν στην βαθύτερη κατανόηση του ζητήματος και την σαφέστερη απεικόνιση του περιβάλλοντος της αναπτυξιακής βοήθειας για την υγεία. Πιο συγκεκριμένα, στην παρούσα διατριβή επιχειρείται να απαντηθούν τα παρακάτω ερωτήματα:

- Ποιοι είναι οι βασικοί θεσμικοί stakeholders (ενδιαφερόμενα μέρη) της αναπτυξιακής βοήθειας για την υγεία; (Χρηματοδότες, Κανάλια διανομής χρηματοροών, Αποδέκτες).
- Ποιες οι νόσοι που τίθενται ως προτεραιότητα ενδιαφέροντος στην παγκόσμια υγεία βάσει επιδημιολογικής προσέγγισης;
- Ποια η επίπτωση των μεταδιδόμενων ασθενειών στην παγκόσμια υγεία, και ποια η επίδρασή τους στις περιοχές χαμηλού βιοτικού επιπέδου;
- Ποια η επιδημιολογική εικόνα της Υποσαχάριας Αφρικής, όσον αφορά τις τρεις πιο απειλητικές μεταδιδόμενες ασθένειες (HIV, Ελονοσία και Φυματίωση);
- Ποιοι είναι οι μεγαλύτεροι χρηματοδότες της αναπτυξιακής βοήθειας στην υγεία στην Υποσαχάρια Αφρική;
- Ποια κανάλια διανομής χρηματοροών αξιοποιούνται περισσότερο για την παροχή της βοήθειας στα Αφρικανικά κράτη;
- Ποιες χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής δέχονται το μεγαλύτερο όγκο χρηματικής βοήθειας (σε απόλυτες νομισματικές μονάδες ή/και σε ποσοστό επί του ΑΕΠ);
- Ποιες χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής εξαρτώνται περισσότερο από την αναπτυξιακή βοήθεια για την υγεία, βάσει των δαπανών τους για την υγεία (ποσοστό επί των συνολικών δαπανών υγείας);
- Πως ιεραρχούνται οι τρεις νόσοι αναφοράς, βάσει της χρηματικής βοήθειας που παρέχεται για την κάθε μία;

Με την επεξεργασία των δεδομένων, όπως αυτή περιγράφεται αναλυτικότερα παρακάτω, παρουσιάζονται τα ευρήματα και εξάγονται συμπεράσματα στα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

- Σε ποια από τις νόσους αναφοράς αξιοποιείται αποδοτικότερα η αναπτυξιακή βοήθεια για την υγεία βάσει επιδημιολογικών δεικτών (Deaths, DALYs);
- Σε ποια κράτη της Υποσαχάριας Αφρικής αξιοποιείται αποδοτικότερα η αναπτυξιακή βοήθεια για την υγεία, για τις νόσους αναφοράς;

Από την απάντηση των δύο παραπάνω ερωτημάτων, προκύπτει η δυνατότητα εφαρμογής ιεράρχησης - προτεραιοποίησης, όπως παρακάτω: α) Σε ποια χώρα, και για ποια νόσο, αξιοποιείται αποδοτικότερα κάθε προστιθέμενο δολάριο χρηματικής βοήθειας (βάσει των επιδημιολογικών μεταβολών και των οικονομικών μεγεθών); και β) Για ποιο νόσημα αξιοποιείται αποδοτικότερα κάθε προστιθέμενο δολάριο χρηματικής βοήθειας (βάσει των επιδημιολογικών μεταβολών και των οικονομικών μεγεθών);

#### **4.1.2. Μελέτη Περίπτωσης: Δωρεές Φαρμακευτικών Εταιρειών προς Συλλόγους Ασθενών**

Προκειμένου να παρουσιάσουμε και αναλύσουμε πρακτικές χρηματοδότησης μέσω δωρεών σε μη κυβερνητικές οργανώσεις - φορείς στην ελληνική πραγματικότητα, εξετάζεται η χρηματική βοήθεια που παρέχεται από τις φαρμακευτικές εταιρείες προς τους πιο ενεργούς φορείς που συνδέονται άμεσα με τους Έλληνες ασθενείς, ήτοι τους συλλόγους ασθενών. Η συγκεκριμένη μελέτη αποσκοπεί να απεικονίσει διαχρονικά τα χαρακτηριστικά της χρηματοδότησης της φαρμακευτικής αγοράς προς τους συλλόγους ασθενών, μέσω της χαρτογράφησης των δωρεών προς αυτούς, και αφετέρου να ανιχνεύσει και να εκτιμήσει τις σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ των βασικών stakeholders. Τέλος, βασική παράμετρο της έρευνάς μας αποτελεί η εξέταση του πλαισίου διαφάνειας, των σχέσεων εξάρτησης που μπορεί να δημιουργούνται, καθώς και η αξιολόγηση του θεσμικού πλαισίου καταγραφής των δωρεών. Δευτερευόντως, η έρευνα αποσκοπεί στην καταγραφή των μεγαλύτερων δωρητών και αποδεκτών, τους επικρατέστερους σκοπούς των δωρεών (καμπάνιες ενημέρωσης, υποδομές κτλ.), καθώς και των κυριότερων θεραπευτικών κατηγοριών βάσει της χρηματοδότησης που κατευθύνεται προς αυτές.

## **4.2. Μεθοδολογία Έρευνας**

### **4.2.1. Μελέτη Περίπτωσης: Αναπτυξιακή Βοήθεια για την Υγεία**

Για την σαφέστερη διατύπωση του θεωρητικού μέρους της διατριβής, πραγματοποιήθηκε αρχικά βιβλιογραφική επισκόπηση βασισμένη σε επιστημονικά άρθρα δημοσιευμένα σε

διεθνή περιοδικά, ακαδημαϊκά συγγράμματα και αναφορές (reports) κρατικών και επιμελητηριακών θεσμών, διαπιστευμένων μη κυβερνητικών οργανισμών καθώς και διεθνών οργανισμών, κλπ. Πιο συγκεκριμένα, πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική επισκόπηση στις εξής θεματικές (ενδεικτικά):

- Η εξέλιξη και η αρχιτεκτονική της παγκόσμιας διακυβέρνησης της υγείας.
- Το περιβάλλον των διεθνών οργανισμών που εμπλέκονται στην παγκόσμια υγεία.
- Ο ρόλος των μη κυβερνητικών οργανισμών στην παγκόσμια υγεία.
- Διαχείριση κρίσεων δημόσιας υγείας και επιδημικών φαινομένων.
- Μέθοδοι μέτρησης και απεικόνισης της επιδημιολογικής κατάστασης.
- Εμπειρικές έρευνες μέτρησης αποδοτικότητας παρεμβάσεων στην υγεία.

Προκειμένου να απαντηθούν τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα της διατριβής, καθώς και τα επιμέρους ερωτήματα που προκύπτουν, χρειάστηκε να αντληθούν δεδομένα από τρία αρχεία που δημοσιεύονται σε δημόσια προσβάσιμη βάση δεδομένων, από τον έγκριτο επιστημονικό φορέα Ινστιτούτο Μέτρησης και Αξιολόγησης της Υγείας (Institute for Health Metrics and Evaluation - IHME). Συγκεκριμένα, για τις ανάγκες της έρευνάς μας, δημιουργήθηκε ένα ενοποιημένο αρχείο δεδομένων, συμπεριλαμβάνοντας δεδομένα για τις παγκόσμιες δαπάνες υγείας (1995 - 2019) από το Global Burden of Disease Collaborative Network (2021), για την επιβάρυνση των ασθενειών σε παγκόσμιο επίπεδο (Global Burden of Disease) (1990 - 2019) και για την αναπτυξιακή βοήθεια για την υγεία (1990 - 2019) από το IHME (2020, 2021). Τα αρχεία αυτά χρησιμοποιήθηκαν συνδυαστικά, αφενός για την συμπληρωματικότητα που παρουσιάζουν, όσον αφορά τα δεδομένα που κρίθηκε αναγκαίο να χρησιμοποιηθούν για την έρευνά μας, αφετέρου για την κοινή κωδικοποίηση που υιοθετούν (λόγω και του κοινού φορέα δημοσίευσης) και η οποία επέτρεψε την ασφαλέστερη διαχείριση και επεξεργασία των δεδομένων. Για τους σκοπούς της έρευνας πραγματοποιήθηκε ποιοτικός έλεγχος των αρχικών δεδομένων, επιλογή και μορφοποίηση των αναγκαίων για την έρευνά μας δεδομένων, ενοποίηση των παραπάνω αρχείων, ενώ επιπρόσθετα δημιουργήθηκαν νέες υπολογιζόμενες μεταβλητές για την απεικόνιση σωρευτικών μεγεθών, για την συγκρισιμότητα τους σε όλο το χρονικό εύρος της εξεταζόμενης περιόδου (1995 - 2018). Οι μεταβλητές της βάσης δεδομένων της έρευνάς μας παρουσιάζονται αναλυτικά στο παρακάτω κεφάλαιο 5. και στο παράρτημα εμφανίζεται το codebook του dataset. Για το προαναφερόμενο διάστημα της μελέτης, χρειάστηκε να πραγματοποιηθεί προσαρμογή των χρονικών ορίων των δεδομένων των βάσεων για την επιβάρυνση των ασθενειών σε παγκόσμιο επίπεδο (Global Burden of Disease) (1990 -

2019) και για την αναπτυξιακή βοήθεια για την υγεία (1990 - 2019) από το IHME (2020, 2021) μόνο για τα έτη 1995 – 2018, για τα οποία ήταν διαθέσιμα στοιχεία στο τρίτο αρχείο με τα δεδομένα για τις παγκόσμιες δαπάνες υγείας (1995 - 2019) από το Global Burden of Disease Collaborative Network (2021). Συμπληρωματικά, και προκειμένου να αξιολογηθεί ο λόγος κόστους-αποτελεσματικότητας - δηλ. DAH to DALYs averted - χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα για GDP per capita (σε σταθερές τιμές \$, 2018 - Last Updated: 07/20/2022) από τη βάση World Development Indicators της Παγκόσμιας Τράπεζας.

Στο πρώτο στάδιο πραγματοποιείται περιγραφική ανάλυση των δεδομένων, με την εξέταση των συνολικών - σωρευτικών μεγεθών, ενώ ακολουθεί γραμμική ανάλυση παλινδρόμησης (linear regression) για την οικονομετρική εκτίμηση της επίδρασης της DAH στα DALYs που προκαλούνται από τις νόσους αναφοράς. Στη συνέχεια, για την πραγματοποίηση της οικονομικής αξιολόγησης της DAH στα DALYs averted και Deaths averted και την προτεραιοποίηση των επιλογών χρηματοδότησης ανά χώρα και νόσο, επιλέχθηκε η μέθοδος της Γενικευμένης Ανάλυσης Κόστους - Αποτελεσματικότητας (Generalized Cost - effectiveness analysis - CEA) - δεξ ενότητα 3.3 παραπάνω - ως η πλέον ενδεικνύμενη για την ανάλυσή μας. Συμπληρωματικά, χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης Z-Score (γνωστός και ως "Τυπική βαθμολογία", που υπογραμμίζει τη σχέση μεταξύ των τιμών σε μια κατανομή) για να περιγράψουμε και αποτυπώσουμε και γραφικά με τη χρήση διαγραμμάτων μήτρας τεταρτημορίων (quadrant matrix chart) στο excel, τη θέση των τιμών στο σύνολο των δεδομένων DAH και DALYs averted σε σχέση με τον μέσο όρο και την τυπική τους απόκλιση.

Σε αυτό το σημείο, θα πρέπει να τονιστεί, ότι η έρευνά μας αναφέρεται σε αναδρομική μελέτη παρατήρησης και η ανάλυση που πραγματοποιήθηκε εξετάζει τη συσχέτιση μεταξύ μεταβλητών και όχι μία σχέση αιτίας-αποτελέσματος. Συνεπώς θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι και άλλοι παράγοντες, πέρα από όσους συμπεριλάβαμε στην ανάλυσή μας, μπορεί να συμβάλουν στη διαμόρφωση των εκβάσεων-αποτελεσμάτων.

#### **4.2.2. Μελέτη Περίπτωσης: Δωρεές Φαρμακευτικών Εταιρειών προς Συλλόγους Ασθενών**

Σχετικά με την έρευνα μας που αφορά στη δεύτερη μελέτη περίπτωσης, δηλ. στις δωρεές των φαρμακευτικών εταιρειών που εδρεύουν στην Ελλάδα προς τους ελληνικούς συλλόγους ασθενών, αντλήθηκαν δεδομένα από τη δημόσια προσβάσιμη βάση δεδομένων του Συνδέσμου

Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδας.<sup>17</sup> Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα για τα έτη 2013 - 2020, και πραγματοποιήθηκε ποιοτικός έλεγχος των δεδομένων της βάσης, κωδικοποίηση - επανακωδικοποίηση αυτών, βάσει της διεθνούς βιβλιογραφίας και την κατηγοριοποίηση ασθενειών σύμφωνα με τον κώδικα ICD-10 και δημιουργία νέων μεταβλητών με κωδικοποίηση για τη δυνατότητα στατιστικής ανάλυσής τους. Πραγματοποιήθηκε περιγραφική ανάλυση των δεδομένων με την χρήση μέτρων θέσης και διασποράς. Εξήχθησαν δεδομένα που αφορούν διαχρονικά τους δέκα μεγαλύτερους δωρητές, τους δέκα μεγαλύτερους αποδέκτες, τους κυριότερους σκοπούς για τους οποίους πραγματοποιήθηκαν οι δωρεές, καθώς επίσης και τις δέκα θεραπευτικές κατηγορίες, οι οποίες απορρόφησαν τα μεγαλύτερα ποσά των δωρεών. Τέλος, αναλύθηκε η συσχέτιση ανάμεσα στις δέκα κυριότερες - βάσει ποσού χρηματοδότησης - θεραπευτικές κατηγορίες και στους δέκα μεγαλύτερους δωρητές, προκειμένου να εξαχθούν συμπεράσματα και να εκτιμηθούν η ύπαρξη και ο βαθμός “εμπορευματοποίησης” των δωρεών με την παραγωγή σκευασμάτων στις θεραπευτικές κατηγορίες του στόχου-δωρεάς.

### **4.3. Εξαγωγή συμπερασμάτων**

Μέσα από τις δύο περιπτώσεις έρευνας της παρούσας διατριβής, αναδείχθηκε ο βαθμός επιρροής των ροών χρηματοδότησης στα επιδημιολογικά δεδομένα, καθώς επίσης και η αιτιολόγηση της επιλογής χρηματοδότησης - δωρεάς των εταιρειών προς οργανωμένους φορείς των ασθενών. Τέλος, γίνεται προσπάθεια μέσω της συζήτησης που ακολουθεί σε σχέση με τα ευρήματα που παρουσιάζονται από τη διεθνή βιβλιογραφία, να παρουσιαστούν προτάσεις πολιτικής.

---

<sup>17</sup> Διαφάνεια στις Δωρεές: <https://www.sfec.gr/diafania-stis-dorees/>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

### Η Αναπτυξιακή Βοήθεια για την Υγεία στις χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής, για τις νόσους HIV, Ελονοσία και Φυματίωση (1995-2018)

#### 5.1. Η Αναπτυξιακή Βοήθεια για την Υγεία

Η Αναπτυξιακή Βοήθεια για την Υγεία (Development Assistance for Health - DAH), βασικό εργαλείο της διεθνούς βοήθειας, η οποία προσφέρεται κυρίως από τις ανεπτυγμένες οικονομίες, χρησιμοποιώντας την τελευταία 20ετία αυστηρούς μηχανισμούς διαφάνειας και αξιολόγησης (Borrmann, 1999), δημιουργεί ένα ευνοϊκότερο περιβάλλον κυρίως για την αντιμετώπιση των μολυσματικών ασθενειών, των επιδημικών, αλλά και των πανδημικών κρίσεων (Walt et al., 1999). Ως χρηματοδοτικό εργαλείο καταμετράται στον ΟΟΣΑ από το 1960, όπου υπολογίζεται ότι ως τα μέσα της δεκαετίας του 2010 η χρηματοδοτική βοήθεια για την περιοχή μελέτης της παρούσας διατριβής ήταν άνω των 2,5 τρις δολαρίων.

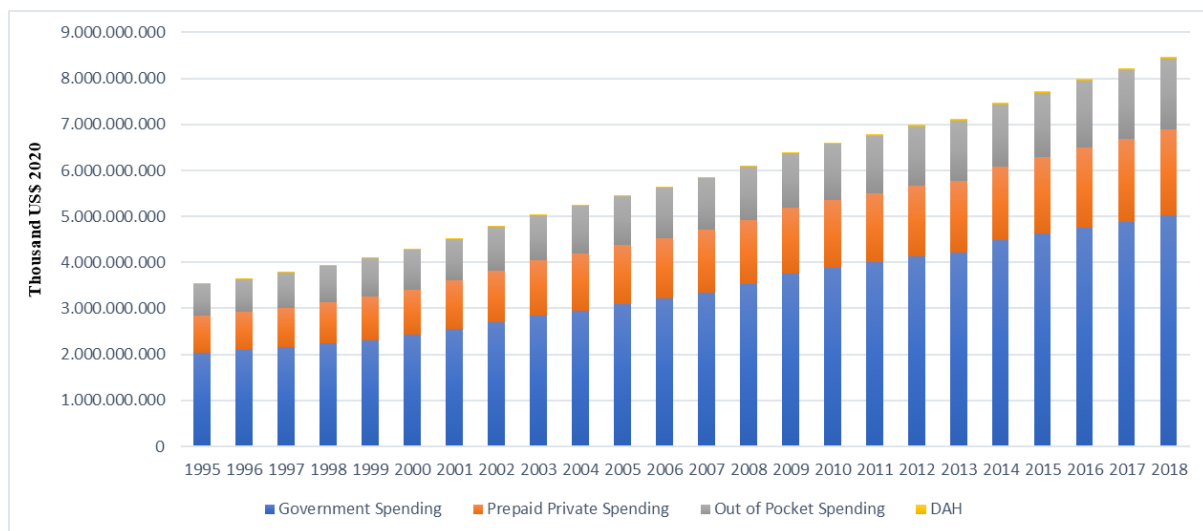
Ως διεθνή βοήθεια, η Επιτροπή Αναπτυξιακής Βοήθειας του ΟΟΣΑ (Development Assistance Committee - DAC) ορίζει τις χρηματοδοτικές ροές, την τεχνική υποστήριξη και τον εξοπλισμό που έχουν ως στόχο την προώθηση της ανάπτυξης και της ευημερίας, και παρέχεται με προνομιακούς όρους (concessional financing). Σε αντιδιαστολή, δάνεια που παρέχονται με όρους αγοράς (non concessional financing) δεν θεωρούνται διεθνής βοήθεια. Η βοήθεια μπορεί να χωριστεί σε 3 κατηγορίες: α) η Επίσημη Αναπτυξιακή Βοήθεια αποτελεί τον κύριο πυλώνα βοήθειας, και αφορά την χρηματοδότηση χωρών χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος από κυβερνήσεις - δωρητές, β) Η Επίσημη Βοήθεια από την άλλη, αφορά χρηματοδότηση χωρών υψηλότερων εισοδημάτων, καθώς και χωρών της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, ενώ τέλος, γ) η Ιδιωτική Εθελοντική Βοήθεια αφορά χρηματοδότηση από ιδιωτικούς φορείς (ιδρύματα, ΜΚΟ, επιχειρήσεις, φιλανθρωπικούς οργανισμούς κτλ.) (Radelet, 2006).

Όπως ήδη έχει αναφερθεί στα προηγούμενα κεφάλαια, σε πολλές περιπτώσεις αναπτυσσόμενων οικονομιών η αναπτυξιακή βοήθεια για την υγεία αποτελεί μία από τις κύριες πηγές χρηματοδότησης των εθνικών αναγκών υγείας. Πιο αναλυτικά, αξίζει να σημειωθεί πως, ενώ η Αναπτυξιακή Βοήθεια για την Υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο, αποτελεί μόλις το 0,046% (39 δισ.\$) του παγκόσμιου ΑΕΠ για το έτος 2018, για την περιοχή αναφοράς το ποσοστό ανέρχεται σε 0,65% (10 δισ.\$) του ΑΕΠ των χωρών της Υποσαχάριας Αφρικής. Επίσης, και πάλι για το έτος 2018, είναι σημαντικό να τονιστεί πως σε επίπεδο δαπανών υγείας, η DAH αποτελεί το 0,2% των συνολικών δαπανών υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο, ενώ αντίστοιχα

αντανακλά το 13,17% των δαπανών υγείας στις χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής. Βεβαίως, από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι αν και σε παγκόσμιο επίπεδο η DAH φαίνεται σχετικά χαμηλή, για την περιοχή μελέτης (όπως και σε άλλες αναπτυσσόμενες περιοχές) αποτελεί σημαντικό εργαλείο χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας, όπως αποτυπώνεται και από το ποσοστό της επί των συνολικών δαπανών υγείας. Σαφώς, ακόμα και εντός της περιοχής μελέτης, τα μεγέθη των οικονομιών των χωρών ποικίλουν, όπως και ο βαθμός εξάρτησής τους από την DAH, (συμπεριλαμβάνονται χώρες χαμηλού, χαμηλού-μεσαίου, υψηλού-μεσαίου εισοδήματος, σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση της Παγκόσμιας Τράπεζας), δεδομένο που επηρεάζει την εικόνα του συνολικού ποσοστού επί του ΑΕΠ και των δαπανών υγείας. Για παράδειγμα, αναφέρονται οι δύο ακραίες περιπτώσεις χωρών της περιοχής, αυτή με το υψηλότερο ποσοστό DAH επί του ΑΕΠ, το Μαλάουι με 5,45% (αποτελεί μία από τις φτωχότερες χώρες της περιοχής μελέτης, με κατά κεφαλήν ΑΕΠ ~545\$) και αυτή με το χαμηλότερο ποσοστό DAH επί του ΑΕΠ, Ισημερινή Γουινέα 0,014% (αποτελεί μία από τις πλουσιότερες χώρες της περιοχής μελέτης, με κατά κεφαλήν ΑΕΠ ~10.000\$).

Επιπλέον, σύμφωνα με τα στοιχεία του IHME (2020), η DAH σε παγκοσμιο επίπεδο για το τελευταίο έτος της μελέτης μας (2018), αποτελούσε το 0,78% των κρατικών δαπανών για την υγεία (βλ. Γράφημα 5.1.).

**Γράφημα 5.1.** Παγκόσμιες Δαπάνες για την Υγεία ανά πηγή χρηματοδότησης, 1995 - 2018

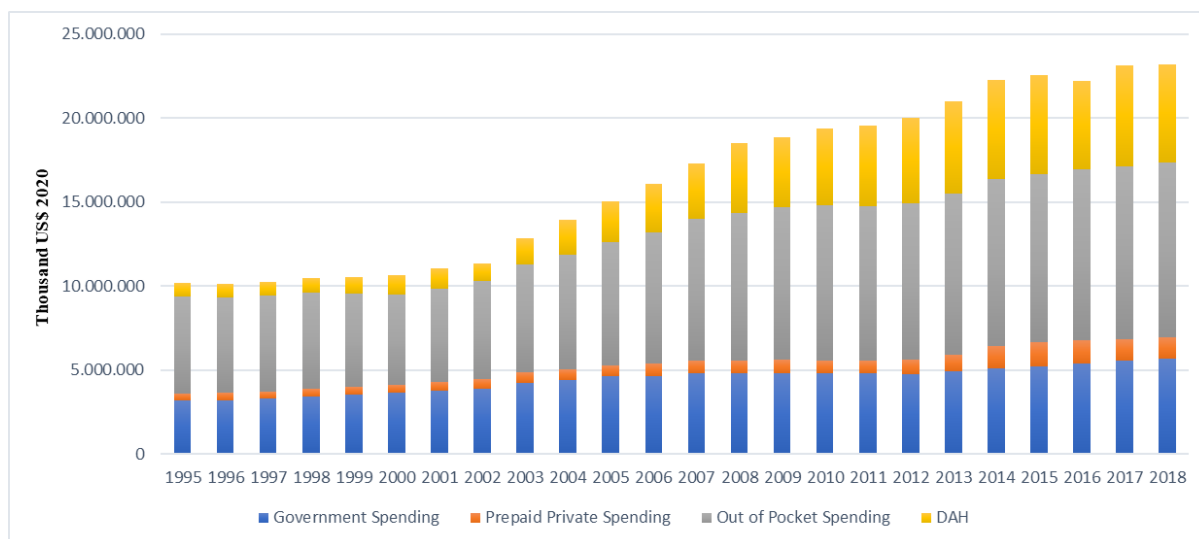


Πηγή: Institute for Health Metrics and Evaluation (2021) (επεξεργασμένο από τον συγγραφέα της παρούσας διατριβής)

Στις χώρες χαμηλού εισοδήματος, όπως ορίζονται από την κατηγοριοποίηση της Παγκόσμιας Τράπεζας, η DAH κατά το 2018 ήταν κατά 100 εκ. δολάρια υψηλότερη από την συνολική

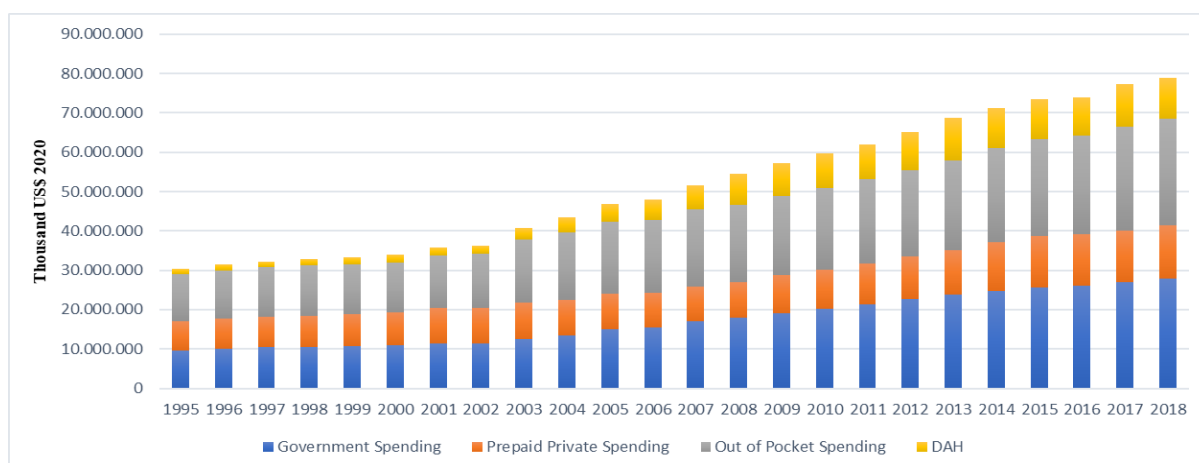
κρατική δαπάνη των χωρών αυτών, ενώ είναι σταθερά υψηλότερη των κρατικών δαπανών από το 2012. Ειδικότερα όσον αφορά την περιοχή αναφοράς της παρούσας μελέτης, αξίζει να αναφερθεί ότι η DAH ανταποκρίνεται σε ένα ποσοστό άνω του 30% των αντίστοιχων κρατικών δαπανών (βλ. Γραφήματα 5.2. & 5.3.).

**Γράφημα 5.2.** Δαπάνες για την Υγεία στις χώρες χαμηλού εισοδήματος ανά πηγή χρηματοδότησης, 1995 - 2018



Πηγή: Institute for Health Metrics and Evaluation (2021) (επεξεργασμένο από τον συγγραφέα της παρούσας διατριβής)

**Γράφημα 5.3.** Δαπάνες για την Υγεία στις χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής ανά πηγή χρηματοδότησης, 1995 - 2018



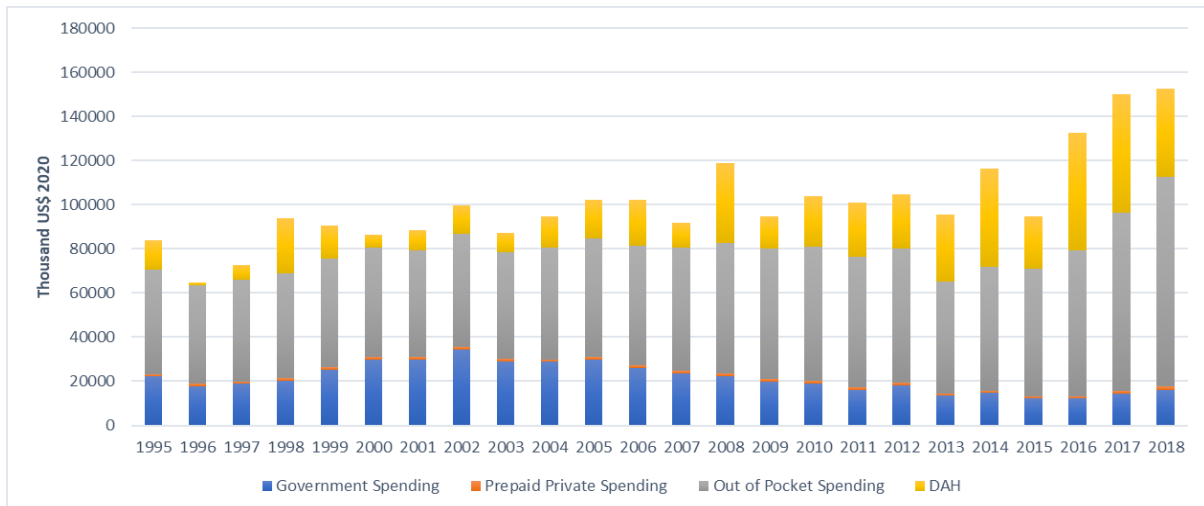
Πηγή: Institute for Health Metrics and Evaluation (2021) (επεξεργασμένο από τον συγγραφέα της παρούσας διατριβής)

Τέλος, εάν λάβουμε υπόψη το τι συμβαίνει στην πλειονότητα των 10 Αφρικανικών χωρών με τις χαμηλότερες κρατικές δαπάνες για την υγεία, η DAH είναι συντριπτικά μεγαλύτερη των κρατικών δαπανών. Για παράδειγμα, στην περίπτωση της Κεντροαφρικανικής Δημοκρατίας



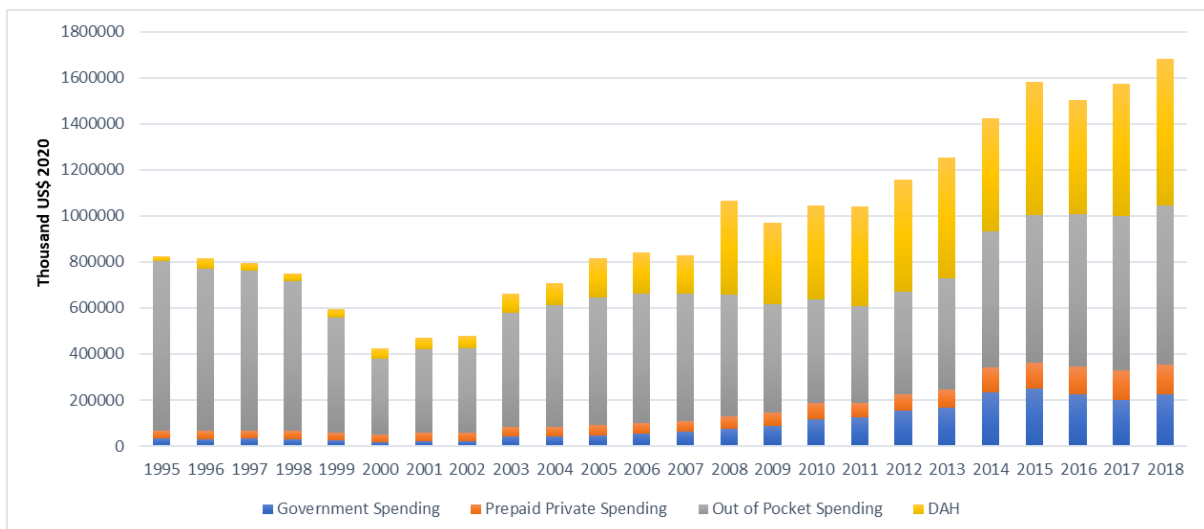
το 2018, η DAH ήταν 2,5 φορές μεγαλύτερη από τις κρατικές δαπάνες (40 εκ. \$ έναντι 16 εκ. \$), ενώ στην Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό ήταν σχεδόν 3 φορές μεγαλύτερη (640 εκ. \$ έναντι 220 εκ. \$) (βλ. Γραφήματα 5.4. & 5.5.).<sup>18</sup>

**Γράφημα 5.4.** Δαπάνες για την Υγεία στην Κεντροαφρικανική Δημοκρατία ανά πηγή χρηματοδότησης, 1995 - 2018



Πηγή: Institute for Health Metrics and Evaluation (2021) (επεξεργασμένο από τον συγγραφέα της παρούσας διατριβής)

**Γράφημα 5.5.** Δαπάνες για την Υγεία στην Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό ανά πηγή χρηματοδότησης, 1995 - 2018



Πηγή: Institute for Health Metrics and Evaluation (2021) (επεξεργασμένο από τον συγγραφέα της παρούσας διατριβής)

<sup>18</sup> Σταθερές τιμές 2020.

Οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο στην παροχή αναπτυξιακής βοήθειας για την υγεία (DAH) και στην ενίσχυση των συστημάτων υγείας. Η DAH ορίζεται από το Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) ως *"οι οικονομικές συνεισφορές και συνεισφορές σε είδος από [...] ιδρύματα, των οποίων η κύρια αποστολή είναι η παροχή αναπτυξιακής βοήθειας στις αναπτυσσόμενες χώρες, με σκοπό την ενίσχυση της υγείας τους"* (IHME, n.d.).

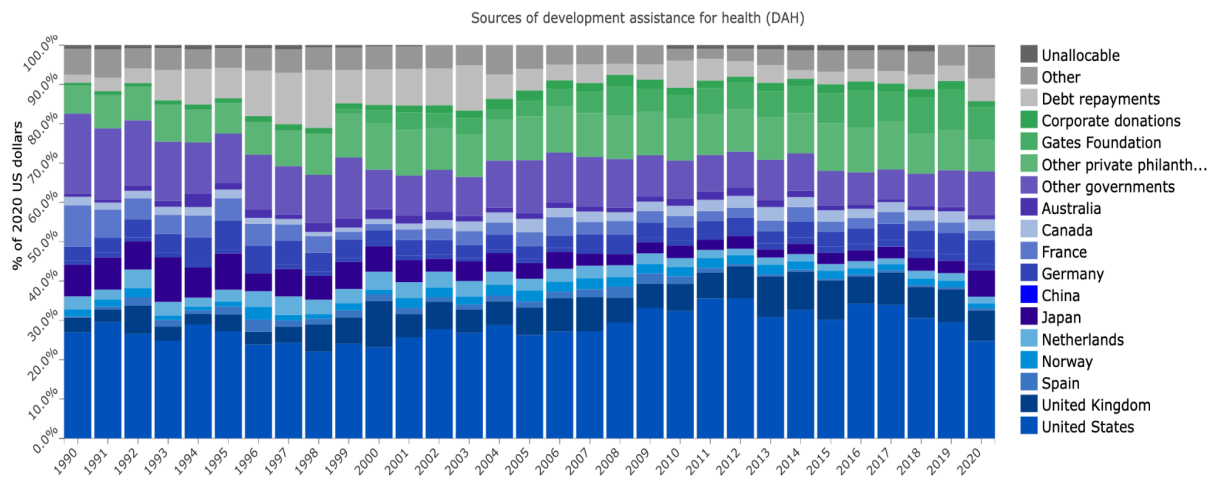
Στην αναπτυξιακή βοήθεια συμμετέχουν και άλλοι δρώντες του διεθνούς συστήματος, όπως κυβερνήσεις, διεθνείς οργανισμοί κ.α.. Σύμφωνα με τους Dieleman et al. (2019), οι οποίοι χρησιμοποίησαν τα έως τότε διαθέσιμα δεδομένα της βάσης του IHME, οι κυβερνήσεις των ΗΠΑ (33,8%) και του Ηνωμένου Βασιλείου (8,4%), καθώς και το Ίδρυμα Bill & Melinda Gates Foundation (8,3%) ήταν οι κύριες πηγές χρηματοδότησης της DAH για το έτος 2018<sup>19</sup>. Οι κυβερνήσεις και οι ΜΚΟ μπορούν να ενισχύσουν από κοινού τα υφιστάμενα συστήματα υγείας, μέσω ισχυρών θεσμοθετημένων σχέσεων συνεργασίας. Στις περιπτώσεις όπου είναι ελλιπής ο κεντρικός σχεδιασμός, οι ΜΚΟ και οι Εθνικές Υπηρεσίες Υγείας εργάζονται από κοινού για την επίτευξη των ίδιων στόχων, με τις ΜΚΟ να έχουν πρωταγωνιστικό ρόλο στο να παρέχουν βοήθειά και να μοιράζονται τις δεξιότητές τους για να βοηθήσουν στην ανάπτυξη της υφιστάμενης κατάστασης υγείας (Connolly, n.d.). Η επίσημη αναπτυξιακή βοήθεια (ODA) προς τον τομέα της υγείας αποτελεί το μεγαλύτερο συστατικό στοιχείο της DAH. Η DAH περιλαμβάνει δάνεια, τα οποία μπορεί να παρέχονται από την Παγκόσμια Τράπεζα, περιφερειακές αναπτυξιακές τράπεζες σε αναδυόμενα κράτη, και κεφάλαια από ιδιωτικές ενώσεις, καθώς και Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, και τα οποία κατευθύνονται στις αναπτυσσόμενες χώρες.

---

<sup>19</sup> Τα ποσά που αναφέρονται στις σχετικές μελέτες δύναται να έχουν μικρή απόκλιση από τα συγκεντρωτικά στοιχεία τα οποία δημοσιεύονται από την έγκριτη βάση δεδομένων του IHME (όπως έχουν ενημερωθεί το 2022), η οποία αποτελεί και τη βασική πηγή δεδομένων για τις περισσότερες μελέτες του κλάδου.

---

### Γράφημα 5.6. Πηγές προέλευσης της DAH, 1990 - 2020



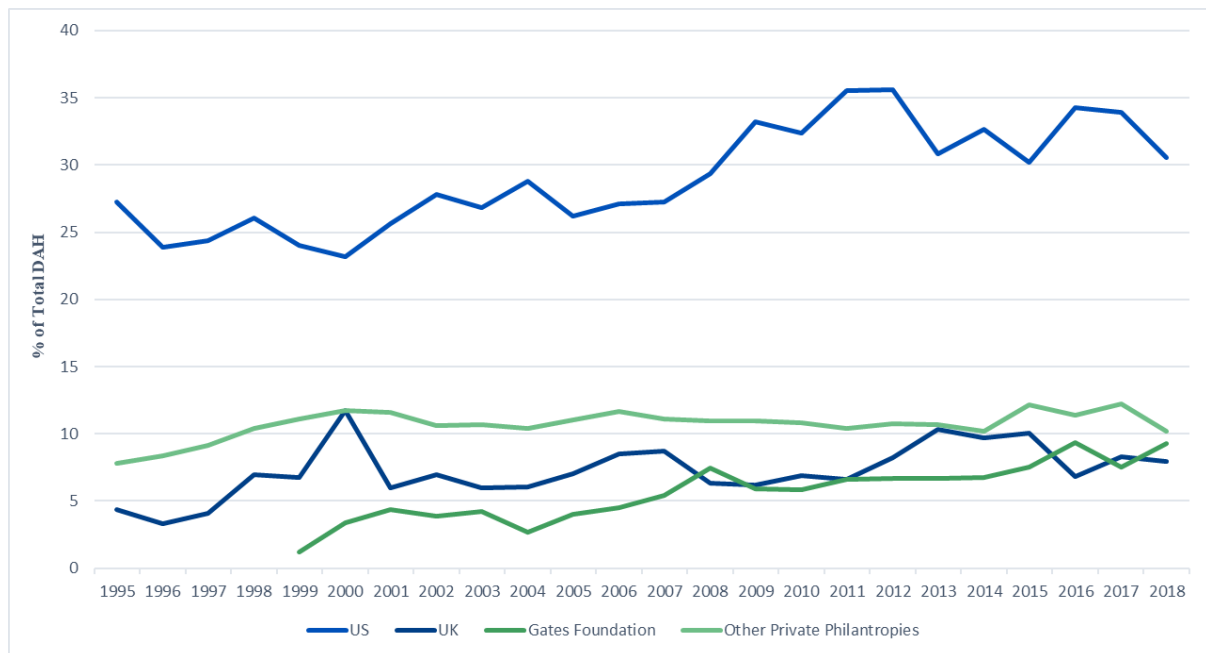
Πηγή: Institute for Health Metrics and Evaluation (2021)

Λαμβάνοντας υπόψη τα επικαιροποιημένα στοιχεία της DAH, από το 1990 έως το 2020, οι βασικές πηγές χρηματοδότησης μπορούν να διακριθούν σε 2 μεγάλες κατηγορίες, οι οποίες είναι οι παρακάτω:

- Κυβερνήσεις, με κυριότερους δρώντες τις ΗΠΑ (24,73% της συνολικής DAH), το Ηνωμένο Βασίλειο (7,8%), την Ιαπωνία (6,7%) και τη Γερμανία (6,15%), ενώ ακολουθούν οι κυβερνήσεις της Ισπανίας, της Νορβηγίας, της Ολλανδίας, της Κίνας, της Γαλλίας, του Καναδά, της Αυστραλίας. Επίσης, 11,06% της συνολικής DAH προέρχεται από άλλες κυβερνήσεις.
- Φιλανθρωπικά Ιδρύματα (16,34%), με κυριότερο το Gates Foundation (8,36%).

Πέραν αυτών, στις πηγές χρηματοδότησης συγκαταλέγονται οι εταιρικές δωρεές (1,55%), καθώς επίσης, επανεπενδύσεις στην DAH από τις αποπληρωμές χρεών σε διεθνή χρηματοπιστωτικά ιδρύματα (5,73%).

**Γράφημα 5.7.** Η εξέλιξη της χρηματοδότησης της DAIH από τους 4 μεγαλύτερους χρηματοδότες (βάσει στοιχείων 2018, ως % της συνολικής DAIH)

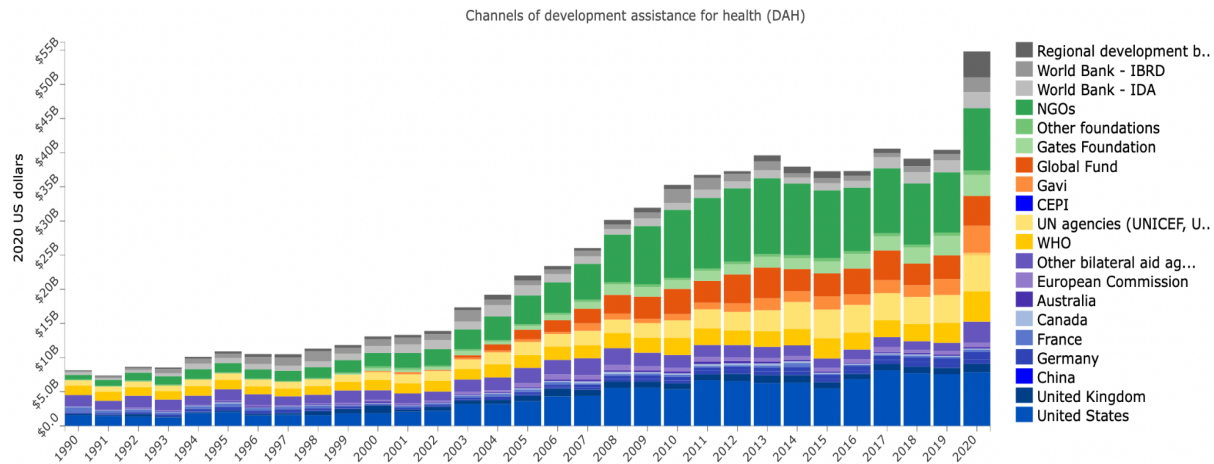


Πηγή: Institute for Health Metrics and Evaluation (2021) (επεξεργασμένο από τον συγγραφέα της παρούσας διατριβής)

Οι παραδοσιακοί φορείς της παγκόσμιας υγείας, τα εθνικά Υπουργεία Υγείας (ΥΥ) και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), συνεργάζονται με τη διεθνή κοινότητα, τις ΜΚΟ, τις ιδιωτικές εταιρείες, τους ιδιώτες δωρητές και τις συμπράξεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ) που διαμορφώνουν τους φορείς του πολυμερούς συστήματος (Szlezak et al., 2010). Σημαντικές τέτοιες πρωτοβουλίες είναι εκτός των άλλων: η Σύμπραξη του ΠΟΥ για την ανάσχεση της ελονοσίας (Roll Back Malaria Partnership - RBM), το Stop TB (Tuberculosis), η Παγκόσμια Συμμαχία για τα εμβόλια και την ανοσοποίηση (Global Alliance for Vaccines and Immunization - GAVI) και το Παγκόσμιο Ταμείο για την καταπολέμηση του AIDS, της φυματίωσης και της ελονοσίας (Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria - GFATM). Οι κυβερνήσεις παρέχουν δημόσια αναπτυξιακή βοήθεια μέσω δύο κύριων οδών: μέσω της άμεσης διμερούς βοήθειας ή μέσω των πολυμερών οργανισμών (WHO, 2002). Οι δρώντες διάχυσης των χρηματοροών που δίνονται από τους δωρητές - χρηματοδότες, αποτελούν τα επίσημα κανάλια διανομής των χρημάτων προς τους τελικούς χρήστες για τις επεμβάσεις της αναπτυξιακής βοήθειας για την υγεία. Ο επαναπροσδιορισμός του υφιστάμενου συστήματος Αναπτυξιακής Βοήθειας για την Υγεία, έχει πληγεί από την οικονομική κρίση και την επακόλουθη στασιμότητα χρηματοροών, από τις παραδοσιακές

χώρες - χορηγούς (Moon and Omole, 2013), με τις διεθνείς ΜΚΟ και τα ιδρύματα να αναλαμβάνουν, από το 2000 και ύστερα, ένα σημαντικό ποσοστό της χρηματοδότησης.<sup>20</sup>

### Γράφημα 5.8. Κανάλια χρηματοδότησης της DAH, 1990 - 2020



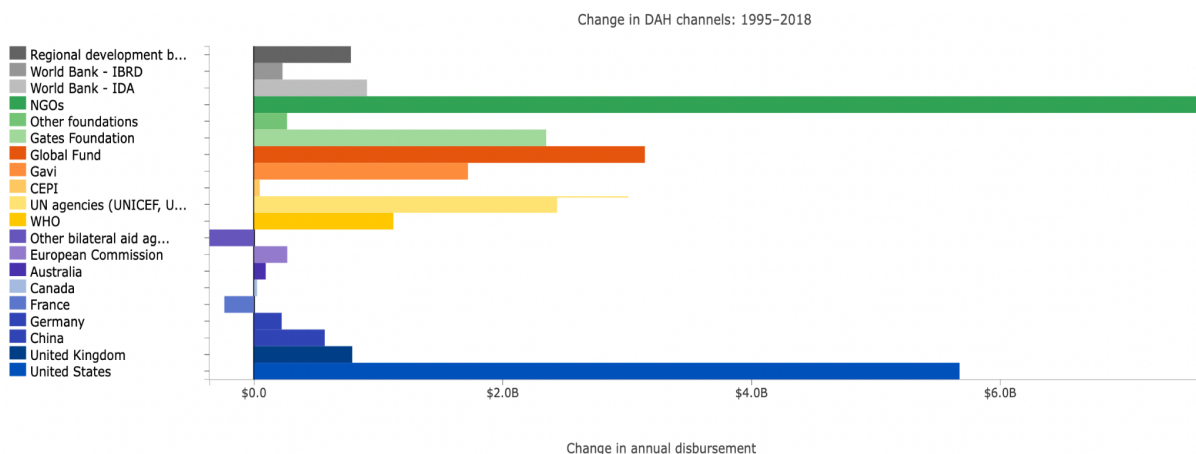
Πηγή: Institute for Health Metrics and Evaluation (2021)

Όπως αποτυπώνεται και στο Γράφημα 5.8, οι ΜΚΟ έχουν αναδειχθεί στο μεγαλύτερο κανάλι διάχυσης των πόρων της DAH από τα μέσα της δεκαετίας του 2000 (ενδεικτικά, το 2018 κατεύθυναν 9 δισ. δολάρια προς παρεμβάσεις στην υγεία, το οποίο αντιστοιχούσε στο 22,96% της συνολικής DAH). Στην δεύτερη θέση, βρίσκονται διαχρονικά με σταθερό ποσοστό οι ΗΠΑ, διαχέοντας 7,7 δισ. δολάρια το 2018 (19,69% της συνολικής DAH). Στα κανάλια συγκαταλέγονται, οι ειδικευμένοι Οργανισμοί των Ηνωμένων Εθνών (UNICEF, UNFPA, UNAIDS, PAHO, UNITAID), ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, το Global Fund, Παγκόσμια Συμμαχία για τα Εμβόλια και την Ανοσοποίηση (GAVI), οι Περιφερειακές Αναπτυξιακές Τράπεζες, το Gates Foundation, η Παγκόσμια Τράπεζα και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, ενώ στα μικρότερα κανάλια διανομής συγκαταλέγονται κυβερνήσεις κρατών, ιδρύματα και διμερής συνεργασίες.

<sup>20</sup> Τμήμα της ενότητας “Η Αναπτυξιακή Βοήθεια για την Υγεία στις χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής, για τις νόσους HIV, Ελονοσία και Φυματίωση (1995-2018)” του 4ου κεφαλαίου της διατριβής έχει παραχθεί από την δημοσιευμένη έρευνα “Sidiropoulos, S., Valachea, S., Kanakaki, M. E., Emmanouil-Kalos, A., Tsimogiannis, G. & Vozikis, A. (2022). Development Assistance for Health and the Role of NGOs in the Africa Region: the Case of the Central African Republic. *Journal of Regional Socio-Economic Issues*, 12(1), 44-58.”, η οποία συνιστά μία από τις υποχρεώσεις εκπόνησης της διδακτορικής διατριβής στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς σύμφωνα με τον Κανονισμό Εκπόνησης Διδακτορικής Διατριβής και συγκεκριμένα το άρθρο 9, παρ. 2.

Το Γράφημα 5.9. αποτυπώνει την μεταβολή στον όγκο της χρηματοδότησης, που διαχειρίζονται τα κανάλια διάχυσης, από το 1995 έως το 2018. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, οι ΜΚΟ έχουν αναδειχθεί στο κύριο κανάλι διανομής, διαχειρίζοντας το 2018 7,6 δισ. δολάρια περισσότερα απ’ ότι το 1995 (αύξηση 555,93%). Ιδιαίτερα σημαντική αύξηση, της τάξης του 278,96% (5 δισ. δολάρια) παρουσιάζουν και οι ΗΠΑ, οι οποίες όμως διαχειρίζονται σε μεγάλο βαθμό την διάχυση των χρημάτων που οι ίδιες προσφέρουν στο πλαίσιο της DAH, καθιστώντας αυτή την αύξηση αναμενόμενη και ανάλογη της αύξησης στην χρηματοδότηση της DAH. Παρατηρείται, επίσης, σημαντική αύξηση στους πόρους που διαχέουν στους εξειδικευμένους φορείς του ΟΗΕ (3 δισ. δολάρια - 319,64%) και στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1,1 δισ. δολάρια - 81,2%). Τέλος, το Global Fund, το Gates Foundation και το GAVI δεν ανήκουν στα κανάλια χρηματοδότησης της DAH από το 1995 έως το 1998, όμως έχουν αναδειχθεί σε σημαντικούς δρώντες σήμερα. Χαρακτηριστικά, το 2018 διαχειρίστηκαν την διάχυση 3,1 δισ., 2,3 δισ. και 1,7 δισ. δολάρια αντίστοιχα.

**Γράφημα 5.9.** Μεταβολή του όγκου διαχείρισης των καναλιών χρηματοδότησης της DAH, 1995 - 2018



Πηγή: Institute for Health Metrics and Evaluation (2021)

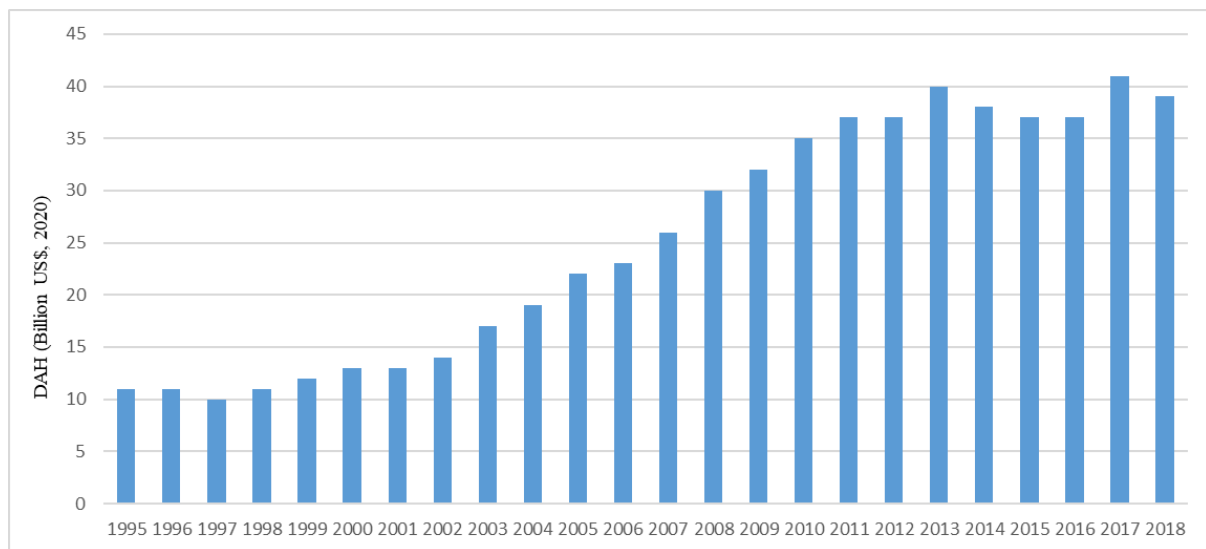
Όπως σημειώνει ο Radelet (2006), μεγάλο ποσοστό της βοήθειας διαχρονικά έχει, κατά κανόνα, παρασχεθεί μέσω συμπράξεων πολλών δρώντων. Οι ενισχυμένες παροχές επιτυγχάνονται κυρίως μέσω μιας “κυκλικής” πορείας της χρηματοροής, κατά την οποία ενοποιούνται οι τμηματικές συνεισφορές από διάφορες πηγές. Η Παγκόσμια Τράπεζα, το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, η Αφρικανική, η Ασιατική και η Διαμερικανική Αναπτυξιακή Τράπεζα και διάφοροι ειδικευμένοι οργανισμοί και προγράμματα των Ηνωμένων Εθνών, όπως το Αναπτυξιακό Πρόγραμμα των Ηνωμένων Εθνών, είναι μεταξύ των σημαντικότερων δρώντων που συμμετέχουν στην ως άνω διαδραστική διαδικασία της DAH.

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι με τους οποίους μπορεί να μετρηθεί η οικονομική ενίσχυση. Ο πρώτος τρόπος μέτρησης ή εκτίμησης της ενίσχυσης είναι σε απόλυτα νούμερα (νομισματικές μονάδες). Ο δεύτερος είναι ως ποσοστό του ΑΕΠ και τέλος ως προς τον πληθυσμό (κατά κεφαλήν). Η αποτύπωση σε απόλυτα ποσά (κατά κύριο λόγο σε δολάρια) είναι σίγουρα ένας σημαντικός δείκτης, ωστόσο, και η DAH που υπολογίζεται ως μέρος του ΑΕΠ καταδεικνύει το μέγεθός της συγκριτικά με το σύνολο της οικονομίας και αποτελεί το ένα ευρέως αναγνωρισμένο μέτρο (Radelet, 2006).

Το 2020, η κυβέρνηση των ΗΠΑ είχε δωρίσει περισσότερα από 7,4 δισεκατομμύρια δολάρια για ανθρωπιστική βοήθεια σε όλο τον κόσμο. Η Γερμανία ήρθε δεύτερη με περίπου 2,1 δισεκατομμύρια δολάρια, ακολουθούμενη από το Ηνωμένο Βασίλειο με 1,3 δισεκατομμύρια δολάρια (Szmigieta, 2021). Εκτός από τις κυβερνήσεις, τα ΝΠΔΔ συμβάλλουν δυναμικά στη διανομή και την εκτέλεση της βοήθειας. Όταν οι χώρες-δέκτες δεν είναι σε θέση να πραγματοποιήσουν τους απαραίτητους μετασχηματισμούς για να ανταποκριθούν στις προσδοκίες των δωρητών τους, τότε οι ΜΚΟ γίνονται εταίροι των χωρών που έχουν ανάγκη και εμπλέκονται στη διαδικασία του μακροοικονομικού διαρθρωτικού μετασχηματισμού (Nair, 2013).

Τα ιδρύματα διαδραματίζουν επίσης κρίσιμο ρόλο στην παγκόσμια υγεία. Το πρώτο φιλανθρωπικό ίδρυμα με ισχυρό αντίκτυπο στη διεθνή βοήθεια ήταν το τμήμα διεθνούς υγείας του ιδρύματος Rockefeller, το οποίο ιδρύθηκε το 1913. Το Ίδρυμα Ροκφέλερ παρείχε τα μεγαλύτερα ποσά οικονομικής βοήθειας μέχρι τη δεκαετία του 1940. Σήμερα, υπάρχουν πολυάριθμα ιδρύματα που ασχολούνται με θέματα παγκόσμιας υγείας, όπως τα ιδρύματα Bill & Melinda Gates, Clinton και Bloomberg (Rushton & Williams, 2011). Το Bill & Melinda Gates έχει δημιουργήσει τρεις σημαντικές πρωτοβουλίες. Η πρώτη είναι ένα αμερικανικό πρόγραμμα που στοχεύει στη δευτεροβάθμια και μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση. Η δεύτερη πρωτοβουλία αφορά σε ένα διεθνές αναπτυξιακό πρόγραμμα που στοχεύει στην εξάλειψη της πείνας και της φτώχειας, ενώ η τρίτη κατά σειρά αφορά μια παγκόσμια πρωτοβουλία για την υγεία (Bill & Melinda Gates Foundation, 2007).

Το Institute for Health Metrics and Evaluation (n.d.) κατηγοριοποιεί τις αλλαγές στη χρηματοδότηση σε διακριτές φάσεις. Από το 1990-2001, η χρηματοδότηση της παγκόσμιας υγείας διήλθε μια φάση "μέτριας ανάπτυξης". Από το 2001-2010, η DAH αυξήθηκε με μέσο ετήσιο ρυθμό 11,2%.

**Γράφημα 5.10.** Η εξέλιξη της DAH την περίοδο 1995 - 2018

Πηγή: Institute for Health Metrics and Evaluation (2021) (επεξεργασμένο από τον συγγραφέα της παρούσας διατριβής)

Από το 2010 η χρηματοδότηση των κρατών-δοτών χαρακτηρίζεται ως περίοδος "μηδενικής ανάπτυξης", όπου η χρηματοδότηση της DAH ήταν σχετικά στάσιμη. Όταν παρατηρήθηκε μείωση της χρηματοδότησης, όπως στο Παγκόσμιο Ταμείο για την καταπολέμηση του AIDS, της φυματίωσης και της ελονοσίας, το οποίο ανέφερε μείωση της χρηματοδότησης από 8,7 δισ. δολάρια το 2009, σε 7,6 δισ. δολάρια το 2010, το Παγκόσμιο Ταμείο αναδιαρθρώθηκε, αναβαθμίζοντας τη διαδικασία διαχείρισης των επιχορηγήσεων και προσλαμβάνοντας νέα ηγεσία (Bernescut et al., 2011).

Το 1990, το 90% του συνόλου της DAH προήλθε μέσω διμερών διαύλων, οργανισμών του ΟΗΕ και περιφερειακών αναπτυξιακών τραπεζών. Τα ιδιωτικά ιδρύματα και οι ΜΚΟ δεν έπαιζαν σημαντικό ρόλο. Τα επόμενα χρόνια, καθώς το ποσό των χρημάτων που προορίζονταν για την DAH αυξανόταν ραγδαία, όλο και περισσότεροι τύποι φορέων συμμετείχαν στην παροχή της βοήθειας αυτής, με κύρια αύξηση συμμετοχής των ιδιωτικών ιδρυμάτων, των ΜΚΟ και των συμπράξεων δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Σημαντικό μέρος αυτής της αύξησης προέρχεται από τη συμμετοχή του Gates Foundation, που είναι ο πιο ισχυρός φιλανθρωπικός οργανισμός παγκοσμίως (Γράφημα 5.8.). Παρέχει δωρεές μέσω του Προγράμματος Παγκόσμιας Υγείας και με πρόσθετη χρηματοδότηση για θέματα που σχετίζονται με την παγκόσμια υγεία μέσω του Προγράμματος Παγκόσμιας Ανάπτυξης. Τα στοιχεία του IHME δείχνουν ότι οι ΜΚΟ και άλλα ιδιωτικά ιδρύματα με έδρα τις ΗΠΑ παρέχουν σημαντική χρηματοδότηση για την παγκόσμια υγεία. Κατά την περίοδο αναφοράς



της παρούσας μελέτης, 1995 - 2018, παρατηρείται ποσοστιαία μεταβολή κατά 258,69%, ή αλλιώς 28 δις. δολάρια (σε σταθερές τιμές 2020), όπως παρουσιάζεται και στο Γράφημα 5.10.

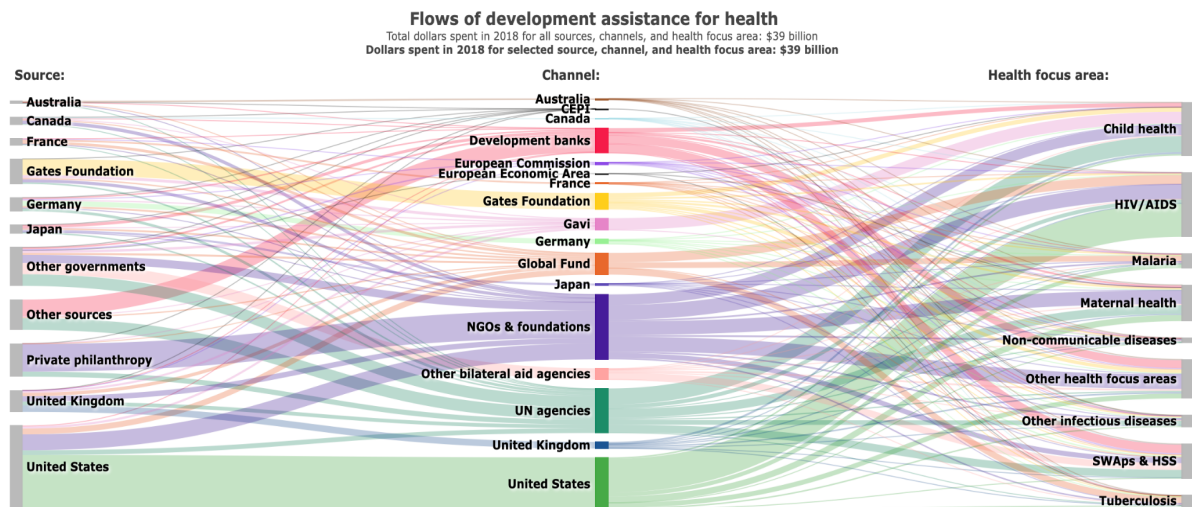
## 5.2. DAH για την Αντιμετώπιση Μεταδιδόμενων Ασθενειών

Όπως έχει αναφερθεί στο κεφάλαιο 2, η διαχείριση κρίσεων στην υγεία σχετίζεται άμεσα με την αντιμετώπιση μεταδιδόμενων ασθενειών. Όπως είναι αναμενόμενο, η DAH κατευθύνεται κυρίως στην αντιμετώπιση μεταδιδόμενων ασθενειών (σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, μεταδιδόμενα νοσήματα του ανώτερου αναπνευστικού, κ.α.). Συνολικά, ο HIV, η Φυματίωση και η Ελονοσία απορρόφησαν το 2018 σχεδόν το ένα τέταρτο της βοήθειας, ενώ μαζί με άλλες λοιμώδεις νόσους ξεπερνούν το 50% της συνολικής βοήθειας. Σαφώς, δεν πρέπει να παραβλέπεται το γεγονός ότι ένα μεγάλο ποσοστό της DAH κατευθύνεται πάντα για τις ανάγκες της υγείας των παιδιών και των μητέρων. Στον αντίποδα, οι μη μεταδιδόμενες ασθένειες έλαβαν μόλις το 1,62% της χρηματοδότησης. Παρά την χαμηλή χρηματοδότηση μέσω DAH, όπως σημειώνουν οι Ruby et al. (2015), η πρόκληση των μη μεταδιδόμενων ασθενειών ολοένα και αυξάνει και στις χώρες χαμηλού εισοδήματος (στις ανεπτυγμένες χώρες νόσοι - αιτίες θανάτου, όπως ισχαιμικά επεισόδια, καρδιαγγειακές παθήσεις, νεοπλασματικές ασθένειες, κ.α. αποτελούν μάστιγα για τους πληθυσμούς τους, με τις κύριες αιτίες να αποδίδονται στις διατροφικές συνήθειες, το άγχος και εν γένει τα lifestyle factors<sup>21</sup>). Ειδικά στην Υποσαχάρια Αφρική, υπολογίζεται ότι οι μη μεταδιδόμενες ασθένειες θα είναι η πρώτη αιτία θανάτου μέχρι το 2030 (Holmes et al., 2010).

Επιπλέον, όπως παρατηρούμε στην Εικόνα 5.1., τα μεγαλύτερα κανάλια διάχυσης της DAH το 2018 ήταν οι ΜΚΟ και τα Ιδρύματα (24% της συνολικής βοήθειας), οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (σχεδόν 20% της βοήθειας) και τα προγράμματα του ΟΗΕ (16,5% της βοήθειας), με τις αναπτυξιακές τράπεζες και το Παγκόσμιο Ταμείο να ακολουθούν.

---

<sup>21</sup> Τη μακρά περίοδο της κρίσης στην Ελλάδα άλλαξαν οι διατροφικές συνήθειες των νέων και των ενηλίκων, οι οποίοι στράφηκαν σε κατώτερης ποιότητας τροφές. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να αλλάξει και το επιδημιολογικό προφίλ της χώρας με αύξηση των ποσοστών διαβητικών και ασθενών με καρδιοπάθειες (Kyriazis et al., 2018). Είναι αποδεδειγμένο από τη διεθνή βιβλιογραφία ότι ο τρόπος ζωής έχει επιπτώσεις στη υγεία του ανθρώπου, πόσο δε μάλλον των νέων οργανισμών, όταν αυτοί υπόκεινται σε καταχρήσεις και ανθυγιεινές συνήθειες (Efthymiou et al., 2020). Σαφώς, οι μη μεταδιδόμενες νόσοι δεν απειλούν με τον ίδιο τρόπο τον γενικό πληθυσμό, αφού ως αίτια εμφάνισής τους εντοπίζονται κυρίως περιβαλλοντικοί λόγοι και συνθήκες διαβίωσης, αλλά αποτελούν την αιτία θανάτου όλο και μεγαλύτερου πληθυσμού στον πλανήτη.

**Εικόνα 5.1.** Χρηματοδοτικές ροές της DAH ανά ασθένεια (2018)

Πηγή: Institute for Health Metrics and Evaluation (2021)

Εστιάζοντας στις μεταδιδόμενες ασθένειες, οι οποίες αποτελούν - όπως αναφέρθηκε και παραπάνω - την βασική στόχευση της DAH, και συγκεκριμένα στο HIV, στη Φυματίωση και στην Ελονοσία, οι οποίες αποτελούν αντικείμενο μελέτης της παρούσας διατριβής, γίνεται φανερό πως ένα μεγάλο ποσοστό της βοήθειας κατευθύνεται στις επεμβάσεις αντιμετώπισης - θεραπείας της νόσου. Πιο συγκεκριμένα, οι χρηματοροές με στόχο τη θεραπεία για τον HIV αποτελούν το 33,3% της συνολικής χρηματοδότησης αντιμετώπισης της νόσου, ενώ αντίστοιχα στην ελονοσία το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 17,1% και στην φυματίωση 13,5%.

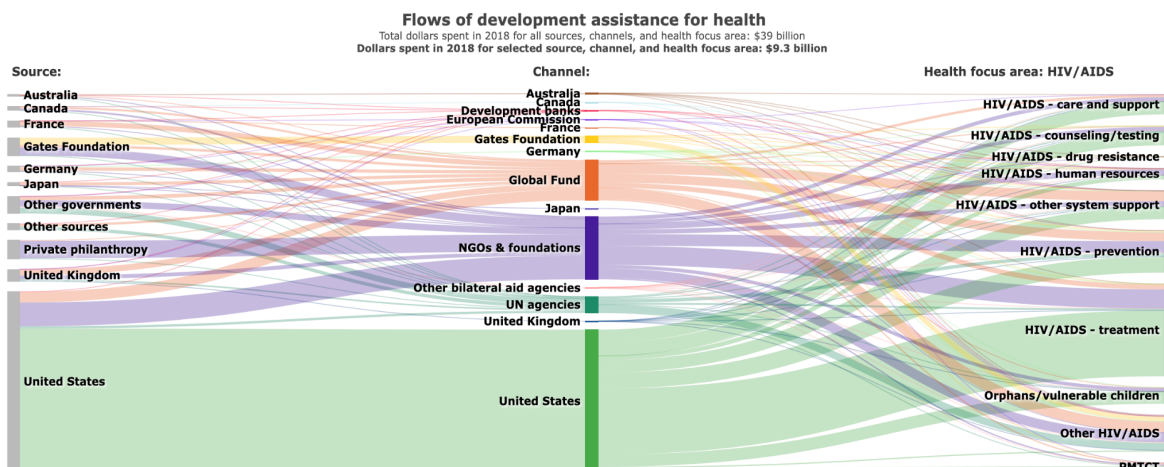
Όσον αφορά τον HIV, το 2018 οι κύριες χρηματοροές είχαν την εξής προτεραιοποίηση (Εικόνα 5.2.):<sup>22</sup>

- 3,1 δισ. δολάρια για την θεραπεία των λοιμώξεων,
- 1,4 δισ. δολάρια για την πρόληψη της νόσου,
- 960 εκ. δολάρια για την ενδυνάμωση του συστήματος υγείας,
- 670 εκ. δολάρια για φροντίδα και υποστήριξη,
- 670 εκ. δολάρια για διαγνωστικά τεστ και συμβουλευτική,
- 550 εκ. δολάρια προς ορφανά/ευάλωτα τέκνα,
- 390 εκ. δολάρια για την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού,
- 280 εκ. δολάρια για την πρόληψη μετάδοσης της ασθένειας από τη μητέρα στο παιδί,

<sup>22</sup> το ποσό το οποίο δεν κατηγοριοποιήθηκε ήταν 1,2 δισ. δολάρια.

- 7,1 εκ. δολάρια για δράσεις κατά της ανθεκτικότητας του ιού στα φάρμακα.

**Εικόνα 5.2.** Χρηματοδοτικές ροές της DAH για την αντιμετώπιση του AIDS/HIV (2018)

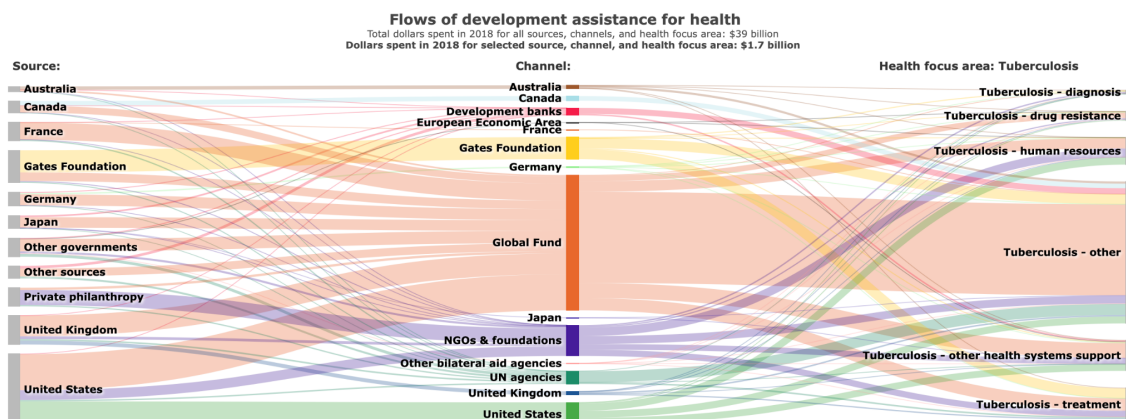


Πηγή: Institute for Health Metrics and Evaluation (2021)

Όσον αφορά την Φυματίωση, το 2018, όπου οι συνολική DAH ήταν 1,7 δισ. δολάρια, οι κύριες χρηματοροές είχαν την εξής προτεραιοποίηση (Εικόνα 5.3.):<sup>23</sup>

- 230 εκ. δολάρια για την θεραπεία των λοιμώξεων.
- 210 εκ. δολάρια για την ενδυνάμωση του συστήματος υγείας,
- 180 εκ. δολάρια για την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού,
- 65 εκ. δολάρια για δράσεις κατά της ανθεκτικότητας του ιού στα φάρμακα
- 28 εκ. δολάρια για την διάγνωση,

**Εικόνα 5.3.** Οι Χρηματοδοτικές Ροές της DAH για την αντιμετώπιση της Φυματίωσης, 2018



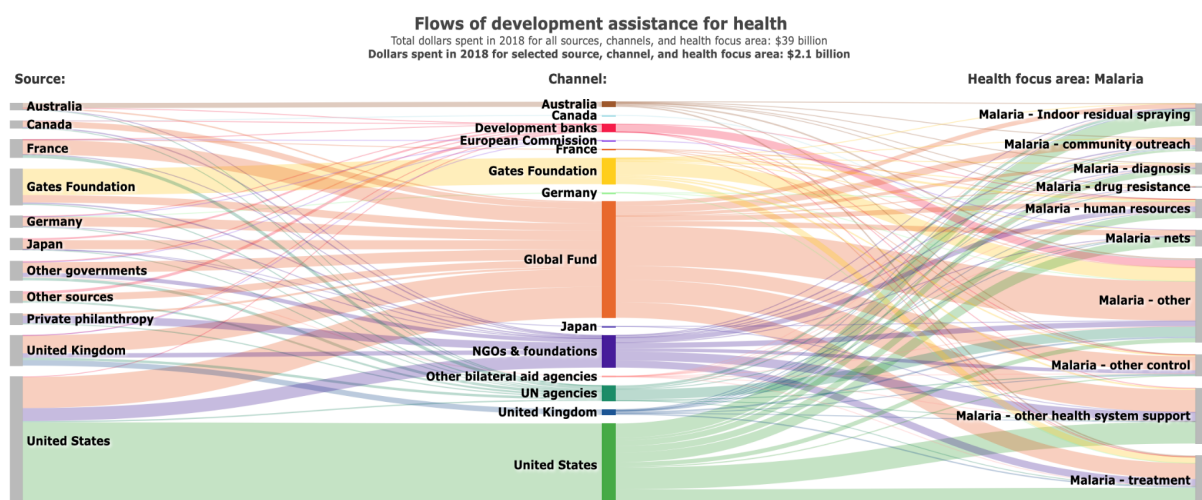
Πηγή: Institute for Health Metrics and Evaluation (2021)

<sup>23</sup> το ποσό το οποίο δεν κατηγοριοποιήθηκε ήταν 960 εκ. δολάρια.

Όσον αφορά την Ελονοσία, το 2018 οι κύριες χρηματοροές είχαν την εξής προτεραιοποίηση (Εικόνα 5.4.):<sup>24</sup>

- 400 εκ. δολάρια για την ενδυνάμωση του συστήματος υγείας,
- 360 εκ. δολάρια για την θεραπεία των λοιμώξεων,
- 160 εκ. δολάρια για διάφορες μεθόδους ελέγχου της ασθένειας.
- 160 εκ. δολάρια για τον υπολειμματικό ψεκασμό εσωτερικών χώρων (Indoor Residual Spraying - IRS),
- 140 εκ. δολάρια για την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού,
- 120 εκ. δολάρια για κουνουπιέρες για την προστασία μετάδοσης
- 96 εκ. δολάρια για την προσέγγιση της κοινότητας (ευαισθητοποίηση),
- 81 εκ. δολάρια για την διάγνωση,
- 6,4 εκ. δολάρια για δράσεις κατά της ανθεκτικότητας του ιού στα φάρμακα.

**Εικόνα 5.4.** Χρηματοδοτικές ροές της DAH για την αντιμετώπιση της Ελονοσίας, 2018



Πηγή: Institute for Health Metrics and Evaluation (2021)

### 5.3. Η Αφρική ως αποδέκτης Αναπτυξιακής Βοήθειας.

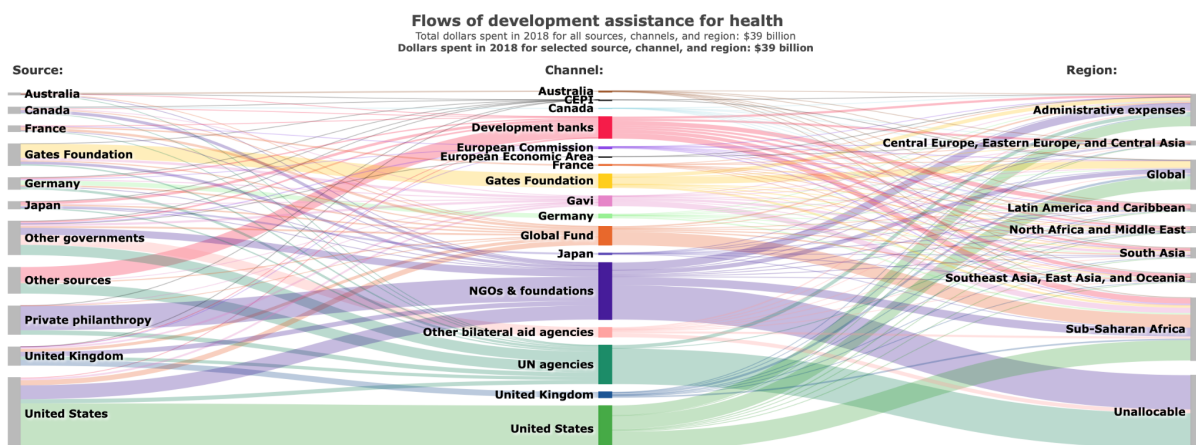
Η Αναπτυξιακή Βοήθεια για την Υγεία στο μεγαλύτερο τμήμα της περιόδου που μελετάμε είχε ως μεγαλύτερο αποδέκτη την Αφρικανική Ήπειρο<sup>25</sup>. Από το 1999 και ύστερα η διαφορά, σε σχέση με τις υπόλοιπες περιοχές - παραλήπτες χρηματοδοτικής βοήθειας, είναι σαφής και σταδιακά αυξανόμενη. Χαρακτηριστικά, το τελευταίο έτος της χρονικής περιόδου που

<sup>24</sup> το ποσό το οποίο δεν κατηγοριοποιήθηκε ήταν 600 εκ. δολάρια.

<sup>25</sup> Με εξαίρεση τις χρονιές 1997 & 1998 όπου η περιοχή της Λατινικής Αμερικής και Καραϊβικής έλαβε μεγαλύτερα ποσά DAH.

μελετάμε (2018) τα ποσά αντανakλούν τις στρατηγικές εξασφάλισης της παγκόσμιας υγείας και την ανάγκη αντιμετώπισης κρίσεων και ανισοτήτων. Όπως παρατηρούμε στην Εικόνα 5.5., η Υποσαχάρια Αφρική έλαβε 10 δισ. δολάρια (26,51% της συνολικής βοήθειας) σχεδόν έξι φορές μεγαλύτερη χρηματοδότηση από αυτή που έλαβε η Νότια Ασία (επόμενη στην παγκόσμια κατάταξη παραληπτών περιοχών - 1,7 δισ. δολάρια, το οποίο αντιστοιχεί στο 4,47% της συνολικής βοήθειας).

**Εικόνα 5.5.** Χρηματοδοτικές ροές της DAH ανά γεωγραφική περιφέρεια, 2018

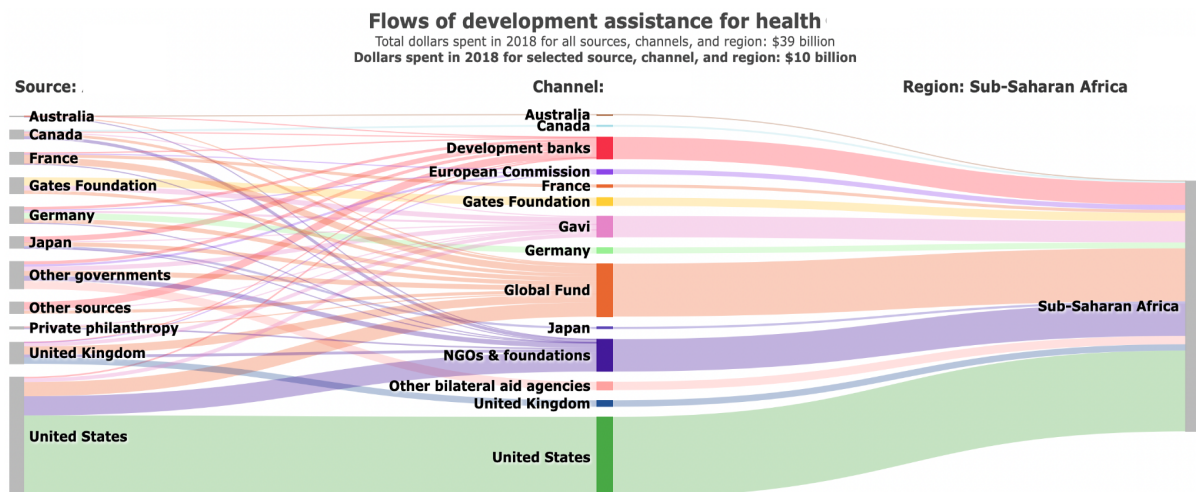


Πηγή: Institute for Health Metrics and Evaluation (2021)

Η Αφρική είναι η περιοχή εκείνη με τις δυσμενέστερες συνθήκες όσον αφορά σε ασθένειες που οδηγούν σε νοσηρότητα ή/και θνησιμότητα. Αυτό καθιστά την Μητέρα Ήπειρο, την περιοχή με το χαμηλότερο προσδόκιμο υγιούς ζωής (στα 52,3 έτη), 16,4 έτη λιγότερο από την περιοχή του Δυτικού Ειρηνικού (WHO, 2018). Το Παγκόσμιο Σχέδιο Δράσης (Global Action Plan) 2013-2020 προσδιορίζει τέσσερις παθήσεις ως προτεραιότητα (χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις, καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνος και διαβήτης), μέσω της αντιμετώπισης των παραγόντων κινδύνου που συνδέονται κυρίως με αυτές (κατάχρηση αλκοόλ, ανεπαρκής σωματική δραστηριότητα, ανθυγιεινή διατροφή και χρήση καπνού) (WHO, 2013). Η στρατηγική πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης εφαρμόστηκε περιορισμένα τη δεκαετία του 1980, λόγω της οικονομικής ύφεσης, της συρρίκνωσης του κοινωνικού κράτους, της μειωμένης παρουσίας της κρατικής παρέμβασης και των νέων επιδημιών. Για τους παραπάνω λόγους, η στρατηγική πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης αντικαταστάθηκε από την επιλεκτική πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η οποία επικεντρώθηκε σε αποδοτικές και αποτελεσματικές παρεμβάσεις. Η Διακήρυξη της Alma Ata (WHO, 1978) καθιέρωσε την έννοια της διεθνούς ευθύνης για την υγεία, σύμφωνα με την οποία οι πλούσιες χώρες θα πρέπει να βοηθήσουν τα φτωχότερα κράτη να επιτύχουν τους στόχους για την υγεία. Η Πρωτοβουλία

Bamako (Bamako Initiative) το 1987 είχε ως στόχο να αντιμετωπίσει το πρόβλημα της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας που παρουσιάστηκε τη δεκαετία του 1980 σε πολλές χώρες, ιδίως στην Υποσαχάρια Αφρική, αυξάνοντας τη διαθεσιμότητα των πόρων, παρέχοντας κεφάλαια εκκίνησης για κοινοτικά χρηματοδοτικά σχήματα, όπως τα ανακυκλούμενα ταμεία φαρμάκων (Anaemene, 2017).<sup>26</sup>

**Εικόνα 5.6.** Πηγές και κανάλια διάχυσης της DAH στην Υποσαχάρια Αφρική, 2018



Πηγή: Institute for Health Metrics and Evaluation (2021)

Αντιπαραβάλλοντας το Εικόνα 5.5. με την Εικόνα 5.6., γίνεται αντιληπτό ότι στην περίπτωση της DAH για την Υποσαχάρια Αφρική οι κύριοι δρώντες - είτε χρηματοδότες, είτε κανάλια διάχυσης χρηματοροών - είναι ολιγάριθμοι και συγκεντρώνουν τα μεγαλύτερα ποσοστά αντιστοίχως στις 2 κατηγορίες. Χαρακτηριστική είναι η συμβολή των ΗΠΑ και στις 2 κατηγορίες, καθώς είναι αφενός ο μεγαλύτερος χρηματοδότης της DAH, αφετέρου το 66% αυτής της χρηματοδότησης το διαχέει η ίδια κυβέρνηση, καθιστώντας έτσι τον εαυτό της και το μεγαλύτερο κανάλι διάχυσης. Δεν προξενεί εντύπωση ότι το δεύτερο μεγαλύτερο κανάλι διάχυσης είναι το Global Fund, του οποίου ο στόχος είναι η αντιμετώπιση του HIV, της Ελονοσίας και της Φυματίωσης, ασθένειες οι οποίες μαστίζουν τις χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής, και τίθενται σε πρώτη προτεραιότητα από την παγκόσμια κοινότητα.

Η ανάπτυξη στην Αφρική επηρεάζεται από την τριπλή επιβάρυνση (μεταδοτικά νοσήματα, μη μεταδοτικά νοσήματα, και τραυματισμοί). Η Υποσαχάρια Αφρική πέτυχε τον αναπτυξιακό

<sup>26</sup> Τα ανακυκλούμενα ταμεία φαρμάκων (revolving drug funds) είναι ένα σύστημα όπου “τα φάρμακα πωλούνται στην τιμή κόστους - ή, πιο ρεαλιστικά, στην τιμή κόστους συν ένα περιθώριο κέρδους - και τα έσοδα χρησιμοποιούνται για την αναπλήρωση των φαρμακευτικών αποθεμάτων” (Waddington & Panza, 1991, 50).

στόχο της χιλιετίας (MDGs) όσον αφορά τον HIV το 2015, καθώς αυξήθηκε η πρόσβαση στη θεραπεία του HIV (Prendergast, 2015), με αποτέλεσμα να μειωθούν οι λοιμώξεις. Η ελονοσία μειώθηκε από το 26% στο παιδικό πληθυσμό το 2000 στο 14% το 2013 και, στο γενικό πληθυσμό, κατά 42% μεταξύ των ετών 2000 με 2015. Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας κατά της φυματίωσης σημείωσε ποσοστό 86% το 2013. Παρόλα αυτά, τα υψηλά ποσοστά πείνας, υποσιτισμού, η απουσία εύκολης πρόσβασης σε πόσιμο νερό και οι κακές συνθήκες διαβίωσης αποκαλύπτουν τα κοινωνικοοικονομικά εμπόδια, τη χρόνια φτώχεια, την ανεπαρκή ύδρευση και αποχέτευση (WASH) και την πρόσβαση σε ασφαλή τρόφιμα.

Η εξωτερική βοήθεια είναι υψηλή και το σύστημα κοινωνικής προστασίας καθώς και η ασφάλιση υγείας αντιστρόφως ανάλογα με τον πληθυσμό. Οι βασικές επενδυτικές στρατηγικές δεν εφαρμόζονται. Επίσης, οι επενδύσεις κατευθύνονται προς τις αστικές υποδομές δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας υγείας αντί για την πρωτοβάθμια περίθαλψη και προς τη θεραπευτική περίθαλψη αντί για την πρόληψη. Επιπλέον, οι ιατρικές προμήθειες είναι περιορισμένες. Η αδιαφάνεια, η έλλειψη λογοδοσίας και η ανεπαρκής συμμετοχή των ενδιαφερόμενων φορέων συμβάλλουν στην αναποτελεσματικότητα του τομέα της υγείας. Επίσης, δεν ενθαρρύνεται η συμμετοχή του καινοτόμου ιδιωτικού τομέα για τη συγχρηματοδότηση των παρεμβάσεων. Ελλείπει επαρκούς χρηματοδότησης, το οικονομικό βάρος της περίθαλψης πέφτει στους ασθενείς και τις οικογένειες, γεγονός που σε ένα περιβάλλον περιορισμένων πόρων ισοδυναμεί με πρόκληση για ένα μεγάλο τμήμα του πληθυσμού (Kaze et al., 2012).

Ένας άλλος συνήθης λόγος για την υποχρηματοδότηση της Αφρικής είναι οι φυσικές και οι ανθρωπογενείς καταστροφές. Ορισμένα κράτη είναι συνεχή πεδία μάχης και ως εκ τούτου, οι κυβερνήσεις επενδύουν τον προϋπολογισμό τους στον τομέα της ασφάλειας, με αποτέλεσμα να δυσκολεύονται να διατηρήσουν τα επίπεδα χρηματοδότησης στον τομέα της υγείας (Abdallah and Khondlo, 2015). Οι ΜΚΟ βοηθούν στη διατήρησή τους, ιδίως επειδή οι μακροπρόθεσμες στρατηγικές υγείας μπορεί να μην έχουν ακόμη επιτευχθεί. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις, οι κυβερνήσεις των κρατών δεν εμπιστεύονται τα κίνητρα των ΜΚΟ και περιπλέκουν τη διαδικασία χρηματοδότησης. Επίσης, συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού, όπως οι εσωτερικά εκτοπισμένοι (IDP), δεν αποτελούν ελκυστική αγορά για τους ιδιώτες δωρητές (Abdallah and Khondlo, 2015).

Το 2007, η Αφρικανική Ένωση (ΑΕ) ανέπτυξε την πρώτη Στρατηγική για την Υγεία στην Αφρική (AHS) 2007 - 2015, όπου τα κύρια προβλήματα του τομέα της υγείας περιγράφονται

ως αδυναμία των συστημάτων υγείας, πολύ χαμηλή χρηματοδότηση των υπηρεσιών και μη καθολική πρόσβαση. Ένα άλλο ζήτημα ήταν ότι οι παρεμβάσεις στον τομέα της υγείας δεν ανταποκρίνονται πάντα στην κλίμακα του προβλήματος. Η AHS 2016-2030 περιγράφει τη στρατηγική κατεύθυνση στα κράτη μέλη της Αφρικής για τη δημιουργία τομέων υγείας με καλύτερες επιδόσεις. Στην AHS 2016-2030, η ενίσχυση της πολυτομεακής συνεργασίας, των συμπράξεων μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα, η ικανότητα του ΥΥ να διευκολύνει και να παρακολουθεί τις δραστηριότητες των μη κρατικών προμηθευτών και η εξασφάλιση αποτελεσματικής λογοδοσίας για τα αποτελέσματά της αποτελούν κρίσιμους στόχους. Η συνεργασία μεταξύ των κρατών μελών, των περιφερειακών επιτροπών, των πολυμερών οργανισμών, των διμερών αναπτυξιακών οργανισμών και άλλων εταίρων στην Αφρική είναι απαραίτητη. Η ΑΕ ζήτησε διεθνείς πόρους και συνεργασία μεταξύ του ΠΟΥ, του UNAIDS, άλλων οργανισμών του ΟΗΕ και περιφερειακών οργανώσεων. Ένα άλλο ζήτημα που πρέπει να αντιμετωπιστεί είναι η περιορισμένη διαθεσιμότητα δεδομένων στην αφρικανική περιφέρεια, η οποία υπονομεύει την ακριβή παρακολούθηση της υγείας και της ευημερίας (WHO, 2018).

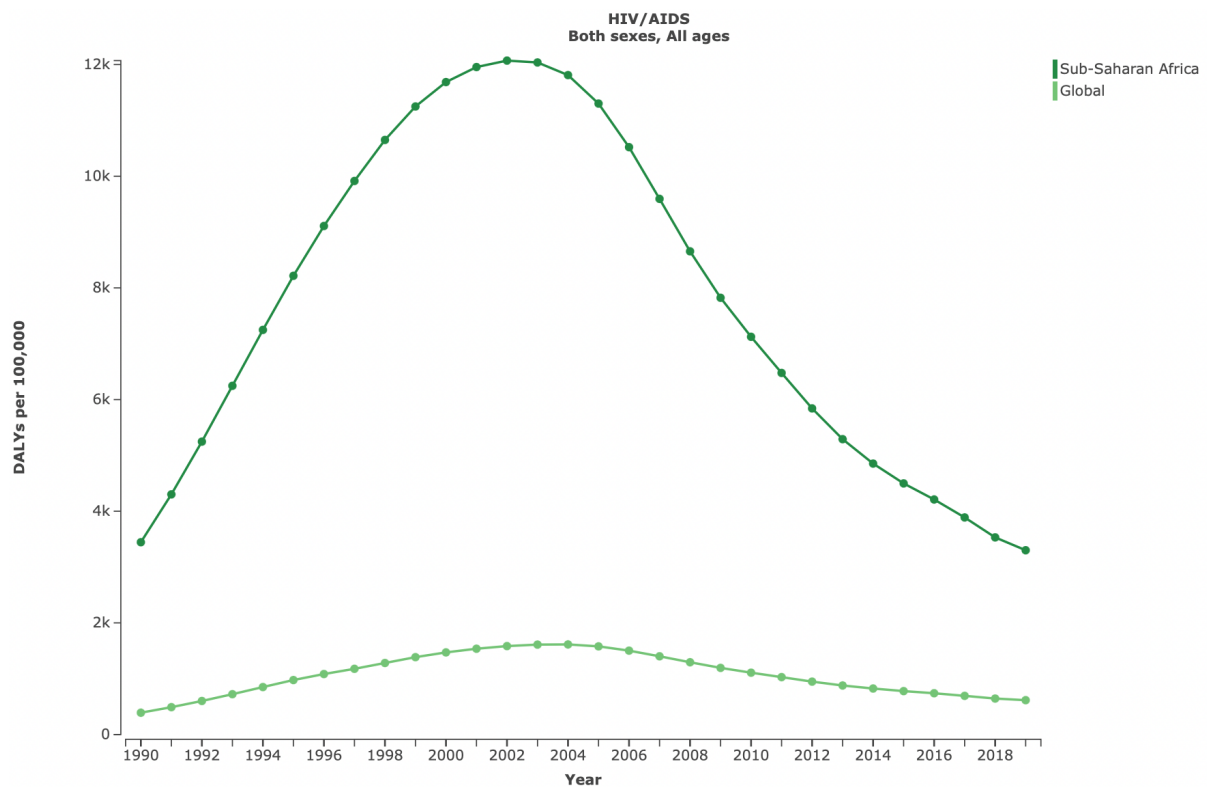
#### **5.4. Η Εξέλιξη των DALYs στην Υποσαχάρια Αφρική για τις Νόσους Αναφοράς**

Έχοντας ήδη αναδείξει την εξέλιξη της αναπτυξιακής βοήθειας για την υγεία στην Υποσαχάρια Αφρική, καθώς και την επιδημιολογική εικόνα των νόσων - στόχων που θέτει η παγκόσμια κοινότητα, είναι σημαντικό να παρατηρηθεί η εξέλιξη των DALYs για την περίοδο και τις νόσους αναφοράς.

Λαμβάνοντας υπόψη τα Γραφήματα 5.11., 5.12. και 5.13., παρατηρούμε ότι, από τα μέσα της δεκαετίας του 2000, τα DALYs που προέρχονται από τις τρεις αυτές νόσους, καταγράφουν σχετικά σταθερή μείωση, ενώ μέχρι εκείνο το σημείο η εξέλιξή τους παρουσίαζε σημαντικές διαφοροποιήσεις. Για τον HIV, παρατηρούμε ότι μέχρι την διάδοση αποτελεσματικών θεραπευτικών μεθόδων, η αύξηση των DALYs ήταν δραματική, ενώ την ίδια περίοδο τα DALYs που οφείλονταν στην φυματίωση έτειναν να μειώνονται ήδη από το 1990. Τέλος, τα DALYs που οφείλονταν στην ελονοσία ήταν αρκετά σταθερά για πάνω από μία δεκαετία, αλλά στη συνέχεια παρατηρούμε επίσης σημαντική πτωτική πορεία έως και το 2018.

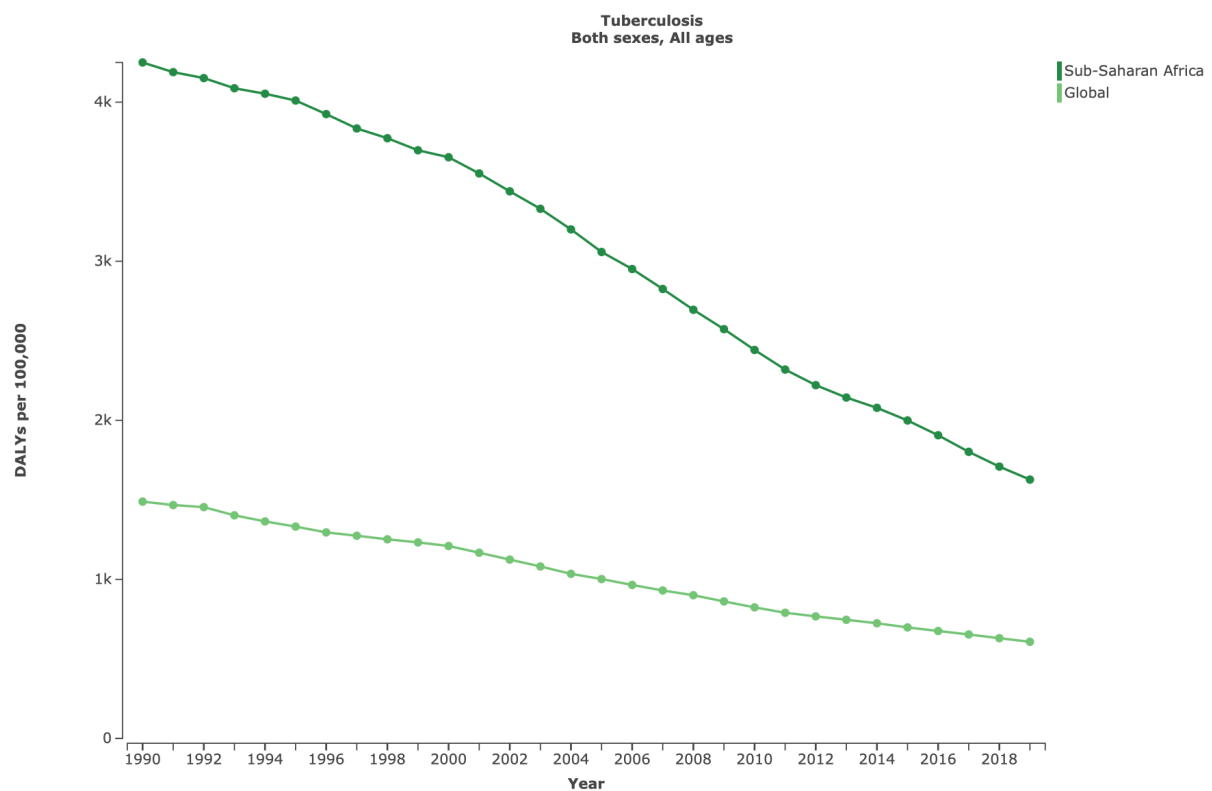


**Γράφημα 5.11.** DALYs λόγω HIV/AIDS στην Υποσαχάρια Αφρική, 1990 - 2018

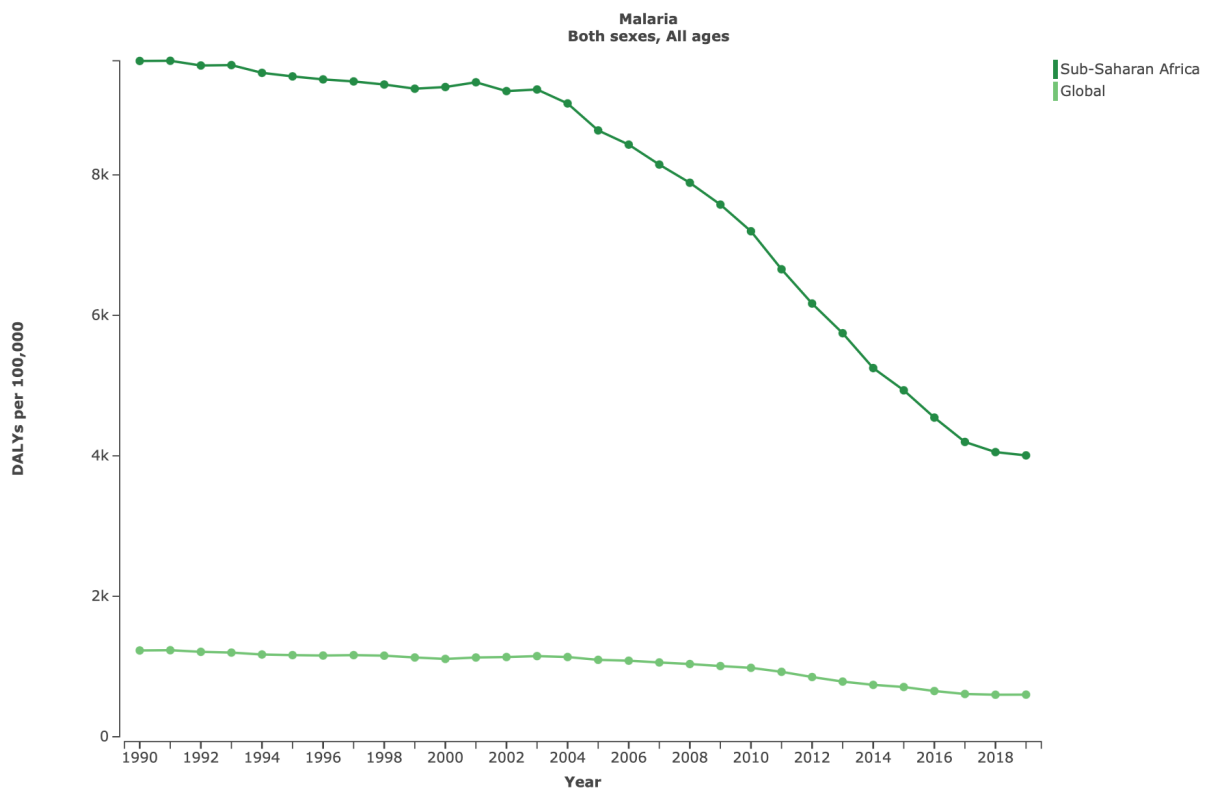


Πηγή: Global Burden of Disease Collaborative Network (2021)

**Γράφημα 5.12.** DALYs λόγω Φυματίωσης στην Υποσαχάρια Αφρική, 1990 - 2019



Πηγή: Global Burden of Disease Collaborative Network (2021)

**Γράφημα 5.13.** DALYs λόγω Ελονοσίας στην Υποσαχάρια Αφρική, 1990 - 2019

Πηγή: Global Burden of Disease Collaborative Network (2021)

## 5.5. Ανάλυση

### 5.5.1. Ανάλυση από την οπτική της κατηγοριοποίησης των χωρών αναφοράς με βάση τον Δείκτη Ανθρώπινης Ανάπτυξης (HDI)

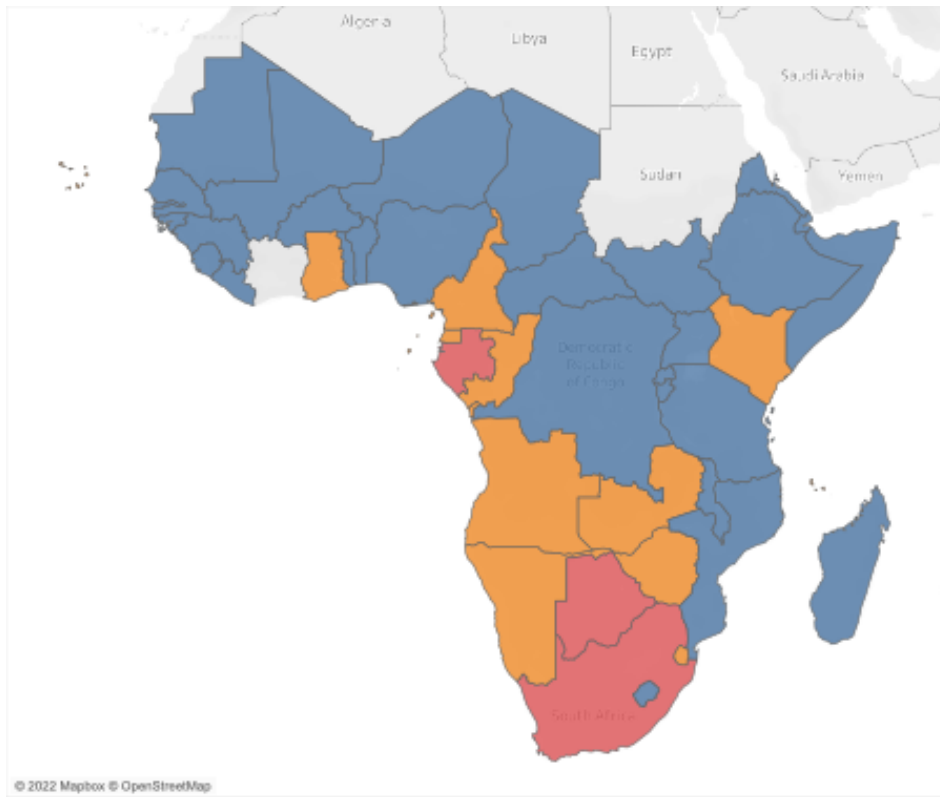
Προκειμένου να εξεταστεί εάν και σε τι βαθμό η DAH σχετίζεται με την αντιμετώπιση των νόσων αναφοράς - ή αλλιώς, στην μείωση των DALYs -, αλλά ενδεχομένως και υπό ποιες συνθήκες συμβαίνει αυτό, προβαίνουμε κατ' αρχάς στην κατηγοριοποίηση των χωρών της Υποσαχάριας Αφρικής με κριτήριο τον Δείκτη Ανθρώπινης Ανάπτυξης (HDI). Ο δείκτης HDI αποτελεί μια συνοπτική μέτρηση της μέσης επιτυχίας σε βασικές διαστάσεις της ανθρώπινης ανάπτυξης: μακροβιότητα και υγής ζωή, εκπαίδευση και αξιοπρεπές βιοτικό επίπεδο (UNDP, 2021). Το HDI υπολογίζεται ως ο γεωμετρικός μέσος όρος των κανονικοποιημένων δεικτών για καθεμία από τις τρεις διαστάσεις.

Με βάση την βαθμολογία στο δείκτη HDI οι χώρες που εξετάζονται χωρίζονται σε τρεις ομάδες:

- Χαμηλό HDI (<0.55), μπλε χρώμα
- Μεσαίο HDI (0.56-.70), πορτοκαλί χρώμα

- Υψηλό HDI (>0.71), κόκκινο χρώμα

**Εικόνα 5.7.** Οι χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής ανάλογα με το HDI



Εξετάζοντας τις μέσες δαπάνες ανά ομάδα χωρών οι χώρες με υψηλό HDI εμφανίζουν να καταγράφουν τις μεγαλύτερες κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες χωρών (Πίνακας 5.1.). Φαίνεται πως το επίπεδο του HDI επηρεάζει το ύψος των δαπανών ( $p$ -value<0.05).

**Πίνακας 5.1.** Κατά κεφαλήν DAH και κατά κεφαλήν Δαπάνες για Υγεία στις χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής (χιλιάδες \$ Σ.Τ. 2020, 1995 - 2018)

Ομάδα χωρών	Αριθμός χωρών	Μέση κκDAH (χιλιάδες \$)	Μέση κκΔαπάνη Υγείας (χιλιάδες \$)
Χαμηλό HDI	31	8.5	35.4
Μεσαίο HDI	13	14.8	116.3
Υψηλό HDI	3	15.3	317.4

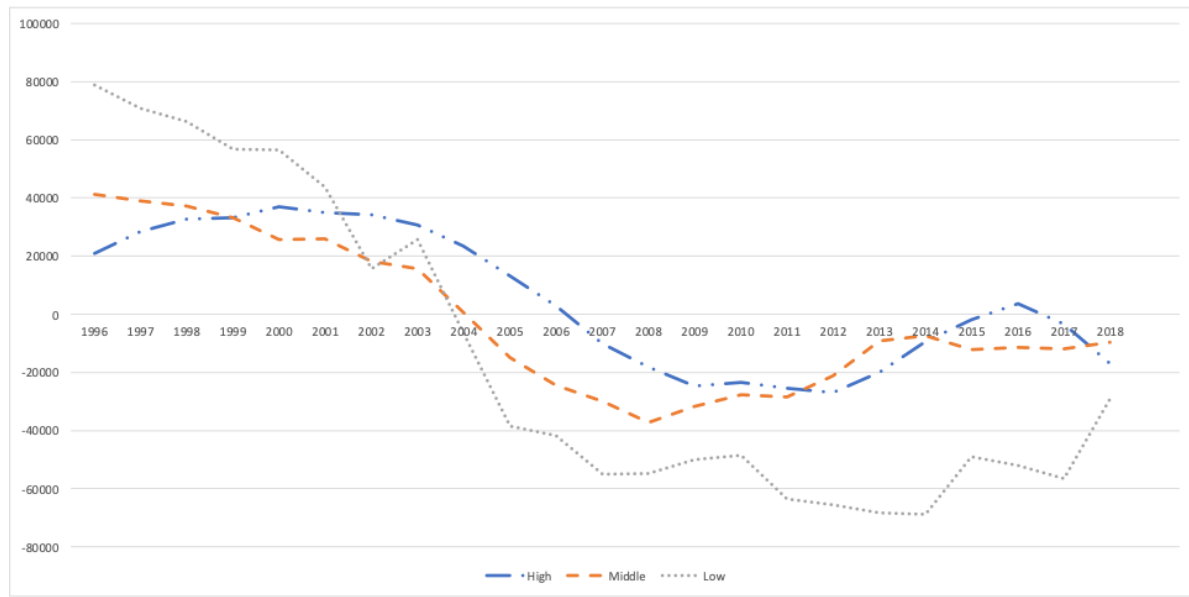
Πηγή: Institute for Health Metrics and Evaluation (2021) (ίδιοι υπολογισμοί)

Σύμφωνα με τα παρακάτω δύο γραφήματα, όπου παρουσιάζεται η μέση ετήσια μεταβολή των θανάτων και των DALYs αντίστοιχα, για τις τρεις νόσους αναφοράς από το 1995 έως το 2018, στην Υποσαχάρια Αφρική, παρατηρούμε ότι παρουσιάζουν ανάλογες τάσεις στα ίδια χρονικά

διαστήματα. Από αυτή την αποτύπωση μπορούμε να εξάγουμε το συμπέρασμα πως οι τρεις αυτές νόσοι παρουσιάζουν υψηλό επίπεδο θνησιμότητας (life-threat disease) στην μελετούμενη γεωγραφική περιοχή, κάτι που έρχεται σε αντίθεση με τα χαρακτηριστικά που έχουν λάβει οι τρεις ασθένειες αναφοράς (κυρίως ο HIV και η λοίμωξη AIDS) στον ανεπτυγμένο κόσμο, και την χρονιότητα που παρουσιάζουν. Σε αυτή την αρνητική απεικόνιση των επιπτώσεων, εκτιμάται ότι συμβάλλει η συνολική εικόνα του υγειονομικού συστήματος, η πρόληψη, η εκπαίδευση, η αντιμετώπιση, καθώς και επιμέρους συνθήκες πολύ σημαντικές στην αντιμετώπιση των εν λόγω λοιμώξεων, όπως η συμμόρφωση των ασθενών στις προβλεπόμενες - παρεχόμενες θεραπείες. Μάλιστα η μη συμμόρφωση, η οποία παρατηρείται από την βιβλιογραφία σε υψηλά ποσοστά στην Υποσαχάρια Αφρική, έχει ως αποτέλεσμα την ανθεκτικότητα του ιού στην φαρμακευτική αγωγή (Heestermans et al., 2016; Bijker et al., 2017).

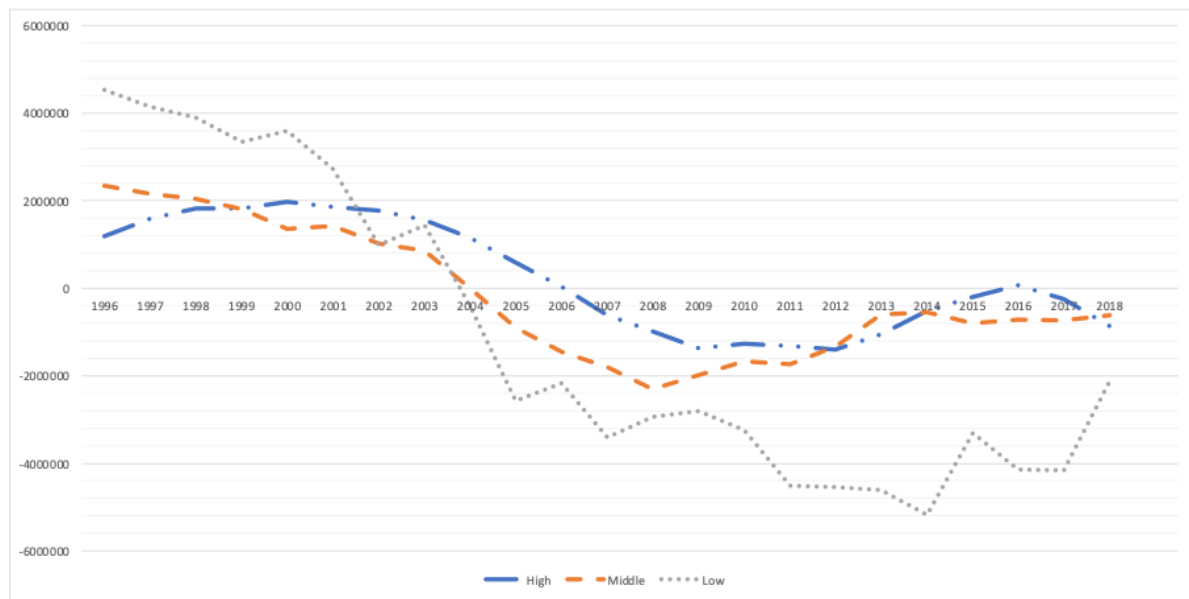
Σύμφωνα με τους Heestermans et al. (2016) στην Υποσαχάρια Αφρική παρατηρείται η “άρνηση” των ασθενών να λάβουν την προγραμματισμένη θεραπεία τους, αφού στις περισσότερες περιπτώσεις (πολύ φτωχές περιοχές) αυτό προϋποθέτει τη συλλογή της θεραπείας από κέντρα εξυπηρέτησης (φαρμακεία ή κλινικές) σε πολύ απομακρυσμένες για τους ασθενείς περιοχές, μη εύκολα προσβάσιμες ενώ στις περισσότερες επίσης περιπτώσεις, καταγράφεται ως λόγος μη συμμόρφωσης και η μη εξατομικευμένη εξυπηρέτηση των ασθενών, οι οποίοι αφού πρώτα πρέπει να διασχίσουν πολύωρες διαδρομές, έπειτα πρέπει να λάβουν τη θεραπεία τους σε κέντρα όπου η εξυπηρέτηση γίνεται μαζικά. Μάλιστα καταγράφεται και ως αιτία της μη ικανοποίησης των ασθενών που έχει ως επακόλουθο την μη συμμόρφωση η κακή εξυπηρέτηση από το υγειονομικό προσωπικό. Βεβαίως η κακή εξυπηρέτηση μπορεί δικαιολογηθεί και από την εξουθένωση του προσωπικού που εντοπίζουν οι συγγραφείς της παραπάνω μελέτης, κάτι το οποίο εξηγείται από τα νούμερα τα οποία δίνει η ανάλυση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για το 2021 (WHO, 2021) όπου η αναλογία ιατρών και νοσηλευτών ανά κάτοικο στην Αφρική είναι 1 ανά 3.623 και 1 ανά 972 αντίστοιχα, την ίδια στιγμή που στον ανεπτυγμένο κόσμο, στην Ευρώπη για παράδειγμα οι αντίστοιχες αναλογίες είναι 1 ανά 232 και 1 ανά 129.

**Γράφημα 5.14.** Μέση Ετήσια Μεταβολή Θανάτων (λόγω των τριών νόσων αναφοράς) ανά ομάδα χωρών



Πηγή: Global Burden of Disease Collaborative Network (2021) (ίδιοι υπολογισμοί)

**Γράφημα 5.15.** Μέση ετήσια μεταβολή DALYs (λόγω των τριών νόσων αναφοράς) ανά ομάδα χωρών



Πηγή: Global Burden of Disease Collaborative Network (2021) (ίδιοι υπολογισμοί)

**Πίνακας 5.2.** Μέσος όρος αποφευχθέντων θανάτων και αποφευχθέντων DALYs (1995 – 2018)

Ομάδα χωρών	Αριθμός χωρών	Aggregate Averted DALYs (average)	Aggregate Averted Deaths (average)
Χαμηλό HDI	31	849,173.1	11,119.4
Μεσαίο HDI	13	323,796.4	3,103.7
Υψηλό HDI	3	-1,864.7	-38.4

Πηγή: Global Burden of Disease Collaborative Network (2021) (ίδιοι υπολογισμοί)

### 5.5.2 Ανάλυση από την οπτική των νοσημάτων αναφοράς

Για να εκτιμηθεί η συσχέτιση της αναπτυξιακής βοήθειας με την υγεία, σε όρους αποφευχθέντων θανάτων και αποφευχθέντων DALYs για τις νόσους αναφοράς, γίνεται εκτίμηση των παρακάτω 2 εξισώσεων:

$$\text{Aggregate Averted Deaths}_i = \beta_0 i + \beta_1 \text{DAH}_i + \varepsilon$$

$$\text{Aggregate Averted DALYs}_i = \beta_0 i + \beta_1 \text{DAH}_i + \varepsilon$$

όπου  $i$  = νόσος αναφοράς (1,2,3 αντίστοιχα).

Τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.3.

**Πίνακας 5.3.** Η επίδραση της DAH στους αποφευχθέντες θανάτους και στα αποφευχθέντα DALYs στην Υποσαχάρια Αφρική ανά ασθένεια, 1995 - 2018

Per Disease	Averted Deaths beta	Averted DALYs beta
<b>1. HIV/AIDS</b>		
Total DAH	-0.0005	0.03
Constant	2,813.3	154,794
<b>2. Malaria</b>		
Total DAH	0.008***	0.864***
Constant	-1,100	-125,668
<b>3. Tuberculosis</b>		
Total DAH	1.66***	0.03***
Constant	-68,437	-1,594.9

Βάση των αποτελεσμάτων που παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.3, παρατηρείται στατιστικά σημαντική θετική επίδραση της DAH στους αποφευχθέντες θανάτους και στα αποφευχθέντα

DALYs, τόσο στην περίπτωση της Ελονοσίας όσο και στην περίπτωση της Φυματίωσης. Στην περίπτωση του HIV δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική επίδραση, ωστόσο αυτό οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην εξέλιξη του HIV ιδίως μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 2000, όπως είδαμε στην προηγούμενη ενότητα (Γράφημα 5.11.). Η αδυναμία αντιμετώπισης μιας τόσο θανατηφόρας ασθένειας ελλείπει φαρμάκων αδικεί ενδεχομένως της επίδραση της DAH και επηρεάζει τα σωρευτικά αποτελέσματα της περιόδου, καθώς από το 2003 και μετά η εικόνα αντιστρέφεται.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η εξέταση και τυχόν διαφοροποιήσεων στην επίδραση της DAH μεταξύ των τριών κατηγοριών χωρών βάση του HDI (Πίνακας 5.4.).

**Πίνακας 5.4.** Αποφευχθέντες θάνατοι και DALYs ανά κατηγορία χωρών

Group of Countries	Low HDI		Middle HDI		High HDI	
	DEATHS beta	DALYs beta	DEATHS beta	DALYs beta	DEATHS beta	DALYs beta
<b>1. HIV/AIDS</b>						
<b>Total DAH</b>	0.003	0.228*	0.006***	0.38***	-0.02	-0.76
<b>Constant</b>	1,000.8	62920.6	-4,675.3	-257,890	11,003	580,017
<b>2. Malaria</b>						
<b>Total DAH</b>	0.009***	1.01***	0.002	0.26	0.01	1.07
<b>Constant</b>	-1,111.8	-155,444	-998.8	-67,537.2	-59.6	-5,343.8
<b>3. Tuberculosis</b>						
<b>Total DAH</b>	0.05***	2.82***	-0.012	-0.56	-0.002**	0.08
<b>Constant</b>	-3,131.2	-144,334.3	732.9	54,288	198.1	6,426.1

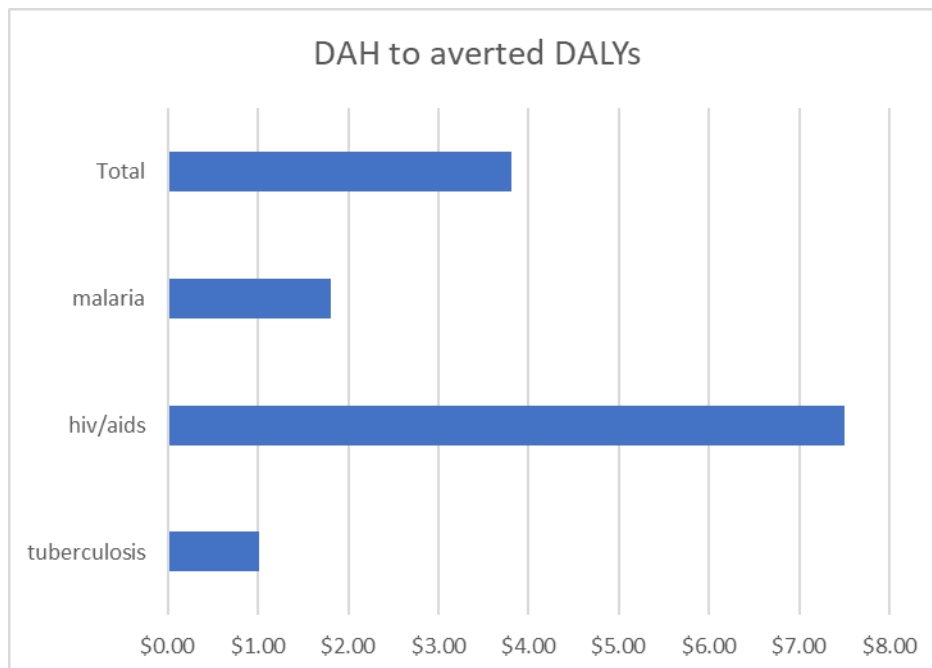
Η θετική επίδραση της DAH στην αντιμετώπιση του HIV φαίνεται να αποτυπώνεται κυρίως στην περίπτωση των χωρών που ανήκουν στην 2η (μεσαία) κατηγορία, ενώ η διοχέτευση της DAH για την αντιμετώπιση της Ελονοσίας και της Φυματίωσης εκτιμάται, βάση του παραπάνω απλού υποδείγματος, ως σημαντική στην περίπτωση των χωρών της 1ης (χαμηλής) κατηγορίας.

**Πίνακας 5.5.** Αναπτυξιακή βοήθεια για την Υγεία, αποφευχθέντες θάνατοι και αποφευχθέντα DALYs

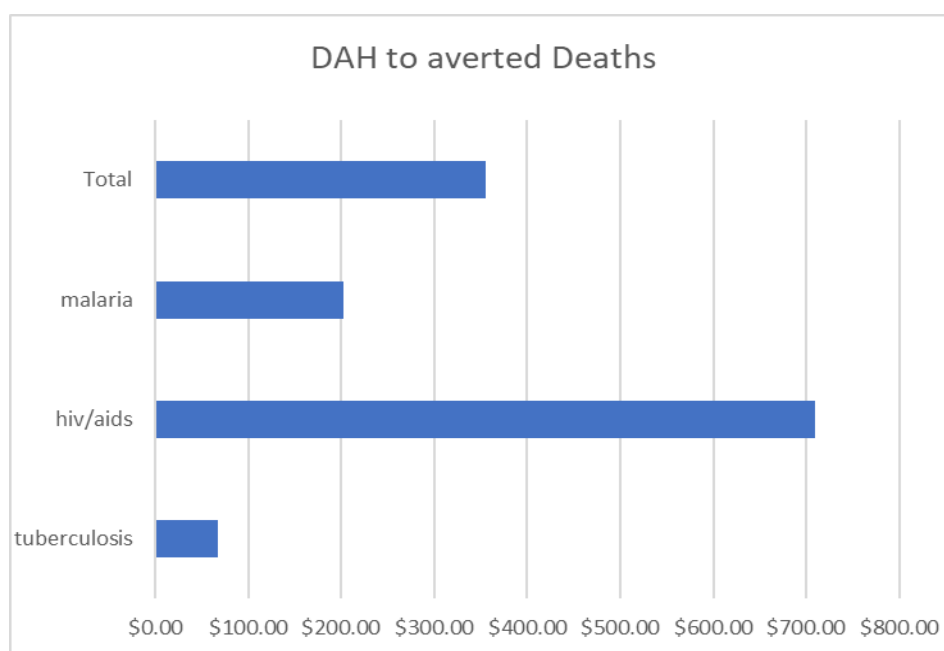
Diseases	Total DAH (in \$.000)	Aggregate Averted Deaths	Aggregate Averted DALYs	DAH to averted DALYs (in \$.000)	DAH to averted Deaths (in \$.000)
<b>Tuberculosis</b>	\$4,688,983	69,890	4,616,429	\$1.02	\$67.09
<b>HIV/AIDS</b>	\$68,552,349	96,636	9,139,928	\$7.50	\$709.38
<b>Malaria</b>	\$18,650,005	92,233	10,334,075	\$1.80	\$202.21
<b>Total</b>	\$91,891,337	258,759	24,090,433	\$3.81	\$355.12

Πηγή: Global Burden of Disease Collaborative Network (2021), Institute for Health Metrics and Evaluation (2021) (ίδιοι υπολογισμοί)

Βάσει της ανάλυσης των δεδομένων που παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.5 και με τη μέθοδο της Γενικευμένης ανάλυσης κόστους - αποτελεσματικότητας (Generalized Cost - effectiveness analysis - CEA), υπολογίστηκαν τα DAH to averted DALYs και DAH to averted Deaths, δηλ. οι λόγοι κόστους-αποτελεσματικότητας από την οπτική των νοσημάτων (όπως απεικονίζονται και γραφικά στα παρακάτω διαγράμματα 5.16 & 5.17).

**Γράφημα 5.16.** DAH και αποφευχθέντα DALYs ανά νόσημα



**Γράφημα 5.17.** DAH και αποφευχθέντες θάνατοι ανά νόσημα

Από την παραπάνω ανάλυση, προκύπτει μια ιεράρχηση προτεραιοτήτων συνολικά των πόρων της οικονομικής βοήθειας ως προς την αρχική κατεύθυνση-στόχευση με κριτήριο τα νοσήματα, η οποία εμφανίζει ως πλέον ελκυστικούς στόχους τις νόσους με τους χαμηλότερους λόγους, δηλ. αρχικά τη Φυματίωση, μετά την Ελονοσία και τέλος τον HIV/AIDS. Η παραπάνω ιεράρχηση (η οποία βρέθηκε ότι ισχύει και για κάθε αποφευχθέντα θάνατο ή/και αποφευχθέν DALY) στην ουσία αποτελεί μια ορθολογική προσέγγιση στη λήψη αποφάσεων, καθώς προτεραιοποιεί τη χρηματοδότηση εκείνων των νοσημάτων που μας στοιχίζει φθηνότερα να «αγοράσουμε» ένα DALY averted ή έναν Death.averted.

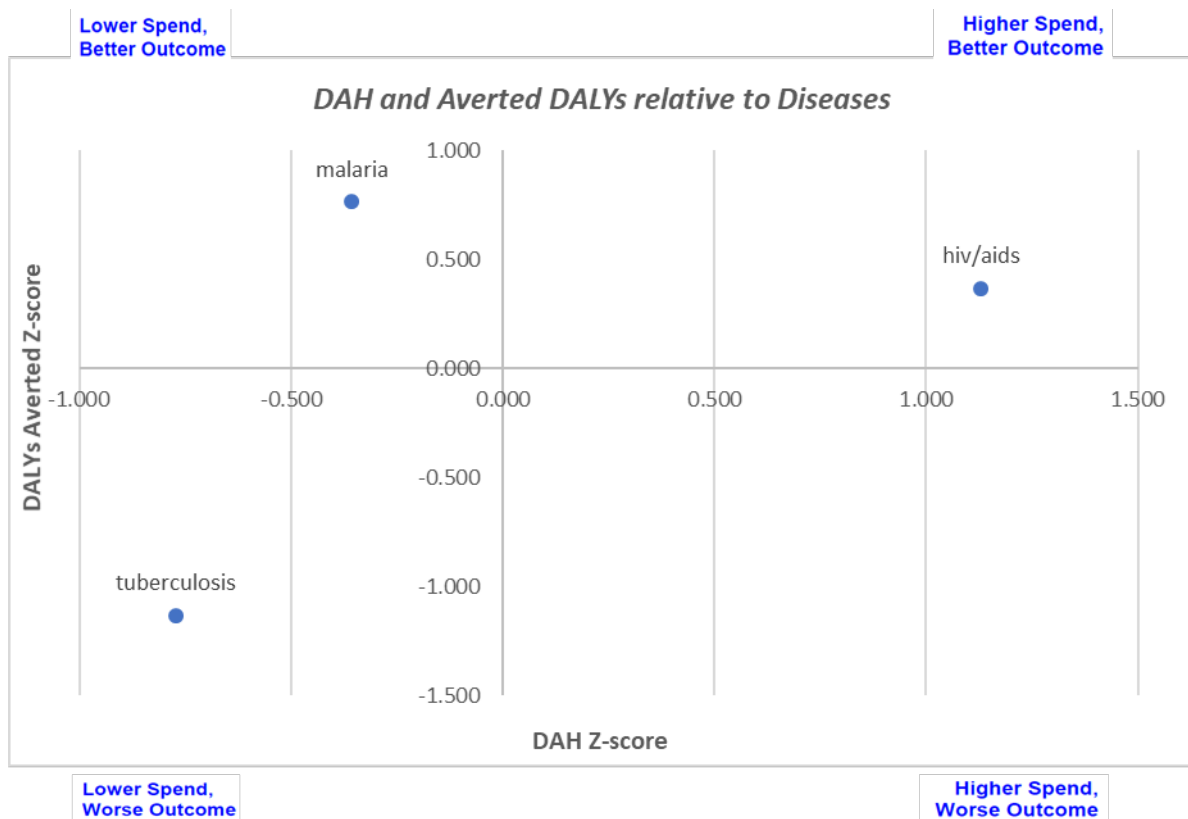
Στη συνέχεια, και με βάση τα δεδομένα του παραπάνω Πίνακα 5.5, επιχειρείται να αναζητηθεί και παρουσιαστεί μια προτεινόμενη τεκμηριωμένη ιεράρχηση της επιθυμητής κατεύθυνσης της DAH, με βάση τα νοσήματα αναφοράς. Για το λόγο αυτό, δημιουργήθηκε ο παρακάτω Πίνακας 5.6.

**Πίνακας 5.6.** Z-scores για DAH, αποφευχθέντα DALYs και αποφευχθέντες θανάτους ανά νόσημα

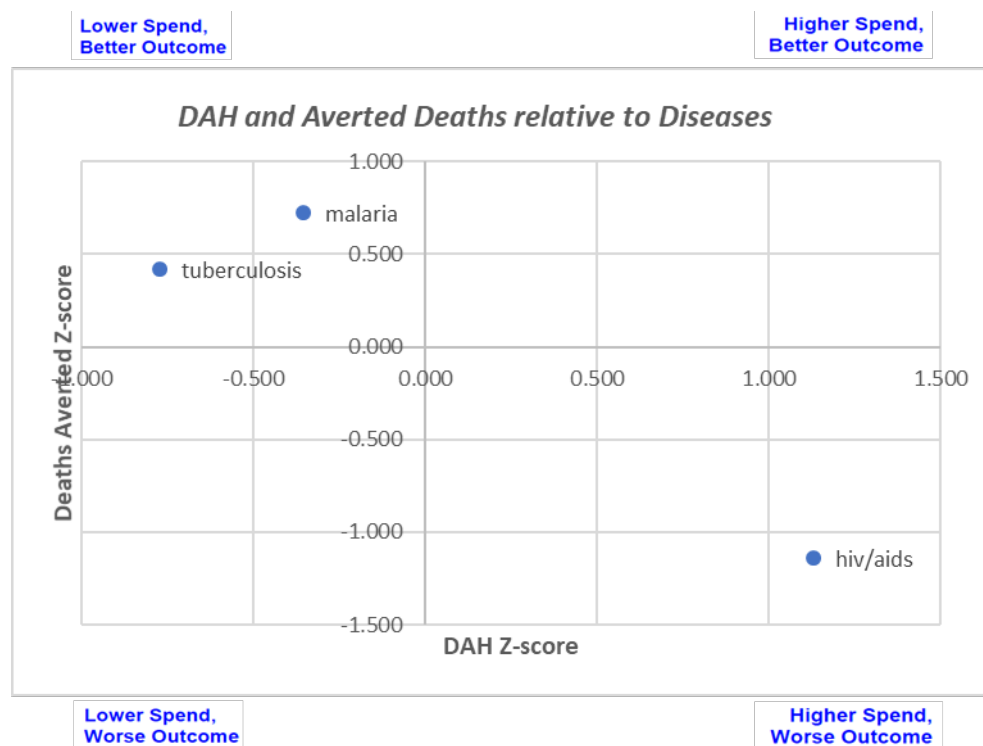
Diseases	DAH Z-score	DALYs Averted Z-score	Deaths Averted Z-score
<b>HIV/AIDS</b>	1.129	0.368	-1.141
<b>Malaria</b>	-0.357	0.764	0.724
<b>Tuberculosis</b>	-0.773	-1.132	0.417

Ο δείκτης Z-Score χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψουμε και αποτυπώσουμε γραφικά με τη χρήση διαγραμμάτων μήτρας τεταρτημορίων (quadrant matrix chart), τη θέση των τιμών στο σύνολο των δεδομένων DAH και DALYs averted και Deaths averted σε σχέση με τον μέσο όρο και την τυπική τους απόκλιση και τα αποτελέσματα εμφανίζονται στα παρακάτω γραφήματα 5.18 & 5.19.

**Γράφημα 5.18.** Χαρτογράφηση νοσημάτων κατά DAH και αποφευχθέντα DALYs



Από το Γράφημα 5.18 και την τοποθέτηση των νοσημάτων στα τεταρτημόρια του, προκύπτει, ότι ιεραρχικά η Ελονοσία (πάνω αριστερό τεταρτημόριο) απορρόφησε πόρους χαμηλότερους από τον μέσο όρο της συνολικής χρηματοδότησης για τα 3 νοσήματα και πέτυχε εκβάσεις με αποφευχθέντα DALYs περισσότερα από το μέσο όρο αθροιστικά και των 3 νοσημάτων, και ακολουθούν η Φυματίωση (κάτω αριστερό τεταρτημόριο) απορρόφησε πόρους χαμηλότερους από τον μέσο όρο της συνολικής χρηματοδότησης για τα 3 νοσήματα και πέτυχε εκβάσεις με αποφευχθέντα DALYs λιγότερα από το μέσο όρο αθροιστικά και των 3 νοσημάτων) και ο HIV/AIDS (πάνω δεξιό τεταρτημόριο) απορρόφησε πόρους περισσότερους από τον μέσο όρο της συνολικής χρηματοδότησης για τα 3 νοσήματα και πέτυχε εκβάσεις με αποφευχθέντα DALYs περισσότερα από το μέσο όρο αθροιστικά και των 3 νοσημάτων).

**Γράφημα 5.19.** Χαρτογράφηση νοσημάτων κατά DAH και αποφευχθέντες θανάτους

Από το Γράφημα 5.19 και την τοποθέτηση των νοσημάτων στα τεταρτημόρια του, προκύπτει, ότι ιεραρχικά η Ελονοσία και η Φυματίωση (πάνω αριστερό τεταρτημόριο) απορρόφησαν πόρους χαμηλότερους από τον μέσο όρο της συνολικής χρηματοδότησης για τα 3 νοσήματα και πέτυχαν εκβάσεις με αποφευχθέντες θανάτους περισσότερους από το μέσο όρο αθροιστικά και των 3 νοσημάτων, και ακολουθεί ο HIV/AIDS (κάτω δεξιό τεταρτημόριο) απορρόφησε πόρους περισσότερους από τον μέσο όρο της συνολικής χρηματοδότησης για τα 3 νοσήματα και πέτυχε εκβάσεις με αποφευχθέντες θανάτους λιγότερους από το μέσο όρο αθροιστικά και των 3 νοσημάτων.

### 5.5.3 Ανάλυση από την οπτική των χωρών αναφοράς

Για να εκτιμηθεί η συσχέτιση της αναπτυξιακής βοήθειας με την υγεία, σε όρους αποφευχθέντων θανάτων και αποφευχθέντων DALYs για τις χώρες αναφοράς, δημιουργήθηκε ο παρακάτω Πίνακας 5.7 (με φθίνουσα ταξινόμηση των τιμών της μεταβλητής DAH to averted DALYs).

Βάσει της ανάλυσης των δεδομένων που παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.7 και με τη μέθοδο της Γενικευμένης ανάλυσης κόστους - αποτελεσματικότητας (Generalized Cost - effectiveness analysis - CEA), υπολογίστηκαν τα DAH to averted DALYs και DAH to averted Deaths, δηλ.

οι λόγοι κόστους-αποτελεσματικότητας από την οπτική των χωρών αναφοράς (όπως απεικονίζεται και γραφικά στο παρακάτω διάγραμμα 5.20).

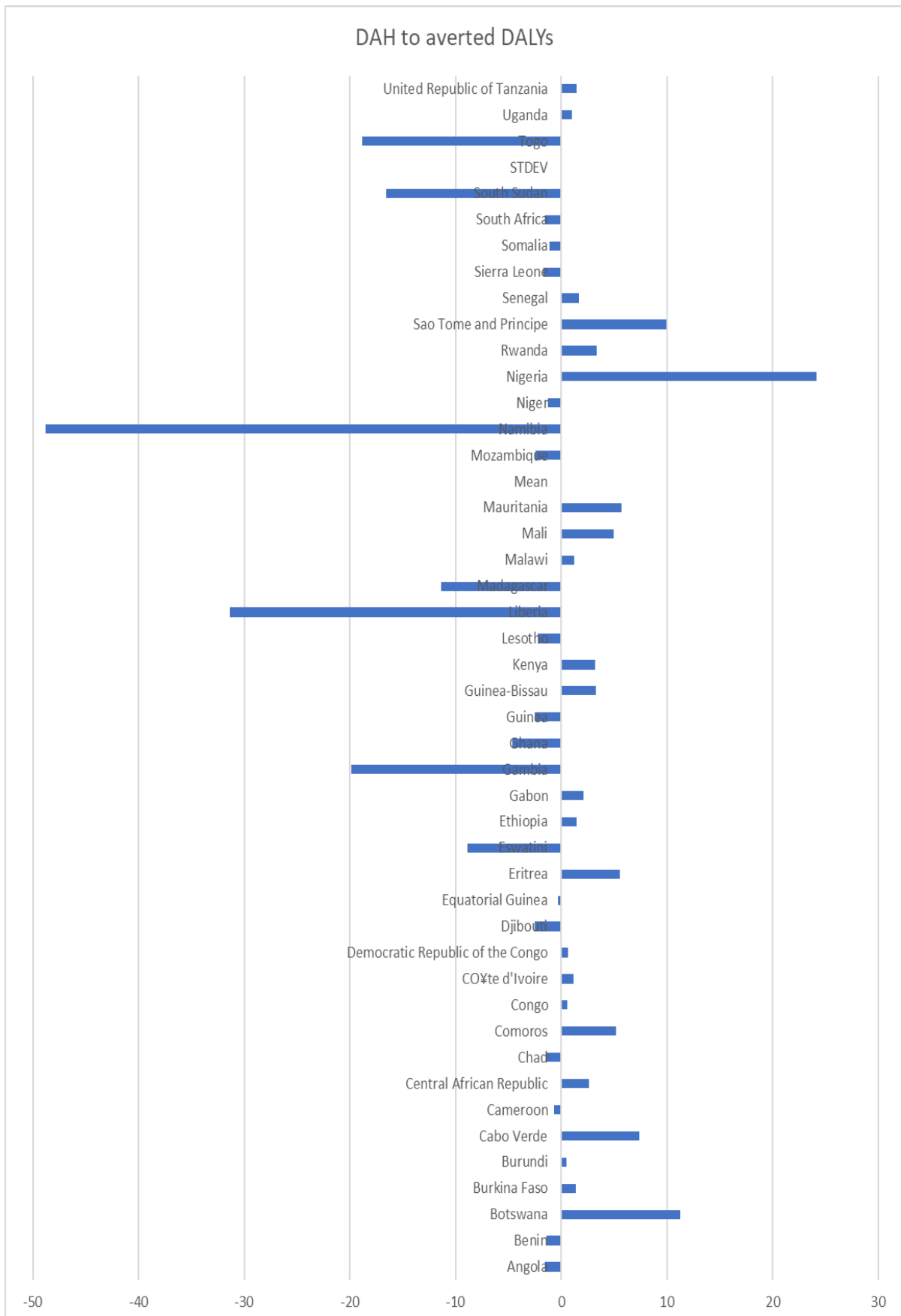
**Πίνακας 5.7.** DAH ανά αποφευχθέν DALY ανά χώρα

Country	Total DAH (in \$.000)	Aggregate Averted DALYs	DAH to averted DALYs (in \$.000)
Namibia	1657936	-33,959	-48.82
Liberia	499459	-15,919	-31.38
Gambia	260040	-13,101	-19.85
Togo	361871	-19,191	-18.86
South Sudan	570904	-34,486	-16.55
Madagascar	821932	-72,102	-11.40
Eswatini	908897	-102,516	-8.87
Ghana	1817737	-393,681	-4.62
Guinea	488763	-194,032	-2.52
Djibouti	115573	-46,270	-2.50
Mozambique	5645772	-2,340,271	-2.41
Lesotho	805895	-364,672	-2.21
Sierra Leone	402250	-235,558	-1.71
Angola	985221	-629,842	-1.56
South Africa	8813330	-5,758,885	-1.53
Chad	366885	-241,942	-1.52
Benin	737578	-524,958	-1.41
Niger	408913	-314,946	-1.30
Somalia	378695	-326,432	-1.16
Cameroon	894105	-1,277,749	-0.70
Equatorial Guinea	17595	-50,914	-0.35
Nigeria	8714566	360,953	24.14
Botswana	1534050	136,222	11.26
Sao Tome and Principe	39145	3,935	9.95
Cabo Verde	31182	4,225	7.38
Mauritania	49602	8,728	5.68
Eritrea	410244	73,592	5.57
Comoros	39991	7,722	5.18
Mali	882480	177,264	4.98
Zambia	5471778	1,597,602	3.42
Rwanda	3217631	965,708	3.33
Guinea-Bissau	149815	45,525	3.29
Kenya	8791218	2,744,596	3.20
Central African Republic	223433	84,798	2.63
Gabon	59065	28,567	2.07

---

<b>Senegal</b>	928677	560,024	1.66
<b>Zimbabwe</b>	3291425	2,100,432	1.57
<b>United Republic of Tanzania</b>	7697182	5,271,191	1.46
<b>Ethiopia</b>	6695879	4,749,801	1.41
<b>Burkina Faso</b>	913560	669,156	1.37
<b>Malawi</b>	3532978	2,900,079	1.22
<b>COȓte d'Ivoire</b>	1875843	1,612,496	1.16
<b>Uganda</b>	6468860	6,532,210	0.99
<b>Democratic Republic of the Congo</b>	3087237	4,811,759	0.64
<b>Congo</b>	127686	239,503	0.53
<b>Burundi</b>	698459	1,395,772	0.50

**Γράφημα 5.20.** DAH ανά αποφευχθέν DALY ανά χώρα



Από την παραπάνω ανάλυση, προκύπτει μια ιεράρχηση προτεραιοτήτων συνολικά των πόρων της οικονομικής βοήθειας ως προς την αρχική κατεύθυνση-στόχευση με κριτήριο τις χώρες αναφοράς, η οποία εμφανίζει ως πλέον ελκυστικούς στόχους τις χώρες με τους χαμηλότερους (θετικούς) λόγους (π.χ. πρώτα Burundi, μετά Congo, κ.ο.κ.). Η εν λόγω ιεράρχηση (η οποία πραγματοποιήθηκε για τη μεταβλητή “αποφευχθέντα DALYs”) στην ουσία αποτελεί μια ορθολογική προσέγγιση στη λήψη αποφάσεων, καθώς προτεραιοποιεί τη χρηματοδότηση εκείνων των χωρών στις οποίες μας στοιχίζει φθηνότερα να «αγοράσουμε» ένα averted DALY.

Στη συνέχεια, και με βάση τα δεδομένα του παραπάνω Πίνακα 5.5, επιχειρείται να αναζητηθεί και παρουσιαστεί μια προτεινόμενη τεκμηριωμένη ιεράρχηση της επιθυμητής κατεύθυνσης της DAH, με βάση τις χώρες αναφοράς. Για το λόγο αυτό, δημιουργήθηκε ο παρακάτω Πίνακας 5.8.

**Πίνακας 5.8.** Z-scores για DAH και αποφευχθέντα DALYs ανά χώρα

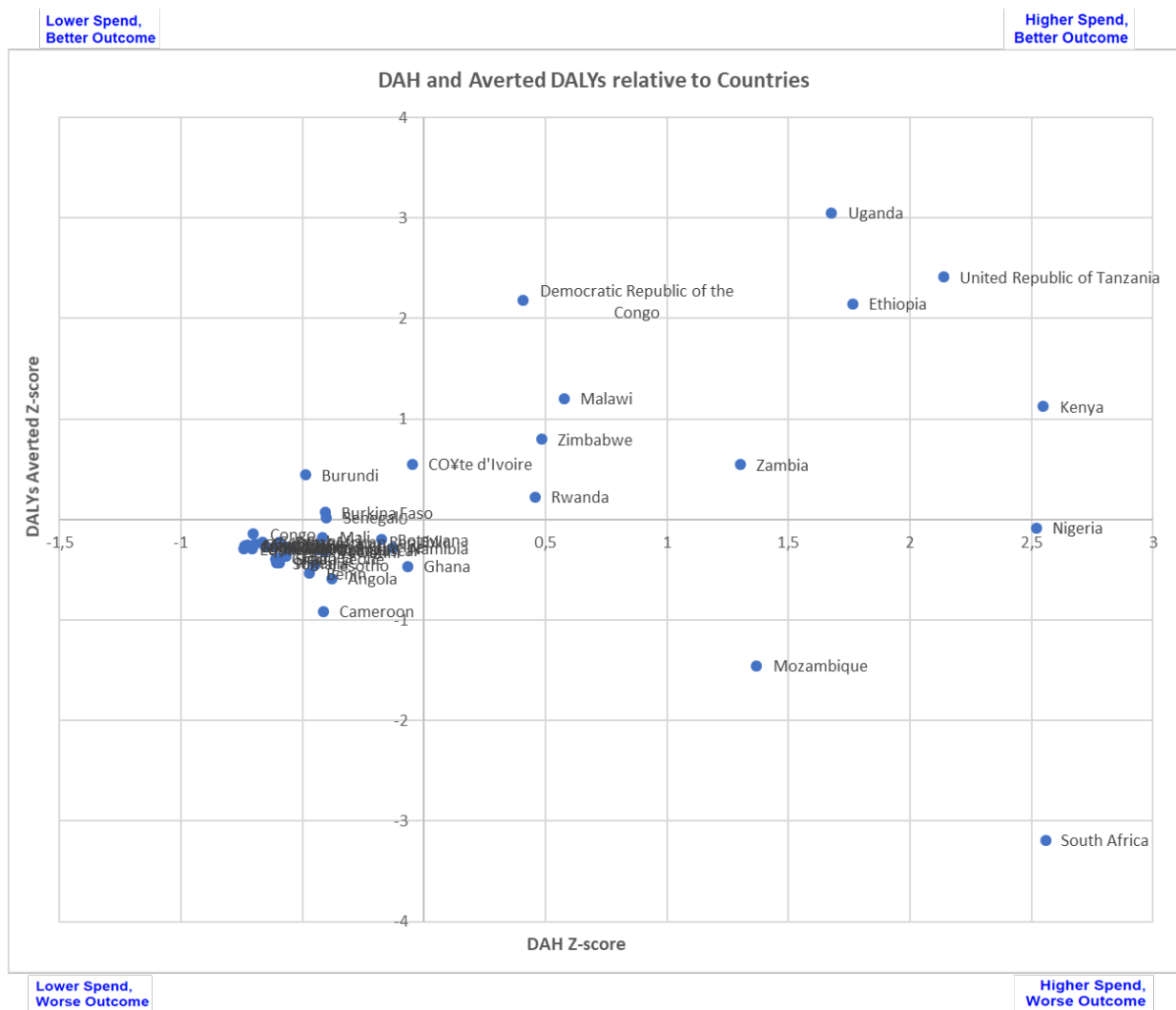
COUNTRY	DAH z-score	Aggregate Averted DALYs z-score
Namibia	-0.1274808	-0.2831346
Liberia	-0.5622256	-0.2739751
Gambia	-0.652073	-0.2725445
Togo	-0.6138586	-0.2756367
South Sudan	-0.5354143	-0.2834018
Madagascar	-0.4412103	-0.3025004
Eswatini	-0.4085747	-0.3179421
Ghana	-0.0675118	-0.4657708
Guinea	-0.5662395	-0.364406
Djibouti	-0.7062876	-0.289385
Mozambique	1.36904524	-1.4540837
Lesotho	-0.4472285	-0.4510422
Sierra Leone	-0.5987055	-0.3854895
Angola	-0.3799324	-0.5856732
South Africa	2.55774333	-3.1897659
Chad	-0.611977	-0.3887308
Benin	-0.472866	-0.5324222
Niger	-0.5962051	-0.4257958
Somalia	-0.607545	-0.4316274
Cameroon	-0.4141257	-0.9146255
Equatorial Guinea	-0.743056	-0.2917428
Nigeria	2.52067989	-0.0826317

<b>Botswana</b>	-0.1739718	-0.1967309
<b>Sao Tome and Principe</b>	-0.7349689	-0.2638951
<b>Cabo Verde</b>	-0.7379572	-0.263748
<b>Mauritania</b>	-0.7310447	-0.2614616
<b>Eritrea</b>	-0.5957056	-0.2285291
<b>Comoros</b>	-0.7346514	-0.2619723
<b>Mali</b>	-0.4184883	-0.1758935
<b>Zambia</b>	1.30375004	0.54523375
<b>Rwanda</b>	0.45783017	0.22441143
<b>Guinea-Bissau</b>	-0.6934375	-0.2427793
<b>Kenya</b>	2.54944529	1.12757972
<b>Central African Republic</b>	-0.6658106	-0.2228396
<b>Gabon</b>	-0.7274935	-0.251389
<b>Senegal</b>	-0.4011518	0.01843981
<b>Zimbabwe</b>	0.48552305	0.80052789
<b>United Republic of Tanzania</b>	2.13888344	2.4103702
<b>Ethiopia</b>	1.76312174	2.14565264
<b>Burkina Faso</b>	-0.4068248	0.07384785
<b>Malawi</b>	0.5761713	1.20652079
<b>Côte d'Ivoire</b>	-0.0457063	0.55279568
<b>Uganda</b>	1.67792771	3.05060852
<b>Democratic Republic of the Congo</b>	0.40889686	2.17710989
<b>Congo</b>	-0.7017419	-0.1442936
<b>Burundi</b>	-0.4875463	0.44276177

Ο δείκτης Z-Score χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψουμε και αποτυπώσουμε γραφικά με τη χρήση διαγραμμάτων μήτρας τεταρτημορίων (quadrant matrix chart), τη θέση των τιμών στο σύνολο των δεδομένων DAH και DALYs averted και Deaths averted των χωρών αναφοράς σε σχέση με τον μέσο όρο και την τυπική τους απόκλιση και τα αποτελέσματα εμφανίζονται στο παρακάτω γράφημα 5.21.



**Γράφημα 5.21.** Χαρτογράφηση χωρών κατά DAH και αποφευχθέντα DALYs



Από το Γράφημα 5.21 και την τοποθέτηση των χωρών αναφοράς στα τεταρτημόρια του, προκύπτει, ότι ιεραρχικά, προτιμώνται οι χώρες που βρίσκονται στο πάνω αριστερό τεταρτημόριο (όπως η COȓte d'Ivoire, το Burundi, η Burkina Faso, το Congo κλπ χώρες) οι οποίες απορρόφησαν πόρους χαμηλότερους από τον μέσο όρο της συνολικής χρηματοδότησης των χωρών αναφοράς και πέτυχαν εκβάσεις με αποφευχθέντα DALYs περισσότερα από το μέσο όρο αθροιστικά όλων των χωρών αναφοράς, και ακολουθούν οι χώρες που βρίσκονται στο κάτω αριστερό τεταρτημόριο που απορρόφησαν πόρους χαμηλότερους από τον μέσο όρο της συνολικής χρηματοδότησης και πέτυχαν εκβάσεις με αποφευχθέντα DALYs λιγότερα από το μέσο όρο, μαζί με τις χώρες που βρίσκονται στο πάνω δεξιό τεταρτημόριο, που απορρόφησαν πόρους περισσότερους από τον μέσο όρο της συνολικής χρηματοδότησης και πέτυχαν εκβάσεις με αποφευχθέντα DALYs περισσότερα από το μέσο όρο αθροιστικά όλων

των χωρών αναφοράς. Τέλος, η λιγότερο ελκυστική επιλογή αφορά τις χώρες που βρίσκονται στο κάτω δεξιό τεταρτημόριο που απορρόφησαν πόρους περισσότερους από τον μέσο όρο της συνολικής χρηματοδότησης και πέτυχαν εκβάσεις με με αποφευχθέντα DALYs λιγότερα από το μέσο όρο.

Η ιεράρχηση και χαρτογράφηση των χωρών όπως παραπάνω, σαν εργαλεία προτεραιοποίησης της DAH, μας παρουσιάζουν, την αξιοποίηση της βοήθειας, με βάση τις εκβάσεις, για το σύνολο των νοσημάτων, χωρίς όμως να μας διευκρινίζουν, αν αυτή η κατάταξη-ιεράρχηση διαφοροποιείται ανά χώρα, ανάλογα το κάθε νόσημα ξεχωριστά. Προκειμένου λοιπόν να εξετάσουμε το παραπάνω ερώτημα, εμπλουτίσαμε τον παραπάνω Πίνακα 5.7 με δεδομένα που αφορούν μεγέθη DAH και DALYs averted για κάθε νόσημα ανάλογα τη χώρα αναφοράς και δημιουργήσαμε τους Πίνακες 5.9, 5.10 & 5.11 αντίστοιχα. Με τη μέθοδο της Γενικευμένης ανάλυσης κόστους - αποτελεσματικότητας (Generalized Cost - effectiveness analysis - CEA), υπολογίστηκαν τα DAH to averted DALYs και DAH to averted Deaths, δηλ. οι λόγοι κόστους-αποτελεσματικότητας από την οπτική κάθε νοσήματος και συγχρόνως χωρών αναφοράς.

**Πίνακας 5.9.** Z-scores για DAH και αποφευχθέντα DALYs για HIV/AIDS για όλες τις χώρες

Diseases	Country	Total DAH z-score	Aggregate Averted DALYs z-score
hiv/aids	Angola	-0,4798944	-0,663259
hiv/aids	Benin	-0,5317369	-0,1463241
hiv/aids	Botswana	0,00103654	-0,0433444
hiv/aids	Burkina Faso	-0,4655617	0,43156358
hiv/aids	Burundi	-0,5005576	0,3735247
hiv/aids	Cabo Verde	-0,6651438	-0,1262648
hiv/aids	Cameroon	-0,4114799	-0,6224466
hiv/aids	Central African Republic	-0,6208682	0,04353012
hiv/aids	Chad	-0,5935836	-0,1918952
hiv/aids	Comoros	-0,6718561	-0,1277525
hiv/aids	Congo	-0,6363198	-0,0286756
hiv/aids	COΰte d'Ivoire	-0,0170627	0,8325785
hiv/aids	Democratic Republic of the Congo	-0,0912764	0,83381521
hiv/aids	Djibouti	-0,6398623	-0,1544156
hiv/aids	Equatorial Guinea	-0,674215	-0,196687
hiv/aids	Eritrea	-0,5632906	-0,0928458
hiv/aids	Eswatini	-0,3041171	-0,192826
hiv/aids	Ethiopia	1,54568122	1,52707226

<b>hiv/aids</b>	Gabon	-0,663104	-0,1352531
<b>hiv/aids</b>	Gambia	-0,6289431	-0,1573076
<b>hiv/aids</b>	Ghana	-0,2879455	-0,2531053
<b>hiv/aids</b>	Guinea	-0,571511	-0,2264111
<b>hiv/aids</b>	Guinea-Bissau	-0,6435321	-0,1507409
<b>hiv/aids</b>	Kenya	2,64610839	1,43072815
<b>hiv/aids</b>	Lesotho	-0,3339987	-0,3305404
<b>hiv/aids</b>	Liberia	-0,5903211	-0,1620755
<b>hiv/aids</b>	Madagascar	-0,6123151	-0,2138365
<b>hiv/aids</b>	Malawi	0,580345	0,98499374
<b>hiv/aids</b>	Mali	-0,4831846	-0,1992222
<b>hiv/aids</b>	Mauritania	-0,6680014	-0,1265541
<b>hiv/aids</b>	Mozambique	1,4155104	-2,1994699
<b>hiv/aids</b>	Namibia	0,02361503	-0,1663988
<b>hiv/aids</b>	Niger	-0,603557	-0,1194584
<b>hiv/aids</b>	Nigeria	2,11742064	-1,4131657
<b>hiv/aids</b>	Rwanda	0,44585401	0,05093412
<b>hiv/aids</b>	Sao Tome and Principe	-0,6738591	-0,1276705
<b>hiv/aids</b>	Senegal	-0,5001999	-0,1368563
<b>hiv/aids</b>	Sierra Leone	-0,5753257	-0,2033954
<b>hiv/aids</b>	Somalia	-0,6209368	-0,2181909
<b>hiv/aids</b>	South Africa	3,06192599	-3,8716833
<b>hiv/aids</b>	South Sudan	-0,5786964	-0,2307767
<b>hiv/aids</b>	Togo	-0,5829571	-0,1391209
<b>hiv/aids</b>	Uganda	1,64066031	2,66237114
<b>hiv/aids</b>	United Republic of Tanzania	2,04202569	2,28290026
<b>hiv/aids</b>	Zambia	1,37997278	0,57582929
<b>hiv/aids</b>	Zimbabwe	0,58505877	1,33812889

**Πίνακας 5.10.** Z-scores για DAH και αποφευχθέντα DALYs για Ελονοσία για όλες τις χώρες

<b>Diseases</b>	<b>Country</b>	<b>Total DAH z-score</b>	<b>Aggregate Averted DALYs z-score</b>
<b>malaria</b>	Angola	0,21542108	-0,693511
<b>malaria</b>	Benin	-0,0527574	-1,1689648
<b>malaria</b>	Botswana	-0,826528	-0,3602675
<b>malaria</b>	Burkina Faso	-0,0423261	-0,4971019
<b>malaria</b>	Burundi	-0,287857	0,52653489
<b>malaria</b>	Cabo Verde	-0,8314554	-0,3611005
<b>malaria</b>	Cameroon	-0,2825102	-1,1114259

<b>malaria</b>	Central African Republic	-0,7002658	-0,4841485
<b>malaria</b>	Chad	-0,4886278	-0,4335773
<b>malaria</b>	Comoros	-0,7836851	-0,3575809
<b>malaria</b>	Congo	-0,7802101	-0,2955089
<b>malaria</b>	COÿte d'Ivoire	-0,0723783	-0,2311633
<b>malaria</b>	Democratic Republic of the Congo	2,24590454	4,14598151
<b>malaria</b>	Djibouti	-0,7982629	-0,3670348
<b>malaria</b>	Equatorial Guinea	-0,8171028	-0,3183192
<b>malaria</b>	Eritrea	-0,5775406	-0,3572554
<b>malaria</b>	Eswatini	-0,7654071	-0,3565875
<b>malaria</b>	Ethiopia	2,07032256	-0,8857063
<b>malaria</b>	Gabon	-0,7847326	-0,3137392
<b>malaria</b>	Gambia	-0,5961327	-0,2976131
<b>malaria</b>	Ghana	0,89738018	-0,6466187
<b>malaria</b>	Guinea	-0,3609649	-0,4647232
<b>malaria</b>	Guinea-Bissau	-0,7234816	-0,248214
<b>malaria</b>	Kenya	1,73861837	0,50666531
<b>malaria</b>	Lesotho	-0,8369778	-0,3608238
<b>malaria</b>	Liberia	-0,2687898	-0,3435171
<b>malaria</b>	Madagascar	0,48807043	-0,2505699
<b>malaria</b>	Malawi	0,32983881	1,24669698
<b>malaria</b>	Mali	0,0461673	0,04940279
<b>malaria</b>	Mauritania	-0,8027585	-0,37155
<b>malaria</b>	Mozambique	0,9838138	1,08385873
<b>malaria</b>	Namibia	-0,7599652	-0,3298758
<b>malaria</b>	Niger	-0,4207408	-0,9854085
<b>malaria</b>	Nigeria	3,30051823	1,77582092
<b>malaria</b>	Rwanda	0,40055629	0,28791859
<b>malaria</b>	Sao Tome and Principe	-0,7799622	-0,3551911
<b>malaria</b>	Senegal	0,1484906	0,51088917
<b>malaria</b>	Sierra Leone	-0,5425775	-0,5598958
<b>malaria</b>	Somalia	-0,550416	-0,1192287
<b>malaria</b>	South Africa	-0,7843359	-0,3365222
<b>malaria</b>	South Sudan	-0,2428738	-0,2605162
<b>malaria</b>	Togo	-0,5490586	-0,3602623
<b>malaria</b>	Uganda	1,54634509	2,90681583
<b>malaria</b>	United Republic of Tanzania	2,21207362	1,93881582
<b>malaria</b>	Zambia	0,62950538	0,17806568
<b>malaria</b>	Zimbabwe	-0,1423438	-0,2739428

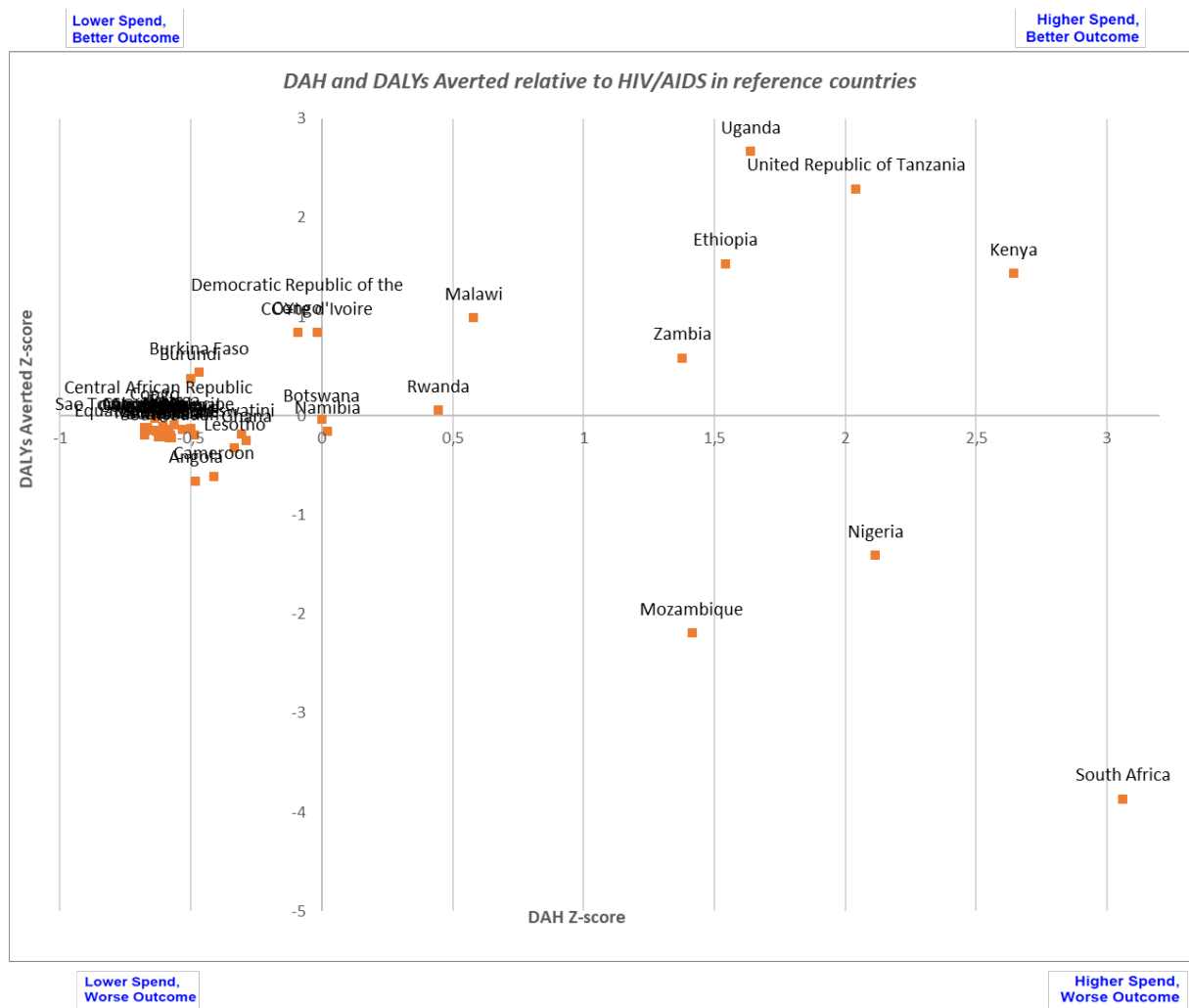
**Πίνακας 5.11.** Z-scores για DAH και αποφευχθέντα DALYs για Φυματίωση για όλες τις χώρες

Diseases	Country	Total DAH z-score	Aggregate Averted DALYs z-score
tuberculosis	Angola	-0,4537985	0,74859578
tuberculosis	Benin	-0,4819673	-0,2247152
tuberculosis	Botswana	-0,4907975	-0,2309172
tuberculosis	Burkina Faso	-0,2929971	-0,5224847
tuberculosis	Burundi	-0,4366526	-0,0892489
tuberculosis	Cabo Verde	-0,7502456	-0,2368206
tuberculosis	Cameroon	-0,4584746	-0,3398412
tuberculosis	Central African Republic	-0,5165201	-0,4950052
tuberculosis	Chad	-0,6583409	-0,4754275
tuberculosis	Comoros	-0,7468522	-0,2280859
tuberculosis	Congo	-0,6884711	-0,1341013
tuberculosis	COÿte d'Ivoire	-0,3670921	-0,1516099
tuberculosis	Democratic Republic of the Congo	1,51656126	0,98712968
tuberculosis	Djibouti	-0,6555144	-0,244045
tuberculosis	Equatorial Guinea	-0,7545413	-0,1697408
tuberculosis	Eritrea	-0,5110757	-0,2007084
tuberculosis	Eswatini	-0,3666521	-0,2512355
tuberculosis	Ethiopia	2,20329161	5,79246331
tuberculosis	Gabon	-0,7444283	-0,2154933
tuberculosis	Gambia	-0,4869119	-0,2574414
tuberculosis	Ghana	0,14369719	-0,2917305
tuberculosis	Guinea	-0,5724027	-0,1835182
tuberculosis	Guinea-Bissau	-0,6098715	-0,2148632
tuberculosis	Kenya	0,97115953	-0,7741042
tuberculosis	Lesotho	-0,3861621	-0,3603206
tuberculosis	Liberia	-0,5167214	-0,1773986
tuberculosis	Madagascar	-0,4829816	-0,2582305
tuberculosis	Malawi	0,73718793	0,16264314
tuberculosis	Mali	-0,5550703	-0,162084
tuberculosis	Mauritania	-0,6695726	-0,2091777
tuberculosis	Mozambique	0,42967324	-0,2803689
tuberculosis	Namibia	-0,1776222	-0,2251763
tuberculosis	Niger	-0,4263084	-0,0946422
tuberculosis	Nigeria	3,4363261	2,24484894
tuberculosis	Rwanda	0,33687366	0,44260268
tuberculosis	Sao Tome and Principe	-0,7337336	-0,2411184
tuberculosis	Senegal	-0,3007086	-0,1659778
tuberculosis	Sierra Leone	-0,4994264	-0,2271433

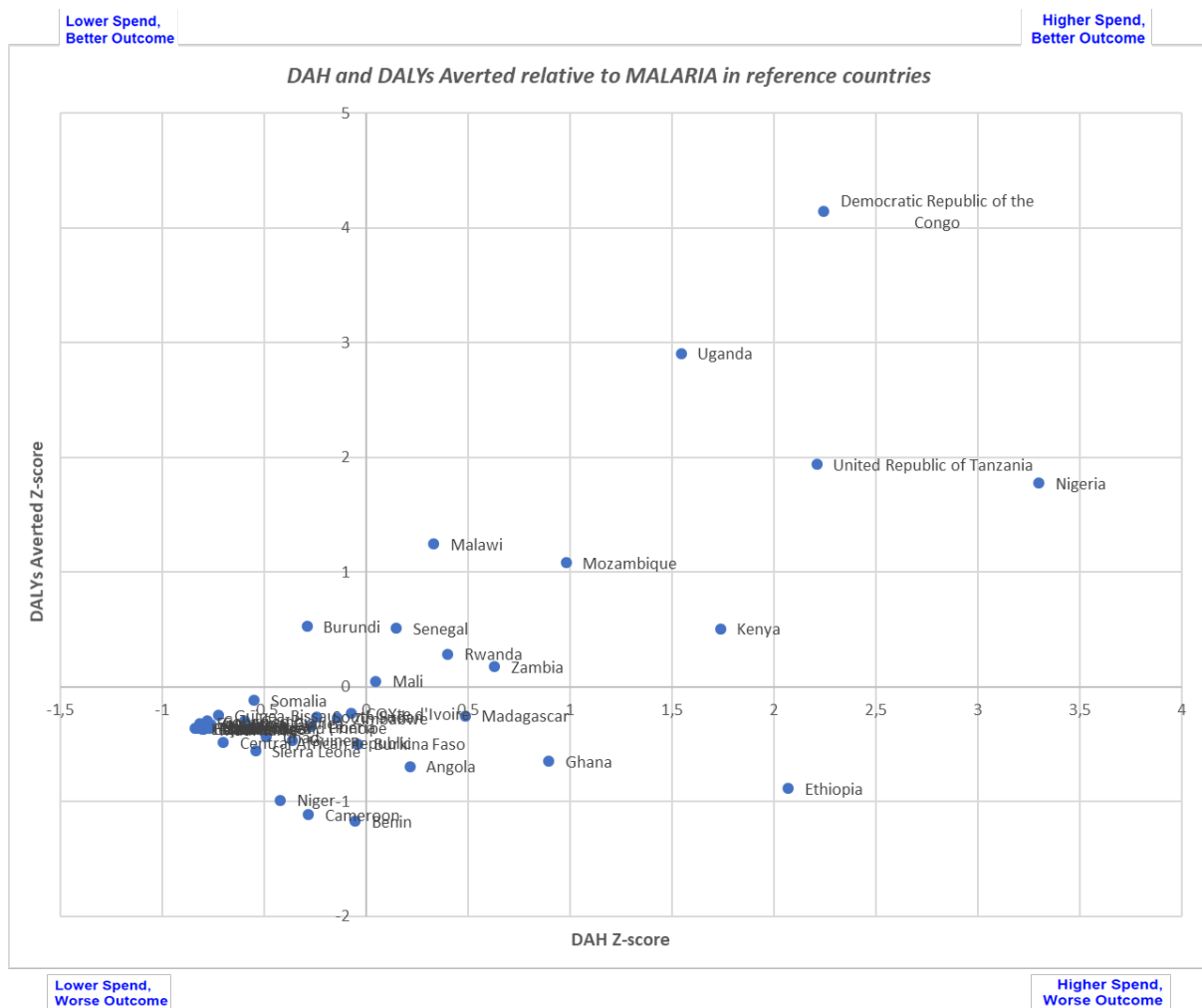
tuberculosis	Somalia	0,10161183	-1,0526477
tuberculosis	South Africa	3,42053757	-0,1167029
tuberculosis	South Sudan	-0,2681844	-0,0889644
tuberculosis	Togo	-0,6519569	-0,2463069
tuberculosis	Uganda	0,84318813	0,13458468
tuberculosis	United Republic of Tanzania	1,0149453	-0,0290565
tuberculosis	Zambia	0,99415247	0,16159254
tuberculosis	Zimbabwe	0,56285031	-0,8080059

Στη συνέχεια, και με βάση τα δεδομένα των Πινάκων 5.9, 5.10 & 5.11, επιχειρείται να αναζητηθεί και παρουσιαστεί μια προτεινόμενη τεκμηριωμένη ιεράρχηση της επιθυμητής κατεύθυνσης της DAH, με βάση τις χώρες αναφοράς και τα νοσήματα σε κάθε μια από αυτές. Ο δείκτης Z-Score χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψουμε και αποτυπώσουμε γραφικά με τη χρήση διαγραμμάτων μήτρας τεταρτημορίων (quadrant matrix chart), τη θέση των τιμών στο σύνολο των δεδομένων DAH και DALYs averted των χωρών αναφοράς και των νοσημάτων σε κάθε μια από αυτές, σε σχέση με τον μέσο όρο και την τυπική τους απόκλιση και τα αποτελέσματα απεικονίζονται γραφικά στα παρακάτω διαγράμματα 5.22, 5.23 & 5.24 αντίστοιχα.

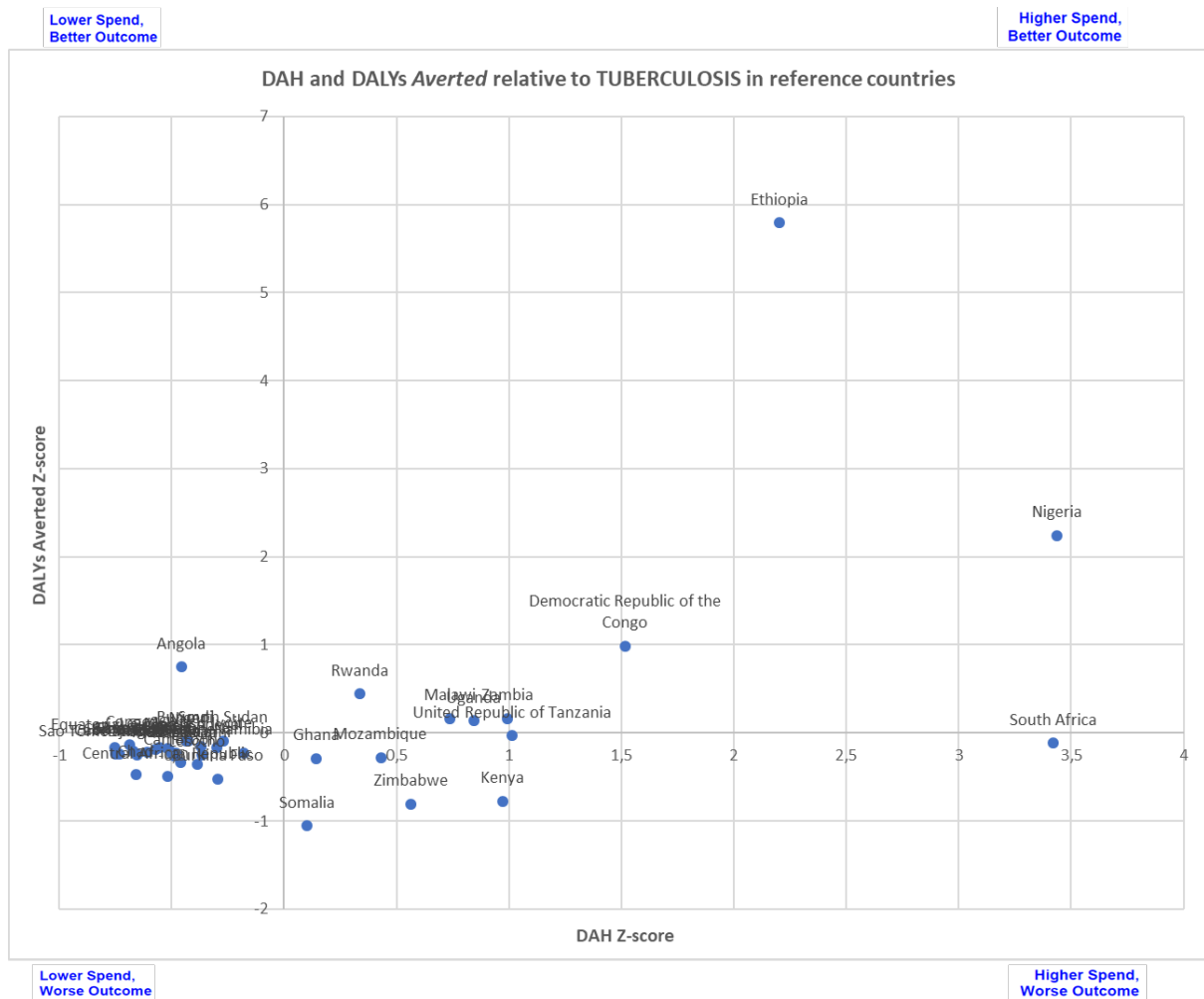
**Γράφημα 5.22.** Χαρτογράφηση χωρών κατά DAH και αποφευχθέντα DALYs για HIV/AIDS



**Γράφημα 5.23.** Χαρτογράφηση χωρών κατά DAI και αποφευχθέντα DALYs για Ελονοσία





**Γράφημα 5.24.** Χαρτογράφηση χωρών κατά DAH και αποφευχθέντα DALYs για Φυματίωση

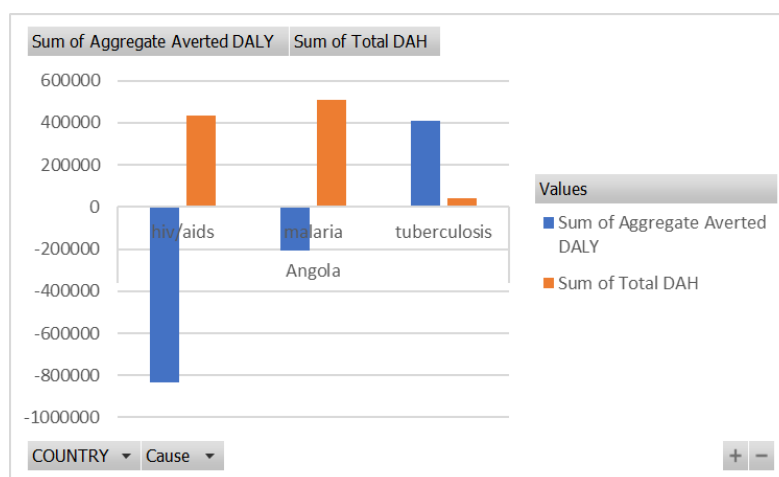
Από τα παραπάνω Γραφήματα 5.22, 5.23 & 5.24 και την τοποθέτηση των χωρών αναφοράς στα τεταρτημόρια τους, προκύπτει, ότι ιεραρχικά:

- προτιμούνται οι χώρες που βρίσκονται στο πάνω αριστερό τεταρτημόριο, οι οποίες απορρόφησαν πόρους χαμηλότερους από τον μέσο όρο της συνολικής χρηματοδότησης των χωρών αναφοράς για κάθε μια από τις νόσους αναφοράς και πέτυχαν εκβάσεις με αποφευχθέντα DALYs περισσότερα από το μέσο όρο αθροιστικά όλων των χωρών αναφοράς για κάθε μία νόσο, και
- ακολουθούν οι χώρες που βρίσκονται στο πάνω δεξιό τεταρτημόριο, που απορρόφησαν πόρους περισσότερους από τον μέσο όρο της συνολικής χρηματοδότησης των χωρών αναφοράς για κάθε μια από τις νόσους αναφοράς και πέτυχαν εκβάσεις με αποφευχθέντα DALYs περισσότερα από το μέσο όρο αθροιστικά όλων των χωρών αναφοράς, για κάθε μία νόσο

- ακολουθούν οι χώρες στο κάτω αριστερό τεταρτημόριο που απορρόφησαν πόρους χαμηλότερους από τον μέσο όρο της συνολικής χρηματοδότησης των χωρών αναφοράς για κάθε μια από τις νόσους αναφοράς και πέτυχαν εκβάσεις με αποφευχθέντα DALYs λιγότερα από το μέσο όρο όλων των χωρών αναφοράς για κάθε μία νόσο, και τέλος,
- η λιγότερο ελκυστική επιλογή αφορά τις χώρες που βρίσκονται στο κάτω δεξιό τεταρτημόριο που απορρόφησαν πόρους περισσότερους από τον μέσο όρο της συνολικής χρηματοδότησης των χωρών αναφοράς για κάθε μια από τις νόσους και πέτυχαν εκβάσεις με με αποφευχθέντα DALYs λιγότερα από το μέσο όρο όλων των χωρών αναφοράς για κάθε μία νόσο.

Αντίστοιχα, η ιεράρχηση και η χαρτογράφηση των χωρών, σαν εργαλεία προτεραιοποίησης της DAH, μας παρουσιάζουν, την αξιοποίηση της βοήθειας, με βάση τις εκβάσεις, για το σύνολο των νοσημάτων, χωρίς όμως να μας διευκρινίζουν, αν αυτή η κατάταξη-ιεράρχηση διαφοροποιείται μέσα σε κάθε χώρα, ανάλογα το κάθε νόσημα ξεχωριστά. Προκειμένου λοιπόν να εξετάσουμε το παραπάνω ερώτημα, εμπλουτίσαμε τον παραπάνω Πίνακα 5.7 με δεδομένα που αφορούν μεγέθη DAH και DALYs averted για κάθε νόσημα μέσα σε κάθε χώρα αναφοράς και δημιουργήσαμε πολλαπλούς Πίνακες ώστε να αναφέρονται σε κάθε χώρα ξεχωριστά αντίστοιχα. Με τη μέθοδο της Γενικευμένης ανάλυσης κόστους - αποτελεσματικότητας (Generalized Cost - effectiveness analysis - CEA), υπολογίστηκαν τα DAH to averted DALYs και DAH to averted Deaths, δηλ. οι λόγοι κόστους-αποτελεσματικότητας από την οπτική κάθε νοσήματος μέσα σε κάθε χώρα αναφοράς. Ενδεικτικά στον παρακάτω Γράφημα 5.25 & στον Πίνακα 5.12 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης για τα όλα τα νοσήματα στην Angola.

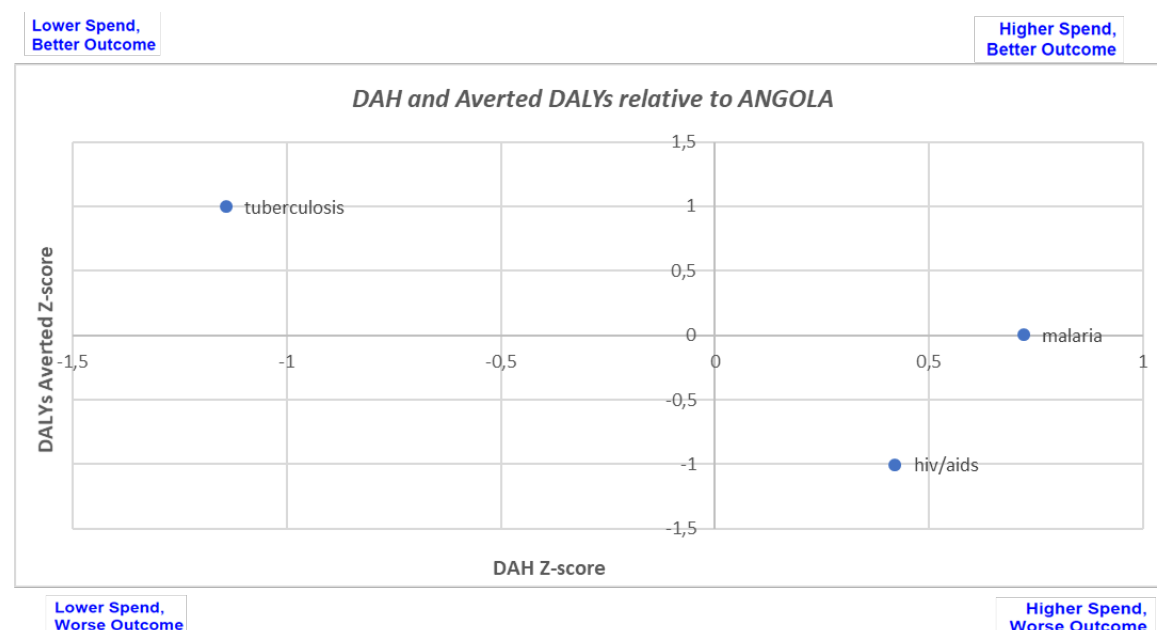
**Γράφημα 5.25.** DAH και αποφευχθέντα DALYs για όλα τα νοσήματα αναφοράς στην Angola



**Πίνακας 5.12.** Z-scores για DAH και αποφευχθέντα DALYs για όλα τα νοσήματα αναφοράς στην Angola

Country	Disease	Total DAH (in \$,000)	Total DAH z-score	Aggregate Averted DALY	Aggregate Averted DALYs z-score
Angola	hiv/aids	434430	0,42130001	-833397	-1,0022524
Angola	malaria	509704	0,72041376	-207136	0,00452008
Angola	tuberculosis	41087	-1,1417138	410690	0,9977323

Ο δείκτης Z-Score του Πίνακα 5.12 χρησιμοποιήθηκε και σε αυτή τη περίπτωση για να περιγράψουμε και αποτυπώσουμε γραφικά με τη χρήση διαγραμμάτων μήτρας τεταρτημορίων (quadrant matrix chart), τη θέση των τιμών στο σύνολο των δεδομένων DAH και DALYs averted των χωρών αναφοράς και των νοσημάτων μέσα σε κάθε μια από αυτές, σε σχέση με τον μέσο όρο και την τυπική τους απόκλιση και τα αποτελέσματα απεικονίζονται γραφικά στο παρακάτω γράφημα 5.26.

**Γράφημα 5.26.** Χαρτογράφηση νοσημάτων κατά DAH και αποφευχθέντα DALYs για την Angola

Από την παραπάνω ανάλυση και σε συσχετισμό με τα ευρήματα που αποτυπώνονται στο Γράφημα 5.21, η χώρα της Angola εμφανίζεται να είναι:

- ιδιαίτερα αποδοτική στην αξιοποίηση της βοήθειας που κατευθύνεται μόνο στη Φυματίωση (όπου επιτυγχάνει καλύτερα του μέσου όρου αποτελέσματα, με μεγαλύτερη του μέσου όρου μείωση της χρηματοδότησης),
- σε αντίθεση με τα νοσήματα της Ελονοσίας, όπου παρά την αυξημένη σε σχέση με τον μέσο όρο χρηματοδότηση, παρουσιάζει αποτελέσματα ίδια με τον μέσο όρο και βέβαια τον HIV/AIDS, όπου η επένδυση κρίνεται καθόλου ελκυστική για να κατευθυνθούν πόροι.

Τέλος, εκτιμήθηκε κατά πόσον η βοήθεια στις χώρες αναφοράς κρίνεται ως αποδοτική ή όχι, λαμβάνοντας υπόψη το λόγο κόστους-αποτελεσματικότητας της DAH to DALYs, όπως αυτός υπολογίστηκε και έχει παρουσιαστεί και σε προηγούμενους πίνακες, σε συνδυασμό με το μέσο GDP per capita κάθε χώρας αναφοράς για τα έτη 1995-2018. Για τον υπολογισμό ελήφθη υπόψη η πρόταση του ΠΟΥ για τα όρια εκτίμησης, σύμφωνα με τα οποία,

- εάν DAH/DALYs averted < 1x GDP per capita τότε = Very Cost-effective
- εάν DAH/DALYs averted = 1x-3x GDP per capita τότε = Cost-effective και
- εάν DAH/DALYs averted = >3x GDP per capita τότε = Non Cost-effective

(WHO, 2003)

Στην περίπτωση, όπου έχουμε θετική μεταβολή της έκβασης (DALYs averted) με παράλληλη μείωση του κόστους-χρηματοδότησης (DAH), τότε αξιολογείται ως = Dominant, ενώ αντίθετα στην περίπτωση, όπου έχουμε αρνητική μεταβολή της έκβασης (DALYs averted) με παράλληλη αύξηση του κόστους-χρηματοδότησης (DAH), τότε αξιολογείται ως = Dominated.

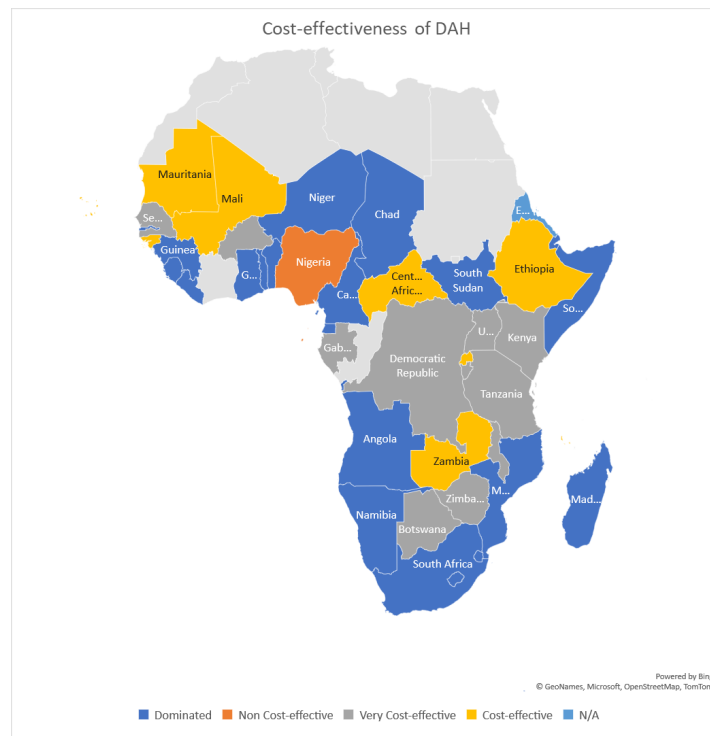
Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 5.13, ενώ η γραφική απεικόνιση σε χάρτη στο Γράφημα 5.27.

**Πίνακας 5.13.** Αξιολόγηση του λόγου Κόστους-αποτελεσματικότητας για όλες τις χώρες αναφοράς

Country	DAH to averted DALYs (in \$,000)	GDP per capita (x1)	GDP per capita (x3)	Cost effective?
Namibia	-48,82			Dominated
Liberia	-31,38			Dominated
Gambia	-19,85			Dominated
Togo	-18,86			Dominated
South Sudan	-16,55			Dominated
Madagascar	-11,40			Dominated

<b>Eswatini</b>	-8,87			Dominated
<b>Ghana</b>	-4,62			Dominated
<b>Guinea</b>	-2,52			Dominated
<b>Djibouti</b>	-2,50			Dominated
<b>Mozambique</b>	-2,41			Dominated
<b>Lesotho</b>	-2,21			Dominated
<b>Sierra Leone</b>	-1,71			Dominated
<b>Angola</b>	-1,56			Dominated
<b>South Africa</b>	-1,53			Dominated
<b>Chad</b>	-1,52			Dominated
<b>Benin</b>	-1,41			Dominated
<b>Niger</b>	-1,30			Dominated
<b>Somalia</b>	-1,16			Dominated
<b>Cameroon</b>	-0,70			Dominated
<b>Equatorial Guinea</b>	-0,35			Dominated
<b>Nigeria</b>	24,14	4180,89	12542,67	Non Cost-effective
<b>Botswana</b>	11,26	12589,25	37767,74	Very Cost-effective
<b>Sao Tome and Principe</b>	9,95	3295,59	9886,76	Non Cost-effective
<b>Cabo Verde</b>	7,38	5136,53	15409,60	Cost-effective
<b>Mauritania</b>	5,68	4690,69	14072,06	Cost-effective
<b>Eritrea</b>	5,57	N/A	N/A	N/A
<b>Comoros</b>	5,18	2846,49	8539,47	Cost-effective
<b>Mali</b>	4,98	1918,22	5754,66	Cost-effective
<b>Zambia</b>	3,42	2661,99	7985,96	Cost-effective
<b>Rwanda</b>	3,33	1320,27	3960,82	Cost-effective
<b>Guinea-Bissau</b>	3,29	1805,04	5415,12	Cost-effective
<b>Kenya</b>	3,20	3569,45	10708,36	Very Cost-effective
<b>Central African Republic</b>	2,63	1039,82	3119,45	Cost-effective
<b>Gabon</b>	2,07	16015,05	48045,16	Very Cost-effective
<b>Senegal</b>	1,66	2737,54	8212,61	Very Cost-effective
<b>Zimbabwe</b>	1,57	2291,81	6875,44	Very Cost-effective
<b>United Republic of Tanzania</b>	1,46	1838,03	5514,10	Very Cost-effective
<b>Ethiopia</b>	1,41	1141,83	3425,50	Cost-effective
<b>Burkina Faso</b>	1,37	1584,38	4753,15	Very Cost-effective
<b>Malawi</b>	1,22	1245,09	3735,28	Very Cost-effective
<b>COÛte d'Ivoire</b>	1,16	3974,56	11923,68	Very Cost-effective
<b>Uganda</b>	0,99	1635,31	4905,94	Very Cost-effective
<b>Democratic Republic of the Congo</b>	0,64	890,45	2671,34	Very Cost-effective
<b>Congo</b>	0,53	4673,86	14021,59	Very Cost-effective
<b>Burundi</b>	0,50	835,57	2506,70	Very Cost-effective

**Γράφημα 5.27.** Αξιολόγηση του λόγου Κόστους-Αποτελεσματικότητας για όλες τις χώρες αναφοράς



Από την ανάλυση που προηγήθηκε για την αξιολόγηση του λόγου Κόστους-αποτελεσματικότητας για όλες τις χώρες αναφοράς, εκτιμάται, ότι η DAH φαίνεται να είναι Cost-effective και μάλιστα Very Cost-effective σε αρκετές χώρες της έρευνάς μας ιδιαίτερα στις χώρες που έχουν κατηγοριοποιηθεί χαμηλά με κριτήριο τον Δείκτη Ανθρώπινης Ανάπτυξης (HDI).

Συμπερασματικά, και από την ολοκληρωμένη ανάλυση που πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της παρούσας διατριβής προκύπτει, ότι η απλή αξιολόγηση, ιεράρχηση και χαρτογράφηση σε επίπεδο νοσημάτων ή/και χωρών αναφοράς ή/και ομάδας χωρών από μόνη της ΔΕΝ επαρκεί για την τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων ως προς την κατεύθυνση της DAH (δηλ. σε ποιο νόσημα ή σε ποια χώρα ή σε ποια ομάδα χωρών πρέπει να επενδύσω αποδοτικά για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας των κατοίκων ή της αποφυγής θανάτων).

Αυτό είναι εμφανές, από τη διαφορετική θέση που τοποθετείται-κατατάσσεται κάθε νόσημα ή/και κάθε χώρα ως προς την απόδοση της βοήθειας, όταν εξετάζεται αυτοτελώς ή σε σχέση με κάθε νόσημα και κάθε χώρα συνδυαστικά ή ακόμα και με βάση τον δείκτη εκβάσεων που επιλέγεται (δες Πίνακες και Γραφήματα της ενότητας 5.5).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

### Η περίπτωση χρηματοδότησης των φορέων της Κοινωνίας των Πολιτών που δρουν στο χώρο της υγείας στην Ελλάδα

#### 6.1. Το διεθνές περιβάλλον

Η αυτο-οργάνωση των ασθενών και η παρουσία τους μέσω θεσμικών οργάνων, κυρίως σωματειακής μορφής στην Ευρωπαϊκή Ήπειρο παρουσιάζεται μεταπολεμικά (2ος Π.Π.) και κυρίως κατά την δεύτερη δεκαετία της ελεύθερης Ευρώπης όπου για πρώτη φορά έχουμε ένα μέτωπο αγώνα κατά του στίγματος, της προκατάληψης και του φόβου για τους οροθετικούς ασθενείς. Με την πορεία των ετών η δυναμική των πρώτων αυτών οντοτήτων μεγάλωσε και συνδέθηκε με έναν παράλληλο εκσυγχρονισμό των εθνικών συστημάτων υγείας. Ειδικά οι δύο τελευταίες δεκαετίες του προηγούμενου αιώνα χαρακτηρίζονται, σε ότι αφορά τους συλλογικότητες των ασθενών, ως μία ακμάζουσα περίοδος, αλλά και ως μία περίοδος προετοιμασίας για την μεγάλη επιρροή που θα αποκτήσουν τον 21ο αιώνα (Bedlington et al, 2017; Sienkiewicz et al, 2017).

Σύμφωνα με τον ορισμό που δίνει ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φαρμάκων ως Σύλλογοι Ασθενών νοούνται εκείνοι οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί, οι οποίοι αφενός δραστηριοποιούνται προς όφελος των ασθενών και αφετέρου αυτοί στα διοικητικά όργανα των οποίων οι ασθενείς ή/και οι φροντιστές αντιπροσωπεύουν την πλειονότητα των μελών τους. Ειδικότερα, όσον αφορά τους φροντιστές, σε αυτούς αναφέρεται στις περιπτώσεις όπου οι ασθενείς δεν είναι σε θέση να παρίστανται στις δραστηριότητες αυτοπροσώπως. Οι οργανισμοί αυτοί διακρίνονται σε διεθνείς οργανισμούς - ομπρέλες, σε ευρωπαϊκούς οργανισμούς και σε εξειδικευμένους οργανισμούς για συγκεκριμένες ασθένειες που εκπροσωπούν εθνικές οργανώσεις ή μεμονωμένους ασθενείς για οξείες ή/και χρόνιες ασθένειες (European Medicines Agency, 2022).

Οι Σύλλογοι Ασθενών δεν θα πρέπει να επικρίνονται για τις σχέσεις που αναπτύσσουν με τις φαρμακευτικές εταιρείες, ούτε για τη δυνατότητα που έχουν να χρηματοδοτούνται από αυτές. Σαφώς, εκτός από τη διαφάνεια που είναι προαπαιτούμενο για τις σχέσεις μεταξύ των δύο μερών, είναι φρόνιμο οι σύλλογοι να έχουν ένα αρκετά μεγάλο φάσμα πηγών χρηματοδότησης, εντός και εκτός φαρμακευτικής αγοράς, ώστε να μην δημιουργούνται απόλυτες εξαρτήσεις των δύο πλευρών. Στην διεθνή βιβλιογραφία εντοπίζουμε περιπτώσεις ίδρυσης ενώσεων με πρωτοβουλία των ίδιων των επιχειρηματικών οργανισμών, γεγονός που εγείρει ζητήματα

σχετικά με την ανεξαρτησία αλλά και την αυτάρκεια σε πόρους που έχουν οι εν λόγω ενώσεις. Σε αυτό το σημείο αξίζει να τονιστεί ότι οι ενώσεις ασθενών θα πρέπει να έχουν την ικανότητα να αρνηθούν συγκεκριμένες προτάσεις χρηματοδότησης και να διατηρούν πάντα τη δυνατότητα επιλογών αλλά και τη ικανότητα να οδηγούν τις εξελίξεις που αφορούν την οντότητα του νομικού τους προσώπου αλλά και των ασθενών που εκπροσωπούν (Taylor and Denegri, 2017; Leto di Priolo et al, 2012). Τέλος στο κρίσιμο ερώτημα που τίθεται λόγω των ως άνω κρίσιμων ερωτημάτων σχετικά με την ανεξαρτησία ή μη και την δυνατότητα των ενώσεων να χρηματοδοτούνται από τις φαρμακευτικές εταιρείες, η μέχρι σήμερα αξιολόγηση από τη διεθνή βιβλιογραφία κατηγορηματικά απαντά πως η χρηματοδότηση σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να σταματήσει, εάν και εφόσον, οι ενώσεις διατηρούν την δυνατότητα εναλλακτικών επιλογών και οι συμφωνίες παραμένουν διαφανείς, αξιοκρατικές και πάντα υπό το πρίσμα την ασθενοκεντρικής προσέγγισης (Kent, 2007; Ozieranski, 2019). Η παρούσα μελέτη προσπαθεί να καλύψει ένα σημαντικό ζήτημα το οποίο δεν έχει αναλυθεί ευρέως στην ελληνική περίπτωση. Ταυτόχρονα, βασίζεται σε βέλτιστες μεθοδολογικές πρακτικές που χρησιμοποιούνται διεθνώς.

## **6.2. Η χρηματοδότηση των Συλλόγων Ασθενών στην Ελλάδα από την φαρμακευτική βιομηχανία**

Οι περισσότεροι Σύλλογοι Ασθενών στην Ελλάδα συνεργάζονται με τις φαρμακευτικές εταιρείες για την υλοποίηση των στόχων τους, αλλά και την συνεχή αναβάθμιση των υπηρεσιών που προσφέρουν στους ασθενείς - μέλη τους. Το ζήτημα που τίθεται στη διεθνή βιβλιογραφία αφορά, στο κατά πόσο εμπορευματοποιείται η σχέση φαρμακευτικών εταιρειών - συλλόγων ασθενών. Στις ελάχιστες μελέτες που έχουν δημοσιευθεί μέχρι σήμερα (σχ. Ηνωμένο Βασίλειο, Σουηδία, Φινλανδία κ.α.) διαφαίνεται πως υπάρχει σχέση μεταξύ των προϊόντων που παρασκευάζει μία φαρμακευτική και των αποδεκτών των δωρεών που πραγματοποιεί (Ozieranski et al, 2019; Mulinari et al, 2020; Hemminki et al, 2010).

Στην χώρα δραστηριοποιούνται πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες συλλογικότητες ασθενών. Η κατηγοριοποίηση που θέτει ο Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (ΣΦΕΕ) ανάλογα με την θεραπευτική κατηγορία που ανήκουν τα μέλη τους είναι η εξής: AIDS, Alzheimer, Αγέννητο Παιδί, Αιμοδοσία, Αιμορροφιλία, Αλλεργικές Παθήσεις, Αναιμία, Ανοσοανεπάρκεια, Αυτοάνοσες Συστηματικές Ασθένειες, Διαβήτης, Δρεπανοκυτταρική & Μικροδρεπανοκυτταρική αναιμία, Θαλασσαιμία, Καρδιοπάθεια, Καρκινοπαθών Σύλλογοι, Καρκίνος Μαστού, Καρκίνος Παιδικός, Κυστική Ίνωση, Μεγαλακρία, Μελαγχρωστική



Αμφιβληστροπάθεια, Μεσογειακή Αναιμία, Νεφροπάθεια, Νόσος Crohn & Ελκώδης Κολίτις, Νόσος Gaucher, Οστεοπόρωση, Παραπληγία, Πνευμονική Υπέρταση, Πόνος, Πρόωρα νεογνά, Ρευματοπάθειες, Σκλήρυνση Κατά Πλάκας, Σπάνιες Παθήσεις, Τυφλών Ενώσεις, Υποστήριξη Γονιμότητας, Ψυχική Υγεία και Ψωρίαση (Hellenic Association of Pharmaceutical Companies, n.d.a).

Στην Ελλάδα έχει θεσπιστεί ισχυρό θεσμικό πλαίσιο τόσο στην κείμενη νομοθεσία, όσο και στον επιφορτισμένο με την εποπτεία των φαρμακευτικών επιχειρήσεων επιμελητηριακό φορέα, με σκοπό τη διαφάνεια στην τήρηση και δημοσιοποίηση δεδομένων των δωρεών από τις φαρμακευτικές εταιρείες προς τους δημόσιους ή κρατικούς φορείς, τις επιστημονικές εταιρείες, τους ιατρικούς συλλόγους, τα κοινωνικά φαρμακεία, τις ΜΚΟ, τα νοσοκομεία, τα πανεπιστήμια και τους συλλόγους ή τις ενώσεις ασθενών.

Ως προς την ελληνική νομοθεσία υπάρχουν σχετικές προβλέψεις για την δημοσιοποίηση στοιχείων από πλευράς των φαρμακευτικών επιχειρήσεων. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με το νόμο υπ' αριθμ. 4316 του 2014 και συγκεκριμένα με το άρθρο 66 εδάφιο 7) α. "Υποχρέωση Δημοσιοποίησης" και 7) β. "Κυρώσεις", όπως ισχύουν σήμερα, προβλέπεται όχι μόνο η δημοσιοποίηση των εν λόγω στοιχείων το αργότερο εντός έξι μηνών για κάθε παροχή που χορηγεί σε Επαγγελματίες υγείας και Επιστημονικούς Υγειονομικούς Φορείς, αλλά και σχετικό διοικητικό πρόστιμο από 30.000 έως 100.000 ευρώ σε περίπτωση μη συμμόρφωσής τους.

Παράλληλα, ο κώδικας του ΣΦΕΕ προβλέπει τη δυνατότητα των φαρμακευτικών επιχειρήσεων να παρέχουν δωρεές στους προαναφερόμενους φορείς υγειονομικού ενδιαφέροντος που εδρεύουν στην Ελλάδα με σκοπό να ενισχύσουν την λειτουργία και το παραγόμενο ερευνητικό προϊόν τους, το οποίο ως τελικό ωφελούμενο έχει τον ίδιο τον ασθενή. Σύμφωνα με το κεφάλαιο 2 "*Σχέσεις Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων με ΕΥ, ΕΥΦ & ΕΑ*" (άρθρο 6 έως 12) και το κεφάλαιο 4 "*Διατάξεις για τις σχέσεις μεταξύ ΦΕ - ΕΑ*" (άρθρο 21 έως 29) του επικαιροποιημένου Κώδικα Δεοντολογίας (2020) του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος οι εταιρείες που προβαίνουν σε δωρεές υπέρ των ως άνω οντοτήτων θα πρέπει να αναρτούν στις αρχές κάθε έτους την δραστηριότητά τους ως προς τις δωρεές του προηγούμενου έτους (Hellenic Association of Pharmaceutical Companies, n.d.b). Ειδικότερα, στο άρθρο 29 του Κ.Δ. καθίσταται σαφές ότι οι Φαρμακευτικές Εταιρείες είναι επιφορτισμένες α) με την υποχρέωση ανάρτησης στην ιστοσελίδα τους σε δημόσια προσβάσιμο κατάλογο των οικονομικών δεδομένων ή/και άλλων συναφών στοιχείων για την σύμπραξη με Ενώσεις

Ασθενών στις οποίες έχουν παράσχει άμεση ή έμμεση οικονομική υποστήριξη, καθώς επίσης, β) με το να δίνουν πληροφορίες για τον χαρακτήρα της εν λόγω υποστήριξης με συγκεκριμένο τρόπο δίνοντας στοιχεία για το ύψος της υποστήριξης, το μη οικονομικό όφελος της ΕΑ, τις συμβατικές υπηρεσίες κ.α. (Hellenic Association of Pharmaceutical Companies, 2020).

Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί, ότι σύμφωνα με εκτεταμένη μελέτη των δημοσιοποιημένων σχετικών στοιχείων στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας, η πλειονότητα των φαρμακευτικών επιχειρήσεων έχει αναρτημένα σε εμφανές και εύκολα προσβάσιμο σημείο το μεθοδολογικό σημείωμα εφαρμογής του Κώδικα Δημοσιοποίησης της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Ενώσεων Φαρμακευτικών Βιομηχανιών (EFPIA, 2021), και την εξειδίκευσής του στον Κώδικα Δεοντολογίας του ΣΦΕΕ, και την Ελληνική Νομοθεσία. Σε ορισμένα μεθοδολογικά σημειώματα εταιρειών αναφέρεται ρητά ότι τα στοιχεία που δημοσιοποιούνται, παραμένουν σε δημόσια θέα έως και 5 έτη από την ημερομηνία ανάρτησης. Βεβαίως, στην ειδική ιστοσελίδα του ΣΦΕΕ που αναρτώνται οι δωρεές δεν γίνεται μνεία για το χρονικό διάστημα διατήρησης τους. Μάλιστα, λαμβάνοντας υπόψη την γνωστοποίηση για την αποποίηση ευθύνης του ΣΦΕΕ ως προς τα αναρτημένα στοιχεία “... Ο διαπιστευμένος χρήστης συμφωνεί ότι είναι αποκλειστικά υπεύθυνος για το Περιεχόμενο Χρήστη που τον αφορά ή/και για τυχόν συνέπειες που προκύπτουν σε σχέση με το εν λόγω Περιεχόμενο Χρήστη (συμπεριλαμβανομένων τυχόν ζημιών ή βλαβών που υπέστη ή επιβάρυνε τον ΣΦΕΕ). Ο ΣΦΕΕ δεν αναλαμβάνει καμία ευθύνη έναντι του χρήστη ή οποιουδήποτε τρίτου σχετικά με το περιεχόμενο που εισάγει ο χρήστης ή για τις συνέπειες που απορρέουν ή/και σχετίζονται με αυτό. Επιπλέον, ο διαπιστευμένος χρήστης συμφωνεί ότι ο ίδιος είναι υπεύθυνος για την προστασία και την εφαρμογή τυχόν δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας που υφίστανται στο Περιεχόμενο Χρήστη ... Οποιαδήποτε αναγκαία αλλαγή στο περιεχόμενο που πρέπει να πραγματοποιηθεί από τον ΣΦΕΕ θα γίνεται μόνο κατόπιν γραπτού αιτήματος του διαπιστευμένου χρήστη” (Hellenic Association of Pharmaceutical Companies, 2021) αντιλαμβανόμαστε πως η ευθύνη ορθής και ακριβούς καταγραφής των δεδομένων βαρύνει την φαρμακευτική εταιρεία και το εξουσιοδοτημένο στέλεχος για την εισαγωγή των στοιχείων στη βάση δεδομένων.

### 6.3. Μεθοδολογία

Στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης εντοπίστηκαν 936 δωρεές φαρμακευτικών εταιρειών προς ενώσεις ή συλλόγους ασθενών.<sup>27</sup> Έχει γίνει κωδικοποίηση των παραληπτών βάσει των

---

<sup>27</sup> Τα στοιχεία του αρχείου δεδομένων που δημιουργήθηκε για την ανάλυσή μας καταγράφησαν - ανακτήθηκαν με ημερομηνία επίσκεψης στην συγκεκριμένη εφαρμογή την 19/02/2022. Η ανάκτηση τους έγινε από την

ασθενειών που καλύπτουν, με κωδικοποίηση ICD10. Όπως ήδη έχει αναλυθεί στο 2ο κεφάλαιο της παρούσας διατριβής, η διερεύνηση των θεμάτων που άπτονται της υγείας είναι συνετό να πραγματοποιείται με την εν λόγω κωδικοποίηση, καθώς με αυτό τον τρόπο καθίσταται δυνατή η κατά το δυνατόν πληρέστερη μεθοδολογικά αποτύπωση και διασταύρωση των πληροφοριών που παρατίθενται. Η περίοδος των καταγραφών που καλύπτεται στην έρευνά μας, αφορά τα έτη 2013 έως και το 2020. Για το τελευταίο έτος έχουν ενταχθεί οι δωρεές που είχαν καταγραφεί μέχρι την ημερομηνία ανάκτησης των δεδομένων.

Με τη χρήση των φίλτρων της βάσης δεδομένων για την απομόνωση των δεδομένων που αφορούσαν ΟΑ, παρατηρήθηκαν τα εξής: α) από τις αρχικές 1055 εγγραφές, 118 εγγραφές δεν αφορούσαν ΟΑ, αλλά άλλες κατηγορίες παραληπτών και φιλτράρονταν χειροκίνητα, αφήνοντας 936 έγκυρες εγγραφές, β) σε 295 από τις 936 (31,5%) δωρεές δεν γνωστοποιήθηκαν οι παραλήπτες ΟΑ, γ) σε 30 από τις 936 (3,2%) δωρεές γνωστοποιήθηκε ο σκοπός της δωρεάς.

Για κάθε δωρεά ανακτήθηκαν τα ακόλουθα δεδομένα: Ο δωρητής (φαρμακευτικές εταιρείες), ο παραλήπτης (ΟΑ), ο σκοπός της δωρεάς, η ημερομηνία της δωρεάς και το ποσό. Για την αποτελεσματική κωδικοποίηση και διαχείριση των δεδομένων εφαρμόστηκαν οι ακόλουθες παρεμβάσεις. Πρώτον, ελλείπει κωδικοποιημένου εργαλείου για την εισαγωγή δεδομένων στη βάση δεδομένων, οι χρήστες (φαρμακευτικές εταιρείες) εισάγουν όλα τα δεδομένα χειροκίνητα. Σε πολλές περιπτώσεις, τα ονόματα των δωρητών και των αποδεκτών δεν αντιστοιχούσαν στην επίσημη επωνυμία της νομικής οντότητας, με αποτέλεσμα να υπάρχουν ασυνέπειες στα ονόματα που καταγράφονται.<sup>28</sup> Έτσι, όλα τα ονόματα ελέγχθηκαν, επαληθεύτηκαν και διορθώθηκαν όταν χρειάστηκε για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας.

Δεύτερον, οι παραλήπτες (ΟΑ) κατηγοριοποιήθηκαν με βάση τις ασθένειες που καλύπτουν, χρησιμοποιώντας κωδικοποίηση ICD10. Είναι σημαντικό να διερευνώνται θέματα που

---

ιστοσελίδα του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος. Η έρευνά μας περιορίστηκε μόνο στους Συλλόγους Ασθενών ως παραλήπτες. Παρατηρήθηκαν τα εξής: α) Πολλά πεδία παραληπτών δεν ήταν συμπληρωμένα στη σχετική λίστα του ΣΦΕΕ (N/A PO), β) Εντοπίστηκαν στοιχεία που δεν ταυτίζονται με Συλλόγους Ασθενών (αρχικές εγγραφές 1055, τελικές εγγραφές 936, μη συμβατές 118 εγγραφές), γ) Σε κάποιες δωρεές δεν είχε συμπληρωθεί ο σκοπός και κατηγοριοποιήθηκαν ως "N/A PURPOSE PO". Η ανάλυση των δεδομένων αφορά τις δωρεές των εταιρειών προς τους Συλλόγους Ασθενών έως και 31/12/2020, όπως αυτές εμφανίζονται στο σύνδεσμο: <https://www.donations.sfee.gr>.

<sup>28</sup> Για παράδειγμα, ο Σύλλογος Ελλήνων Οροθετικών "ΘΕΤΙΚΗ ΦΩΝΗ" θα μπορούσε να βρεθεί γραμμένος με διάφορους τρόπους, όπως "Σύλλογος Ασθενών κατά του HIV ΘΕΤΙΚΗ ΦΩΝΗ", "ΘΕΤΙΚΗ ΦΩΝΗ Άνθρωποι & HIV" κ.λπ.

σχετίζονται με την υγεία με τη χρήση αυτής της κωδικοποίησης, καθώς επιτρέπει στις παρεχόμενες πληροφορίες να είναι όσο το δυνατόν πιο ακριβείς και διασταυρωμένες από μεθοδολογική άποψη. Επιπροσθέτως, για την καλύτερη διαχείριση των δεδομένων του πίνακα, έγινε κωδικοποίηση του σκοπού των δωρεών σε ευρύτερες ομάδες διαδικασιών που μπορούν να αξιοποιηθούν οι δωρεές (campaigns - conferences, education, general - unallocated, patient assistance, n/a purpose, infrastructure & equipment, research, actions & projects, scholarship, sponsorship). Για την τελική μορφή της κωδικοποίησης των σκοπών σε ομάδες, συμβουλευτήκαμε τη διεθνή βιβλιογραφία και κυρίως την πιο πρόσφατη έρευνα μελέτης και ανάλυσης ανάλογων θεμάτων, αλλά και την αναγραφόμενη αιτιολογία στην ερευνόμενη βάση (Mulinari et al, 2020).

Καθώς η μελέτη αυτή είναι η πρώτη που εξετάζει τις δωρεές των φαρμακευτικών εταιρειών προς τις Οργανώσεις Ασθενών. στην Ελλάδα, εξετάζει θεμελιώδη ερωτήματα όπως οι ασθένειες και οι δράσεις (σκοποί) που προσελκύουν τις περισσότερες δωρεές, καθώς και εξετάζει για "αποκλειστικότητες" στις δωρεές σε ορισμένες θεραπευτικές κατηγορίες (είτε από την πλευρά του δωρητή είτε από την πλευρά του παραλήπτη). Επίσης, η μελέτη παρέχει πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με τα πλεονεκτήματα και τις ελλείψεις του ισχύοντος πλαισίου για την καταγραφή των δεδομένων, ως κρίσιμοι παράγοντα διαφάνειας, καθώς και το επίπεδο εμπορευματοποίησης των δωρεών προς τις ΟΑ.

Η μεθοδολογική στρατηγική που ακολουθήθηκε για την εκπόνηση της παρούσας, περιλαμβάνει δευτερογενή ποσοτική έρευνα με σκοπό την αντικειμενική μέτρηση και αποτύπωση του εύρους των δεδομένων, μέσω αριθμητικής ανάλυσης και συγκεκριμένα περιγραφικής ανάλυσης (descriptive analysis), καθώς και συσχετίσεων (correlation) παραγόντων, ώστε να διερευνηθεί η πιθανότητα συσχέτισης των εν λόγω δωρεών με τα προϊόντα των καταγεγραμμένων εταιρειών. Πιο συγκεκριμένα, στην περιγραφική ανάλυση αποτυπώνονται ποσοτικά στοιχεία όπως ο αριθμός των εταιρειών - δωρητών, ο αριθμός των συλλόγων ασθενών - παραληπτών, τα χρηματικά ποσά των δωρεών, το σκοπό της δωρεάς, κ.λ.. Μέσα από την ανάλυση προέκυψε η ανάδειξη των 10 μεγαλύτερων σε ποσά δωρεών εταιρειών και των 10 μεγαλύτερων αποδεκτών δωρεών συλλόγων ασθενών.

Για την εκπόνηση της συγκεκριμένης έρευνας αντλήθηκε από τη μεθοδολογική εργαλειοθήκη η επισκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας (κυρίως της πρόσφατης), ως βασικό βήμα μέσω του οποίου επιδιώχθηκε η ανάκτηση σύγχρονων δεδομένων, πρακτικών και πληροφοριών (Aleixandre-Benavent et al., 2011). Επιπλέον, μέσω της βιβλιογραφικής επισκόπησης

συζητήθηκαν τα δικά μας ευρήματα και επιβεβαιώθηκε η συμφωνία τους με τα κύρια ευρήματα άλλων μελετών, γεγονός που καθιστά σαφή τον σημαντικό ρόλο της μελέτης της υφιστάμενης βιβλιογραφίας προς την κατεύθυνση παροχής πληροφοριών και σημαντικών κατευθυντήριων γραμμών ανάλυσης (Snyder, 2019).

#### 6.4. Η χρηματοδότηση των Συλλόγων Ασθενών στην Ελλάδα από την φαρμακευτική βιομηχανία την περίοδο 2013 - 2020 - Ανάλυση

Η χρηματοδότηση των συλλόγων ασθενών από τις φαρμακευτικές εταιρείες παρουσίασε μια μικτή εικόνα την περίοδο 2013 - 2020. Η υψηλότερη χρηματοδότηση καταγράφηκε το 2019 καθώς ξεπέρασε το 1 εκ. ευρώ ενώ ποσά άνω των 900 χιλ. ευρώ διατέθηκαν τα έτη 2015 και 2017.

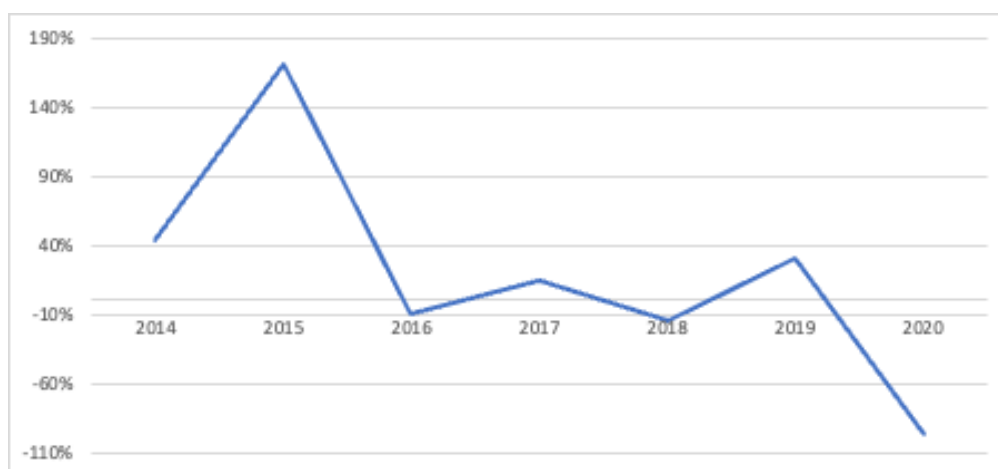
**Πίνακας 6.1.** Δωρεές ανά έτος της περιόδου 2013-2020 από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις προς της ενώσεις και τους συλλόγους ασθενών

Reported drug company payments to patient organisations in Greece (2013–20)									
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
<b>Value of payments (€)</b>	246.352	353.721	959.000	860.089	980.430	832.550	1.081.185	33.664	5.346.991
<b>No. of Payments</b>	37	71	165	162	145	152	194	10	936
<b>Average</b>	6.658	4.982	5.812	5.309	6.762	5.477	5.573	3.366	5.713
<b>Median</b>	4.000	4.000	3.000	3.000	4.000	3.500	4.000	1.922	3.500
<b>N.of drug companies</b>	5	9	28	35	28	30	36	5	47
<b>N. of organisations</b>	6	23	99	66	73	50	114	6	130

Πηγή: Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Εταιρειών Ελλάδος (ίδιοι υπολογισμοί)

Αντίθετα τα έτη 2016, 2018 και 2020 σημειώθηκε μείωση των συνολικών δωρεών που κινήθηκε σε επίπεδα από 10% (2016) έως και 97% (2020). Σαφώς, πρέπει να σημειώσουμε ότι το έτος 2020 δεν είναι αντιπροσωπευτικό της συνολικής ενίσχυσης που πραγματοποιήθηκε, αφού κατά την ανάκτηση των δεδομένων διαπιστώθηκε πως η καταγραφή των στοιχείων δεν είχε ολοκληρωθεί από τους διαχειριστές των εγγραφών των φαρμακευτικών εταιρειών. Προ του έτους 2013 δεν υπάρχουν στην βάση δεδομένων καταχωρήσεις δωρεών.

**Γράφημα 6.1.** Ποσοστιαία μεταβολή των δωρεών ανά έτος της περιόδου 2013-2020 από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις προς τις ενώσεις και τους συλλόγους ασθενών



Πηγή: Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Εταιρειών Ελλάδος (ίδιοι υπολογισμοί)

Παρά τις αυξομειώσεις που καταγράφηκαν αναφορικά με το ύψος της χρηματοδότησης, ο αριθμός των ωφελούμενων συλλόγων ασθενών παρουσιάζει μια σταθερή αύξηση κατά την περίοδο της μελέτης. Ειδικότερα, το 2013, 6 σύλλογοι λάμβαναν χρηματοδότηση που ανέρχονταν σε 4000 ευρώ (διάμεση τιμή) ενώ το 2019 ο αριθμός των ωφελούμενων συλλόγων έφτασε τους 114 με την διάμεση χρηματοδότηση να παραμένει στις 4000 ευρώ. Παράλληλα με την αύξηση των ωφελούμενων σημαντική αύξηση καταγράφηκε και στον αριθμό των δωρητών που άγγιξε τις 36 εταιρίες το 2019 έναντι 5 εταιριών το 2013. Συνολικά την περίοδο της μελέτης καταγράφησαν 47 δωρητές φαρμακευτικές εταιρίες και 130 ωφελούμενες ενώσεις / σύλλογοι ασθενών (Πίνακας 6.1).

Τα συνολικά ποσά που διέθεσαν οι φαρμακευτικές εταιρίες την περίοδο 2013-2020 ανέρχονται σε 5.346.991 ευρώ ενώ οι 10 μεγαλύτερες δωρητές προσέφεραν συνολικά 4.048.544 ευρώ, ποσό που αντιστοιχεί στο 75,7% των συνολικών δωρεών.

**Πίνακας 6.2.** Οι Top 10 Pharma Donors και οι Top 10 Beneficiaries POs για την περίοδο 2013-2020.

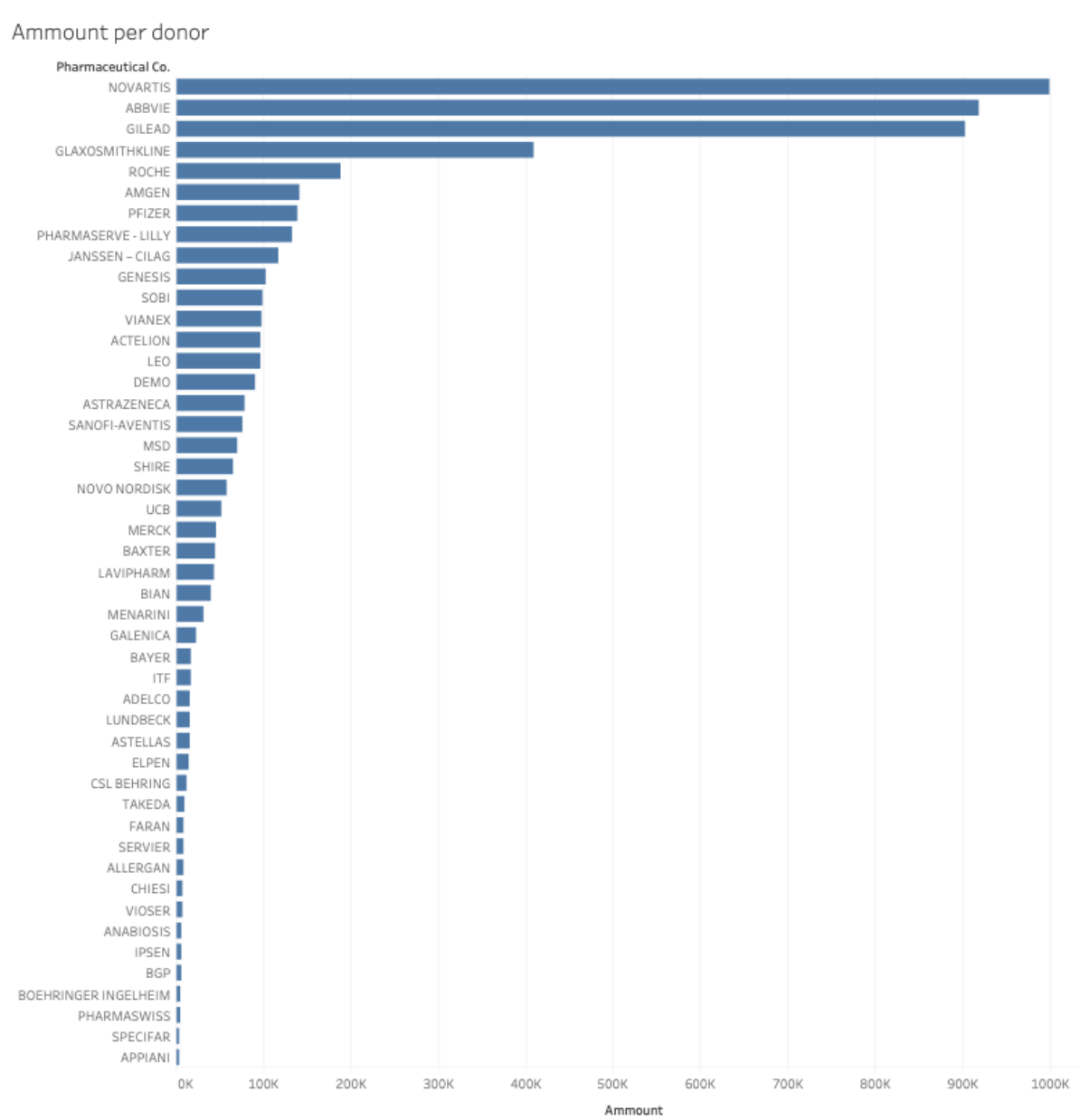
Top 10 Pharma Donors (2013-2020)						
Pharmaceutical Company	Rank	Amount (€)	%	No. of payments	Largest single payment (€)	Median (€)
NOVARTIS	1	998.390	18,7	166	27.000	4.000
ABBVIE	2	917.787	17,2	99	75.764	5.000

<b>GILEAD</b>	3	902.800	16,9	70	70.000	10.000
<b>GLAXOSMITHKLINE</b>	4	408.372	7,6	55	30.000	5.000
<b>ROCHE</b>	5	188.202	3,5	58	20.000	2.250
<b>AMGEN</b>	6	141.100	2,6	20	20.500	3.000
<b>PFIZER</b>	7	138.586	2,6	24	11.000	5.080
<b>PHARMASERVE - LILLY</b>	8	133.153	2,5	27	99.923	800
<b>JANSSEN - CILAG</b>	9	117.088	2,2	19	31.580	3.250
<b>GENESIS</b>	10	103.066	1,9	22	25.000	3.250
<b>Total of top 10</b>		4.048.544	75,7	560		
<b>Total donations</b>		5.346.991				
<b>Top 10 Beneficiaries POs (2013-2020)</b>						
<b>Patient Organisation (PO)</b>	<b>Rank</b>	<b>Amount (€)</b>	<b>%</b>	<b>No. of payments</b>	<b>Largest single payment (€)</b>	<b>Median (€)</b>
<b>PROMETHEUS Association of Liver Patients</b>	1	864.525	16,2	48	75.764	12.320
<b>POSITIVE VOICE Association of Greek Orothetics</b>	2	649.700	12,2	54	40.000	10.000
<b>Butterfly Bone Health Society</b>	3	210.876	3,9	25	99.923	1.240
<b>Centre for Life</b>	4	146.000	2,7	18	30.000	5.000
<b>SPEA Greek Haemophilia Society</b>	5	117.580	2,2	10	22.000	9.040
<b>Association of Rheumatism Patients of Crete</b>	6	99.150	1,9	23	11.000	3.000
<b>Hellenic Pulmonary Hypertension</b>	7	93.120	1,7	23	10.000	4.000
<b>PESPA Greek Alliance for Rare Disease</b>	8	86.600	1,6	29	15.000	2.150
<b>ELEANA Hellenic League Against Rheumatism</b>	9	84.590	1,6	19	10.000	5.000
<b>ALMA ZOIS Hellenic Association of Women with Breast Cancer</b>	10	77.845	1,5	12	22.000	5.000
<b>Total of top 10</b>		2.429.986	45,4	261		
<b>Total donations</b>		5.346.991				

Πηγή: Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Εταιρειών Ελλάδος (ίδιοι υπολογισμοί)

Ειδικότερα, η Novartis προσέφερε 19% της συνολικής χρηματοδότησης, η AbbVie και η Gilead από 17% ενώ η Glaxosmithkline συνέφερε το 8% της χρηματοδότησης. Οι εκροές των μεγάλων δωρητών κυμαίνονται από 103.066 και φτάνουν τις 998.390 ευρώ. (Γράφημα 6.2.)

**Γράφημα 6.2.** Συνολικές δωρεές ανά εταιρεία



Πηγή: Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Εταιρειών Ελλάδος (ίδιοι υπολογισμοί)

Τα αναφερόμενα ποσά δόθηκαν σε πάνω από 100 οργανώσεις ασθενών την περίοδο 2013-2020. Την υψηλότερη χρηματοδότηση (864 χιλ) έλαβε ο σύλλογος ασθενών ήπατος «Προμηθέας» ενώ η «Θετική Φωνή» έλαβε συνολικά επιχορηγήσεις ύψους 649 χιλ ευρώ. Η



συνολική επιχορήγηση που έλαβαν οι 10 οργανώσεις ασθενών με τις περισσότερες δωρεές ανέρχεται σε 2.429.986 ευρώ.

Η συνολική χρηματοδότηση που κατευθύνθηκε στους συλλόγους ασθενών ήταν ποικίλης αιτιολογίας. Το υψηλότερο ποσοστό (31%) κατευθύνθηκε για τους γενικούς σκοπούς των οργανώσεων, το 28% για εκδηλώσεις και προωθητικές δράσεις ενώ το 15% για εκπαιδευτικές δράσεις.

### Πίνακας 6.3. Σκοπός δωρεών

Purposes of donations (2013 - 2020)			
PURPOSE	Value of payments (€) (% of total)	No of payments - (% of total)	Median value
GENERAL - UNALLOCATED	1.574.758 (29,5)	299 (31,9)	3.000
CAMPAIGNS - CONFERENCES	1.496.443 (28,0)	287 (30,7)	3.200
ACTIONS & PROJECTS	853.338 (16,0)	75 (8,0)	10.000
EDUCATION	839.620 (15,7)	160 (17,1)	3.000
INFRASTRUCTURE & EQUIPMENT	295.508 (5,5)	52 (5,6)	3.000
PATIENT ASSISTANCE	108.736 (2,0)	19 (2,0)	3.500
RESEARCH	91.068 (1,7)	14 (1,5)	5.000
N/A PURPOSE	87.519 (1,6)	30 (3,2)	1.000
<b>Total</b>	<b>5.346.991</b>	<b>936</b>	

Πηγή: Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Εταιρειών Ελλάδος (ίδιοι υπολογισμοί)

Τέλος, τα χρήματα που διατέθηκαν από τις φαρμακευτικές εταιρίες μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ανάλογα με τις παθήσεις για τις οποίες προορίζονταν. Το 25% της συνολικής χρηματοδότησης (864.525 ευρώ) διατέθηκε για ηπατικές ασθένειες, το 20% (699.700 ευρώ) για την νόσο HIV και το 10% (373.719 ευρώ) για νεοπλασίες (Πίνακας 6.4. & Γράφημα 6.3.).

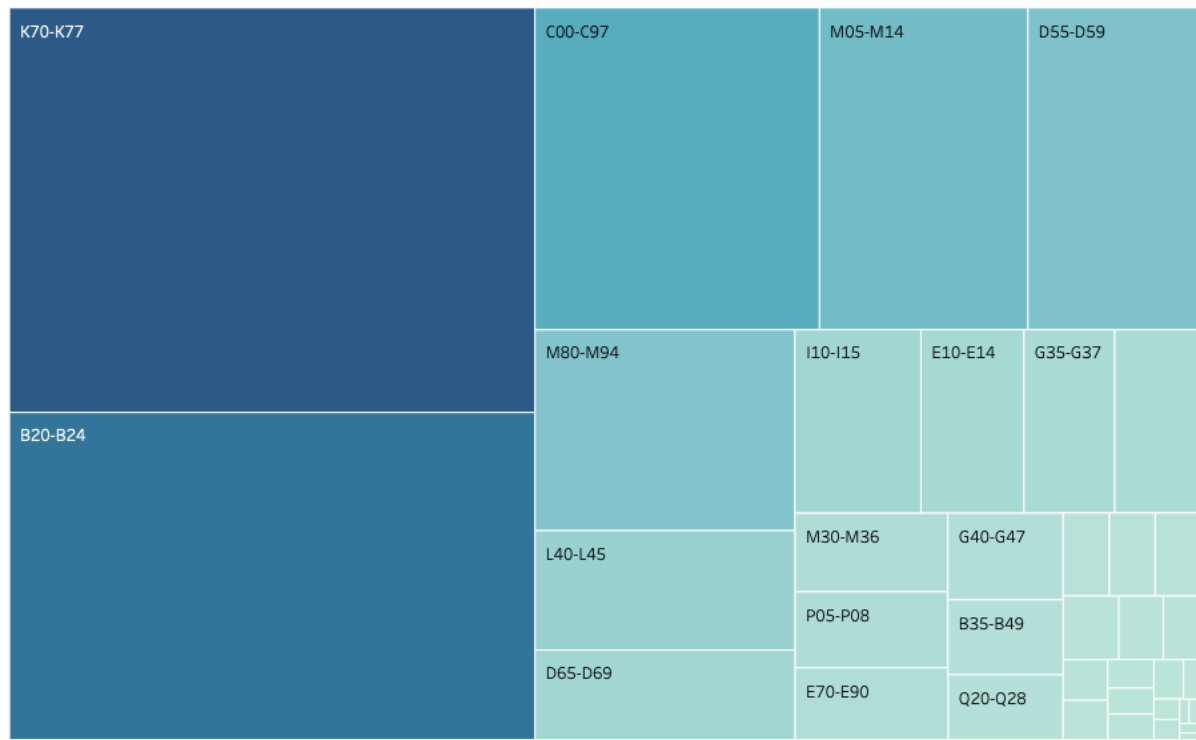
**Πίνακας 6.4.** Top 10 κατηγορίες ασθενειών (βάσει του ICD-10) που χρηματοδοτήθηκαν

Top 10 of ICD-10						
ICD-10 ***	Value of donations (€)	% of the total amount	No. of donations	No. of POs	Top recipient (€)	Top Donor (€)
<b>K70-K77</b>	864.525	24,4	48	1	PROMETHEUS Association of Liver Patients (864.525) *	ABBVIE (434.625) **
<b>B20-B24</b>	699.700	19,8	65	2	POSITIVE VOICE Association of Greek Orothetics (553.700) *	GILEAD (344.800) **
<b>C00-C97</b>	373.719	10,6	86	15	ALMA ZOIS Hellenic Association of Women with Breast Cancer (77.845) *	ROCHE (76.429) **
<b>M05-M14</b>	274.430	7,7	72	11	Association of Rheumatism Patients of Crete (99.150) *	ABBVIE (81.500) **
<b>D55-D59</b>	224.560	6,3	54	23	PASPAMA Panhellenic Association of Mediterranean Anemia Sufferers (34.000)	NOVARTIS (146.000) **
<b>M80-M94</b>	211.876	6,0	26	2	Butterfly Bone Health Society (210.876) *	PHARMASERVE - LILLY (99.923) **
<b>L40-L45</b>	131.300	3,6	20	3	EPIDERMIA Panhellenic association of patients with psoriasis and psoriatic arthritis (57.875)	ABBVIE (44.375) **
<b>D65-D69</b>	95.580	2,7	9	1	SPEA Greek Haemophilia Society (95.580) *	SOBI (52.000)
<b>I10-I15</b>	93.120	2,7	23	1	Hellenic Pulmonary Hypertension (93.120) *	ACTELION (44.120)
<b>E10-E14</b>	79.100	2,2	43	13	POSSASDIA Panhellenic Federation of Associations - Associations of People with Diabetes mellitus (40.680)	NOVO NORDISK (44.798)
<b>Total</b>	5.346.991					
* The POs belong to the list “Top 10 Beneficiaries (2013-2020)”						
** The Pharmaceutical Companies belong to the list “Top 10 Donors (2013-2020)”						
*** K70-K77 (liver diseases)   B20-B24 (HIV)   C00-C97 (malignant neoplasms)   M05-M14 (inflammatory polyarthropathies)   D55-D59 (hemolytic anaemias)   M80-M94 (bones and cartilage)   L40-L45 (bladder disorders)   D65-D69 (hemophilia)   I10-I15 (hypertension)   E10-E14 (diabetes mellitus)						

Πηγή: Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Εταιρειών Ελλάδος (ίδιοι υπολογισμοί)

**Γράφημα 6.3.** Ποσά ανά ICD-10

Amount per ICD10



Πηγή: Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Εταιρειών Ελλάδος (ίδιοι υπολογισμοί)

Τέλος, συνολικά χρηματοδοτήθηκαν 37 διαφορετικές κατηγορίες ασθενειών σύμφωνα με το ICD-10. Σύμφωνα με τον πίνακα 5, διαπιστώνεται εκτεταμένη εμπορευματοποίηση, δεδομένου ότι μόνο 6 από τις 41 (14,6%) συσχετισμένες περιπτώσεις χορηγούν χωρίς να διαθέτουν εμπορικά φαρμακευτικά προϊόντα στη συγκεκριμένη κατηγορία ICD-10. Ταυτόχρονα, σε 35 από τις 41 δωρεές (85,4%), ο δωρητής παρήγαγε φάρμακα για την κατηγορία ICD-10 με την οποία συσχετίζεται η παραλήπτης της δωρεάς, Σύλλογος Ασθενών (Πίνακας 6.5.).

**Πίνακας 6. 5.** Drug commercialisation and patient organisation funding in the top ten funded ICD-10 areas for the top ten pharma industry donors in Greece (2013 – 2020)

PHARMA/ICD-10	K70-K77		B20-B24		C00-C97		M05-M14		D55-D59		M80-M94		L40-L45		D65-D69		I10-I15		E10-E14	
	DON	DRUG	DON	DRUG	DON	DRUG	DON	DRUG	DON	DRUG	DON	DRUG	DON	DRUG	DON	DRUG	DON	DRUG	DON	DRUG
Novartis	N	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	N	N	N	Y	Y	Y
AbbVie	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	Y	Y	N	N	N	N	N	N
Gilead	Y	Y	Y	Y	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Glaxosmithkline	N	Y	Y	Y	Y	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	Y	N	N
Roche	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	N	Y	Y	N	N	N	N
Amgen	N	N	N	N	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	N	Y	N	N	N	N	N	N
Pfizer	N	N	N	N	Y	Y	Y	Y	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N
Pharmaserve-lilly	N	N	N	N	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	N	Y	Y	N	N	Y	N	Y	Y
Janssen-Cilag	Y	N	Y	Y	N	Y	Y	Y	N	N	N	N	Y	Y	N	N	N	N	N	N
Genesis	N	N	N	N	Y	Y	N	N	N	N	N	N	Y	Y	N	N	N	N	N	N
DONATION & DRUG (Y/Y)	35% of total registrations (100 cases)																			
DONATION & NO DRUG (Y/N)	6% of total registrations (100 cases)																			
NO DONATION & DRUG (N/Y)	6% of total registrations (100 cases)																			
NO DONATION & NO DRUG (N/N)	53% of total registrations (100 cases)																			
COMMERCIALISATION	in 85,4% of donations, donors produced drugs in the field of the relevant ICD10 category (on 41 cases with Y on donations)																			
NO COMMERCIALISATION	in 14,6% of donations, donors didn't produce drugs in the field of the relevant ICD-10 category (on 41 cases with Y on donations)																			

Πηγή: Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Εταιρειών Ελλάδος (ίδιοι υπολογισμοί)

Τα δεδομένα που παρέχονται από τη βάση δεδομένων του ΣΦΕΕ επιτρέπουν μια μεθοδολογική προσέγγιση παρόμοια με τις μελέτες που αφορούν τη Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο (Ozieranski et al, 2019; Mulinari et al., 2020), οι οποίες βασίζονται σε παρόμοιες βάσεις δεδομένων για τις αντίστοιχες χώρες. Αν και δεν είναι απαλλαγμένες από περιορισμούς, αυτές οι βάσεις δεδομένων μπορούν να παρέχουν μια πιο αξιόπιστη εικόνα από την έρευνα που βασίζεται σε έρευνες. Οι παρόμοιες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν για τη Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο μπορούν επίσης να προσφέρουν κάποια προοπτική όσον αφορά την ελληνική περίπτωση, όπως φαίνεται στον Πίνακα 6.

**Πίνακας 6. 6.** Σύγκριση των αναφερόμενων δωρεών της φαρμακοβιομηχανίας προς τους Π.Ο. στην Ελλάδα, τη Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο

Variables	Greece (2013 - 2020)*	Sweden (2014 - 2018)	UK (2012 - 2016)
Population size	~ 10 m.	~ 10 m.	~ 65 m.
Value of Payments (Average, per year)	~ 0,67 m.	~ 1,28 m.	~ 13,02 m.
No of Payments (Average, per year)	117	267,4	914,4
No. of companies	47	46	64
No. of patient organisations	130	77	508
Funding by top-10 companies (% of total)	75,7%	68%	69%
HIV (% of total donations)	~20%	~7%	~3%
Neoplasms (% of total donations)	~11%	~38%	~36%
Research (% of total donations)	1,7%	1%	25%
Patient Assistance (% of total donations)	2%	6%	6%

Πηγές: Ozieranski et al. (2019), Mulinari et al. (2020), Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Εταιρειών Ελλάδος (ίδιοι υπολογισμοί)

Με δεδομένο το παρόμοιο μέγεθος του πληθυσμού, γίνεται φανερό ότι η σουηδική φαρμακοβιομηχανία δωρίζει σε ΟΑ περίπου διπλάσια ποσά από ό,τι οι ελληνικές φαρμακοβιομηχανίες σε εθνικές ΟΑ. Προσαρμοσμένη για το μέγεθος του πληθυσμού, η βρετανική φαρμακοβιομηχανία δωρίζει σχεδόν διπλάσια ποσά από τις σουηδικές εταιρείες και σχεδόν τριπλάσια από τις ελληνικές εταιρείες.

Μια άλλη ενδιαφέρουσα παρατήρηση αφορά τον αριθμό των ΟΑ που έχουν λάβει δωρεές από φαρμακευτικές εταιρείες. Αν και αν λάβουμε υπόψη ότι για την Ελλάδα η εξεταζόμενη περίοδος είναι 8 έτη, σε αντίθεση με τις 5ετείς περιόδους του Ηνωμένου Βασιλείου και της Σουηδίας, οι 130 δικαιούχοι ΟΑ είναι ένας εντυπωσιακά υψηλός αριθμός, τόσο σε σύγκριση με τη Σουηδία όσο και με το Ηνωμένο Βασίλειο (το οποίο, προσαρμοσμένο και πάλι για το μέγεθος του πληθυσμού, θα ήταν σε παρόμοιο επίπεδο με τη Σουηδία). Στην πραγματικότητα, ο αριθμός αυτός διογκώνεται από αρκετές μικρότερες ελληνικές ΟΑ. που έλαβαν πολύ λίγες δωρεές κατά την περίοδο που μελετάμε (και σε ορισμένες περιπτώσεις μία ή δύο). Τέλος, αξίζει να σημειωθεί η αντίστροφη σειρά προτεραιότητας όσον αφορά τη χρηματοδότηση των ΟΑ. στις θεραπευτικές κατηγορίες του HIV και των νεοπλασιών μεταξύ της Ελλάδας και του Ηνωμένου Βασιλείου και της Σουηδίας.

Όπως φαίνεται στον πίνακα 5, οι δωρεές συσχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με την παραγωγή φαρμάκων από τους δωρητές στην αντίστοιχη θεραπευτική κατηγορία, παρατήρηση που συνάδει με τα ευρήματα παρόμοιων διεθνών μελετών (Ozieranski et al, 2019; Mulinari et al., 2020).

Είναι επίσης ενδιαφέρον να σημειωθεί η "κυρίαρχη θέση" που κατέχουν ορισμένες Οργανώσεις Ασθενών, στις αντίστοιχες θεραπευτικές κατηγορίες, όσον αφορά τη λήψη δωρεών. Λαμβάνοντας υπόψη τις δέκα πρώτες χρηματοδοτούμενες κατηγορίες ICD10 στον Πίνακα 4, σε τέσσερις περιπτώσεις οι δωρεές αφορούσαν μία ΟΑ (έλαβε το 100% των δωρεών προς τη θεραπευτική κατηγορία), ενώ στην περίπτωση της Οργάνωσης Ασθενών «ΘΕΤΙΚΗ ΦΩΝΗ» έλαβε το 80% των δωρεών για τη συγκεκριμένη θεραπευτική κατηγορία. Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται επίσης στις μελέτες της Σουηδίας και του Ηνωμένου Βασιλείου.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

### Συζήτηση και Συμπεράσματα

#### 7.1. Ανασκόπηση Ευρημάτων

##### 7.1.1 Αναπτυξιακή Βοήθεια για την Υγεία στην Υποσαχάρια Αφρική.

Στην παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε χαρτογράφηση της Αναπτυξιακής Βοήθειας για την Υγεία (DAH) ως προς τους χρηματοδότες, τα κανάλια διανομής χρηματοροών και τους αποδέκτες. Από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι ειδικά για τις δύο πρώτες ομάδες, οι βασικοί δρώντες είναι διαχρονικά σταθεροί, με πρωτοπόρους τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και το ίδρυμα Bill and Melinda Gates Foundation.

Η συνολική DAH που κατευθύνεται στην Υποσαχάρια Αφρική είναι σήμερα σαφώς υψηλότερη απ' ό τι το 1995, έχοντας αυξηθεί κατά περίπου 614% (8,6 δισ. δολάρια). Μέχρι το 2002 παρατηρείται μια σχετική σταθερότητα, ενώ από το 2003 μέχρι το 2013 σημειώνεται σημαντική αύξηση. Από το 2014 φαίνεται να ξανα σταθεροποιείται, με κάποιες αυξομειώσεις. Παράλληλα, παρατηρείται με αναδιανομή των ποσών της DAH προς συγκεκριμένες ασθένειες, με την μεγαλύτερη αύξηση να παρουσιάζει η χρηματοδότηση του HIV (από 14,13% επί της συνολικής DAH προς την Υποσαχάρια Αφρική το 1995 έφτασε μέχρι και το 52,6% το 2010, ενώ παραμένει σε υψηλά ποσοστά - άνω του 35%), ενώ και τα ποσοστά που κατευθύνονται για την φυματίωση και την ελονοσία, από σχεδόν μηδενικά, σημειώνουν σημαντική αύξηση.

Όσον αφορά τις δαπάνες υγείας (total health spending) στις χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής, σημειώνεται σταθερή αύξηση καθ' όλη τη διάρκεια της υπό εξέταση περιόδου με αποτέλεσμα να είναι υπερδιπλάσια το 2018 (περίπου 80 δισ. δολάρια) σε σχέση με το 1995 (περίπου 30 δισ. δολάρια), με την αύξηση αυτή να επιταχύνει απο το 2003. Την αύξηση των συνολικών δαπανών για την υγεία ακολουθεί και η DAH που κατευθύνθηκε στην Υποσαχάρια Αφρική, με πενταπλασιασμό του ποσού της φτάνοντας μέχρι τα 10 δισ. δολάρια το 2018. Ομοίως αυξητική είναι και η τάση των άλλων μορφών δαπανών, στις οποίες συγκαταλέγονται οι κρατικές δαπάνες, οι άμεσες ιδιωτικές δαπάνες (out-of-pocket payments) και οι προπληρωμένες ιδιωτικές δαπάνες (ασφαλιστικές καλύψεις κτλ.).

Στην παγκόσμια υγεία παρουσιάζεται μία διαφοροποίηση στην διαστρωμάτωση των νοσημάτων ανά εισοδηματική κατηγορία χωρών, από την οποία εξάγεται το συμπέρασμα πως οι μη μεταδοτικές ασθένειες πλήττουν κυρίως τους πληθυσμούς των προηγμένων οικονομιών

(ασθένειες οι οποίες προέρχονται κυρίως από την διαχείριση του τρόπου ζωής - lifestyle factors), ενώ έως και σήμερα οι πολίτες των αναπτυσσόμενων οικονομιών πλήττονται από μεταδοτικές ασθένειες και νόσους ή επιπλοκές που σχετίζονται με τους θανάτους εγκύων, νέων μητέρων και βρεφών.

Στην περίπτωση της Υποσαχάριας Αφρικής, οι μητρικές και νεογνικές επιπλοκές, μαζί με τις εντερικές λοιμώξεις, αποτελούν ένα κρίσιμο ποσοστό της επιβάρυνσης της υγείας των πολιτών λόγω των άσχημων συνθηκών διαβίωσης και της έλλειψης υποδομών. Παρ' όλα αυτά, η επίπτωση των τριών άκρως μεταδοτικών ασθενειών (HIV, Φυματίωση, Ελονοσία) στην δημόσια υγεία (burden of diseases) των Αφρικανικών κρατών της περιοχής μελέτης, αποτελεί τον μεγαλύτερο κίνδυνο ως και σήμερα.

Για το εξεταζόμενο διάστημα της μελέτης μας (1995 - 2018), και στις τρεις περιπτώσεις των ασθενειών διακρίνεται μία αυξητική τάση στα προσαρμοσμένα στην αναπηρία έτη ζωής (DALYs) έως και το 2003. Από εκεί και ύστερα, η πορεία των τριών νόσων διαφοροποιείται. Ο HIV σημειώνει σημαντική μείωση, η οποία συνεχίζεται έως και τις τελευταίες υπάρχουσες μετρήσεις, παραμένοντας όμως μία από τις βασικές αιτίες θανάτου και πρόκλησης ετών ζωής με αναπηρία. Μείωση των DALYs, αν και σε μικρότερη κλίμακα, παρατηρείται και στην Φυματίωση, ενώ για την Ελονοσία παρουσιάζεται μία σχετική σταθερότητα στα DALYs που προκαλούνται από τη νόσο.

Εξετάζοντας την περίπτωση της Υποσαχάριας Αφρικής συνολικά, προκύπτει ότι η DAH που κατευθύνεται σε Ελονοσία και Φυματίωση έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στα αποφευχθέντα DALYs και στους αποφευχθέντες θανάτους. Στον αντίποδα, για τον HIV δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε αυτό το επίπεδο ανάλυσης. Προχωρώντας την ανάλυση σε ένα ακόμα επίπεδο, αφού κατηγοριοποιήθηκαν οι χώρες σε χαμηλού, μεσαίου και υψηλού δείκτη HDI, παρουσιάστηκαν ενδιαφέρουσες διαφοροποιήσεις. Στις χώρες μεσαίου HDI εντοπίζεται στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση ανάμεσα στην DAH και τα averted DALYs και Deaths για τον HIV, ενώ για την Ελονοσία και τη Φυματίωση στατιστικά σημαντική θετική επίδραση εντοπίζεται στις χώρες χαμηλού HDI. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι στις χώρες υψηλού HDI εντάσσονται τρεις μόνο χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα γι' αυτή την κατηγορία χωρών, σε αυτό το επίπεδο ανάλυσης.

Τέλος, προχωρώντας στην αξιολόγηση των παρεμβάσεων, κάνοντας χρήση της Γενικευμένης Ανάλυσης Κόστους-Αποτελεσματικότητας, παρατηρούμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των



χωρών φαίνεται να πετυχαίνει αποτελέσματα ανάλογα ή και καλύτερα της χρηματοδότησης που λαμβάνουν σε σχέση με τη μέση αποδοτικότητα. Σε 21 χώρες του εξεταζόμενου δείγματος ο λόγος κόστους αποτελεσματικότητα παρουσίασε αρνητικό πρόσημο, δεδομένο που τις κατατάσσει εξ'ορισμού στις μη αποδοτικές προς χρηματοδότηση χώρες. Αυτό συνέβη διότι τα outcomes σε επίπεδο DALYs και Deaths ήταν αρνητικά. Δεκατρείς χώρες κατατάσσονται σύμφωνα με τη ανάλυσή μας στις πολύ αποδοτικές χώρες παραλήπτες της DAH, εννέα χώρες κατατάσσονται στις αποδοτικές, ενώ δύο χώρες αποτελούν τις μη αποδοτικές χώρες παραλήπτες της DAH.

### **7.1.2. Δωρεές Φαρμακευτικών Εταιρειών προς Συλλόγους Ασθενών στην Ελλάδα.**

Όσον αφορά την μελέτη των δωρεών προς τους Συλλόγους Ασθενών από τις φαρμακευτικές εταιρείες στην Ελλάδα, πραγματοποιήθηκε χαρτογράφηση των ροών χρηματοδότησης ως προς τους δρώντες (χρηματοδότες και αποδέκτες), τους σκοπούς και τα χρηματικά ποσά για την περίοδο 2013-2020. Παρά την ενθαρρυντική αύξηση τόσο των εταιρειών-δωρητών όσο και των συλλόγων-ασθενών που παρατηρείται μέσα στα χρόνια, η “δεσπόζουσα θέση” που κατέχουν λίγες εταιρείες όσον αφορά τις δωρεές (σε τρεις εταιρείες αντιστοιχεί το 52,8% των συνολικών δωρεών, στις πρώτες 10 το 75,7%) προκαλεί ανησυχία, κυρίως όσον αφορά τον κίνδυνο δημιουργίας εμπορευματοποιημένων “ολιγοπωλίων” (commercialization) μεταξύ φαρμακευτικών εταιρειών και συλλόγων ασθενών, όπως αποτυπώνεται στην διεθνή βιβλιογραφία. Ο κίνδυνος αυτός ενισχύεται από την υψηλή συσχέτιση που εντοπίζεται ανάμεσα στις θεραπευτικές κατηγορίες που αντιπροσωπεύουν οι σύλλογοι ασθενών που χρηματοδοτούνται, και την ύπαρξη φαρμακευτικών προϊόντων από τις εταιρείες που τους χρηματοδοτούν στις αντίστοιχες θεραπευτικές κατηγορίες.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι οι πλέον χρηματοδοτούμενες θεραπευτικές κατηγορίες (βάσει των συλλόγων ασθενών που χρηματοδοτούνται) είναι οι ασθένειες τους ήπατος και ο HIV. Οι χαμηλές δωρεές για την έρευνα (μόλις 1,7% των συνολικών δωρεών) είναι επίσης ένα εύρημα που προκαλεί προβληματισμό, λαμβάνοντας όμως υπόψη πως υπάρχουν δωρεές και προς επιστημονικές εταιρείες, οι οποίες δεν ερευνώνται και συνεπώς δεν υπολογίζονται στην παρούσα μελέτη.

## **7.2. Περιορισμοί της Έρευνας**

Κατά την διαδικασία συγγραφής της παρούσας διατριβής έγινε έρευνα σε βάσεις δεδομένων οι οποίες παρείχαν στοιχεία για την ερευνόμενη θεματική. Διαπιστώθηκε ότι μόνο το IHME

διαθέτει όλα τα απαραίτητα στοιχεία, σε 3 διαφορετικά datasets, τα οποία μπορούσαν να φανούν χρήσιμα στην παρούσα μελέτη. Η επιλογή των παραπάνω datasets έγινε λόγω κοινής κωδικοποίησης και μεθοδολογίας, επικαλυπτόμενων χρονικών περιόδων καθώς και πληρότητας απαιτούμενων στοιχείων για την ορθή διεξαγωγή της έρευνάς μας.

Ο βασικότερος περιορισμός έγκειται στην οριοθέτηση της χρονικής περιόδου μελέτης, διότι ενώ στα δύο datasets, για την αναπτυξιακή βοήθεια για την υγεία και για τις επιπτώσεις στην υγεία (θάνατοι και προσαρμοσμένα στην αναπηρία έτη ζωής) τα στοιχεία καλύπτουν την περίοδο 1990 έως και σήμερα, τα στοιχεία δαπανών για την υγεία είναι διαθέσιμα μόνο για την περίοδο 1995 - 2018.

Όσον αφορά την μελέτη των δωρεών των φαρμακευτικών εταιρειών προς τους Συλλόγους Ασθενών στην Ελλάδα, ενώ τα δεδομένα ήταν διαθέσιμα από το 2013 και μετά, η καταγραφή των δεδομένων δεν φαίνεται να έχει ολοκληρωθεί για το έτος 2020. Επιπλέον, παρατηρήθηκε έλλειψη τυποποιημένης κωδικοποίησης του ΣΦΕΕ, η οποία κατέστησε αναγκαία την ανάπτυξη μιας διαδικασίας κωδικοποίησης με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία από τον ίδιο τον συγγραφέα. Τέλος, υπάρχουν εύλογες αμφιβολίες ότι οι καταγεγραμμένες δωρεές στη βάση δεδομένων του ΣΦΕΕ αντιστοιχούν στην πλήρη δραστηριότητα δωρεών των φαρμακευτικών εταιρειών προς τους Συλλόγους Ασθενών.

### 7.3. Συζήτηση

#### 7.3.1. Αναπτυξιακή Βοήθεια για την Υγεία στην Υποσαχάρια Αφρική.

Η αναπτυξιακή βοήθεια για την υγεία (DAH) και η αποτελεσματικότητά της μελετώνται επισταμένα από το 2000 και ύστερα. Σημειώνεται ότι σύμφωνα με τους Neumann et al. (2016) οι έρευνες που διεξήχθησαν σχετικά με την αναπτυξιακή βοήθεια για την υγεία εκτιμώντας το κόστος προς τα αποφευχθέντα έτη ζωής προσαρμοσμένα στην αναπηρία (cost per DALY Averted) έφτασαν τις 479, το διάστημα 2000 - 2015, με τον μέγιστο αριθμό να προσεγγίζει τις 90 το 2015. Η ανάλυση κόστους αποτελεσματικότητας αποτελεί την πλέον δημοφιλή προσέγγιση για την αξιολόγηση των παρεμβάσεων υγείας στην Υποσαχάρια Αφρική, και ειδικά για τα μεταδιδόμενα νοσήματα (Panzer et al., 2020).

Όπως σημείωναν οι Goodman et al., ήδη από το 1999, για την περίπτωση της Ελονοσίας, το πακέτο των απαραίτητων αποδοτικών παρεμβάσεων δεν μπορεί να υποστηριχθεί από τους προϋπολογισμούς χωρών χαμηλού εισοδήματος, καθιστώντας αναγκαία την ιδιαίτερα υψηλή

εξωτερική βοήθεια. Στο συμπέρασμα αυτό καταλήγουν και οι Schmidt (2009) και Mishra και Newhouse (2009), σύμφωνα με τους οποίους η αναπτυξιακή βοήθεια συμβάλει στην βελτίωση των αποτελεσμάτων στις χώρες χαμηλού εισοδήματος, αυξάνοντας τους διαθέσιμους πόρους και βελτιώνοντας την παροχή των υπηρεσιών υγείας. Από την μελέτη μας προκύπτει πως από τα μέσα της δεκαετίας του 2000, η DAH έχει αξιοσημείωτη αύξηση, ενώ ταυτόχρονα τα DALYs μειώνονται σταθερά, αναδεικνύοντας – σε γενικές γραμμές - αποδοτική την χρήση της DAH για την αντιμετώπιση της ελονοσίας στην Υποσαχάρια Αφρική.

Την ανάγκη μεγαλύτερων επενδύσεων (οι οποίες θα ήταν πρακτικά ανέφικτο να πραγματοποιηθούν με ίδιους πόρους) σημείωσαν και οι Baltussen et al. (2005), προκειμένου να χρηματοδοτηθούν οι απαραίτητες παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της Φυματίωσης. Πράγματι από τη μελέτη μας εντοπίζεται υποχρηματοδότηση της φυματίωσης μέσω DAH (και τους ίδιους πόρους να μην είναι αρκετοί), με αποτέλεσμα να μην αποφεύγονται αρκετοί θάνατοι, την ίδια στιγμή που έχουμε μείωση των DALYs. Από την έρευνα των Ralaidovy et al. (2021) προκύπτει πως οι παρεμβάσεις στις τρεις νόσους αναφοράς είναι cost-effective. Επιπλέον, σημειώνουν ότι η DAH παίζει καταλυτικό ρόλο στην αντιμετώπιση των νοσημάτων, υπογραμμίζοντας όμως την ανάγκη να συνδυάζεται από την ανάλογη τεχνική υποστήριξη, δεδομένο που και από την παρούσα έρευνα επιβεβαιώνεται.

Σύμφωνα με τους Yogo και Mallaye (2015) η συνεισφορά της Αναπτυξιακής Βοήθειας για την Υγεία στην αντιμετώπιση του HIV (μεταξύ άλλων ασθενειών) είναι οπωσδήποτε σημαντική, αλλά δεν είναι αρκετή, επιβεβαιώνοντας και τα ευρήματα της παρούσας μελέτης που αξιολογεί την χρηματοδότηση των παρεμβάσεων για τον HIV λιγότερο αποδοτική από το μέσο όρο των άλλων νόσων αναφοράς. Σημειώνεται πως σε καμία περίπτωση από αυτό το εύρημα δεν προκύπτει η «επιλογή» μη χρηματοδότησης ή ελάττωσής της, αφού αυτό θα μπορούσε να είναι καταστροφικό, σκεπτόμενοι ποια θα μπορούσαν να είναι τα αποτελέσματα αν δεν είχε απορροφηθεί, ούτε η υπάρχουσα DAH. Σαφώς, στην παρούσα διατριβή δεν εξετάζουμε τους τρόπους αύξησης της αποτελεσματικότητας αλλά ποια είναι η υπάρχουσα αποδοτικότητα των χωρών του δείγματος.

Η χρήση του κατά κεφαλήν ΑΕΠ για την δημιουργία των ορίων αποδοτικότητας είναι η πιο δημοφιλής μέθοδος αξιολόγησης του κόστους – αποτελεσματικότητας (Leech et al., 2018; Kazibwe et al., 2021), έως και σήμερα, καθώς έχει χρησιμοποιηθεί σε μεγάλο αριθμό σχετικών ερευνών. Αξίζει όμως να σημειωθεί πως υπάρχουν ενστάσεις ως προς τη χρήση της. Όπως τονίζεται από τους Revill et al. (2014), η μέθοδος αυτή μπορεί να μην λαμβάνει υπόψη τις

συνθήκες, τους περιορισμούς στους πόρους, καθώς και άλλους παράγοντες, θέτοντας ίσως εκτός επιλογής αναγκαίες παρεμβάσεις (λόγω χαμηλής ή μη αποδοτικότητας), γεγονός που θα μπορούσε να βλάψει τη δημόσια υγεία και να αυξήσει τις ανισότητες, ειδικά για τις φτωχότερες χώρες. Επιπλέον, το ανώτατο όριο (3xGDP per capita) μπορεί να είναι αρκετά υψηλό, αναγνωρίζοντας ως αποδοτικές παρεμβάσεις, οι οποίες δεν θα αξιολογούνται το ίδιο θετικά με τη χρήση άλλων μεθόδων (Kazibwe et al., 2021). Η χρήση της ως άνω μεθόδου και πιθανές εναλλακτικές αποτελούν αντικείμενο έντονου επιστημονικού διαλόγου. Όπως σημειώνουν οι Leech et al. (2018), η ανάπτυξη εξατομικευμένων ορίων από κάθε χώρα θα μπορούσε να προσφέρει πιο ρεαλιστικά αποτελέσματα, όμως στην πράξη κάτι τέτοιο είναι πολύ δύσκολο να πραγματοποιηθεί.

Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως η πρόκληση των μη μεταδιδόμενων ασθενειών ολοένα και αυξάνει και στις χώρες χαμηλού εισοδήματος (Ruby et al., 2015; Global Burden of Disease Collaborative Network, 2018). Ειδικά στην Υποσαχάρια Αφρική, υπολογίζεται ότι οι μη μεταδιδόμενες ασθένειες θα είναι η πρώτη αιτία θανάτου μέχρι το 2030 (Holmes et al., 2010). Όπως τονίζουν οι Panzer et al. (2020) και οι Owolade et al. (2022), είναι απαραίτητη η θεσμική παρέμβαση σε διεθνές και εθνικό επίπεδο, ώστε να δοθεί ηρέπυσα υποστήριξη (χρηματική και τεχνική) στα συστήματα υγείας για την αντιμετώπιση και των μη μεταδιδόμενων ασθενειών.

### **7.3.2. Δωρεές Φαρμακευτικών Εταιρειών προς Συλλόγους Ασθενών στην Ελλάδα.**

Η ολοένα και πιο στενή σχέση μεταξύ της φαρμακοβιομηχανίας και των Συλλόγους Ασθενών, όπως έχει παρατηρηθεί από διάφορες μελέτες διεθνώς (Ball et al., 2006; Hemminki et al., 2010; Lexchin, 2019; McCoy et al., 2017; Herxheimer, 2003; Ozieranski et al., 2022; Ashley et al., 2022; Kang et al., 2019), έχει συζητηθεί έντονα τις τελευταίες δύο δεκαετίες, κυρίως λόγω φόβων εξάρτησης και εμπορευματοποίησης (Taylor & Denegri, 2017; Rickard et al., 2008; Kent, 2007; Fabbri et al., 2019). Η διαφοροποίηση στις προσεγγίσεις των μελετών σχετικά με τις δωρεές της φαρμακοβιομηχανίας προς τις ΣΑ. οφείλεται είτε στη διαθεσιμότητα των δεδομένων σε κάθε χώρα είτε στην εξειδικευμένη μελέτη θεραπευτικών περιοχών ή τομέα ενδιαφέροντος (Mandeville et al., 2019) είτε στην αμιγώς ποιοτική μελέτη των χαρακτηριστικών (Colombo et al., 2012).

Οι κεντρικές βάσεις δεδομένων που παρέχουν στοιχεία σχετικά με τις δωρεές των φαρμακευτικών εταιρειών προς τις ΣΑ αποτελούν ζωτικό εργαλείο τόσο για λόγους διαφάνειας

όσο και για ερευνητικούς σκοπούς. Η συγκρισιμότητα μεταξύ των χωρών, η οποία μπορεί να εντοπίσει διεθνείς τάσεις και ακραίες τιμές, θα μπορούσε να προσφέρει μεγάλη βοήθεια στους ερευνητές στον τομέα της υγείας παγκοσμίως. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, η ΕFPIA θα μπορούσε να αναλάβει πιο ενεργό ρόλο στην οργάνωση της δημιουργίας τέτοιων βάσεων δεδομένων, συντονίζοντας και εξασφαλίζοντας τυποποιημένη κωδικοποίηση. Ταυτόχρονα, οι εθνικές εμπορικές ενώσεις θα πρέπει να διασφαλίσουν την ακριβή και έγκαιρη καταγραφή των δωρεών των μελών τους.

Σημειώνεται πως η εν λόγω μελέτη αποτελεί την πρώτη που λαμβάνει χώρα στην Ελλάδα και η οποία βασίζεται σε τεκμηριωμένη μεθοδολογία, η οποία έχει χρησιμοποιηθεί σε ανάλογες δημοσιεύσεις, σε έγκριτα επιστημονικά περιοδικά.<sup>29</sup>

#### 7.4. Συμπεράσματα και Προτάσεις Πολιτικής

Χρησιμοποιώντας εργαλεία της στατιστικής και των οικονομικών της υγείας αξιολογήσαμε το ύψος και τα χαρακτηριστικά των ροών της βοήθειας στις χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής, παρουσιάζοντας και ιεραρχώντας τις πλέον ελκυστικές και αποδοτικές προς χρηματοδότηση νόσους, χώρες, ομάδες χωρών και δείκτες εκβάσεων. Τα ευρήματά μας, τα οποία εξήχθησαν χρησιμοποιώντας για πρώτη φορά μία τρισδιάστατη καινοτόμα προσέγγιση ως προς την ομαδοποίηση - οπτική των δεδομένων (χώρες, ομάδες χωρών, νοσήματα) και αντίστοιχη τριπλή προσέγγιση ανάλυσης (στατιστική ανάλυση, χαρτογράφηση και ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας), μπορούν να αξιοποιηθούν από όλους του φορείς – οργανισμούς και άλλους stakeholders, για την τεκμηριωμένη κατανομή της βοήθειας στις πλέον αποδοτικές – σε όρους εκβάσεων υγείας – επενδύσεις, σε διάφορες χώρες και διάφορα νοσήματα.

Τόσο από την μελέτη μας, όσο και από τη διεθνή βιβλιογραφία προκύπτει ότι η αναπτυξιακή βοήθεια για την υγεία είναι κομβικής σημασίας για την αντιμετώπιση των μεταδοτικών ασθενειών (και πιο συγκεκριμένα για τα νοσήματα αναφοράς). Επίσης, πράγματι στον 21<sup>ο</sup> αιώνα η DAH αυξάνεται σταθερά και η επιδημιολογική εικόνα των χωρών της Υποσαχάριας Αφρικής βελτιώνεται. Ωστόσο η εναπόθεση των κονδυλίων κατά κύριο λόγο σε στοχευμένες παρεμβάσεις και σε συγκεκριμένα νοσήματα φαίνεται πως δεν αρκεί, ώστε να επιτευχθεί άμεσα η επιθυμητή βελτίωση. Πέραν λοιπόν, από στοχευμένες χρηματοδοτήσεις κρίνεται απόλυτα αναγκαία η υποστήριξη των συστημάτων υγείας στο σύνολό τους, μέσα από μια πιο

---

<sup>29</sup> βλ. βιβλιογραφία Mulinari et al. (2020) και Ozieranski et al. (2019).

ολιστική προσέγγιση, που θα ενισχύσει τα συστήματα υγείας, επιτυγχάνοντας τον τελικό στόχο για την καθολική υγειονομική κάλυψη. Αυτή η διαφορετική οπτική θα μπορούσε να ενισχύσει εν τέλει και τις στοχευμένες παρεμβάσεις, αφού τα συστήματα υγείας θα μπορούσαν να τις υποστηρίξουν αποδοτικότερα. Η αναβάθμισή τους με πληροφοριακά συστήματα, για την έγκαιρη και έγκυρη ανταλλαγή πληροφοριών, και η εφαρμογή καλών πρακτικών κρίνεται αναγκαία. Κύριος στόχος θα πρέπει να τεθεί η αύξηση της διαφάνειας, η διασφάλιση κανόνων λογοδοσίας και η συστηματική αξιολόγηση ενεργειών. Ως επακόλουθο της ως άνω στρατηγικής κατεύθυνσης θα ήταν η παραγωγή πολύ πιο αξιόπιστων δεδομένων για την ορθή παρακολούθηση της επιδημιολογικής κατάστασης, ζήτημα για το οποίο η διεθνής βιβλιογραφία εγείρει σημαντικό ζήτημα.

Όπως είναι φυσικό και αποτυπώνεται και στα ευρήματα της μελέτης μας, οι χώρες τις Υποσαχάριας Αφρικής διαφέρουν μεταξύ τους ως προς την αποδοτικότητα χρήσης των πόρων που διαθέτουν στα συστήματα υγείας τους, ωστόσο το κοινό στοιχείο των χωρών αυτών είναι ότι απέχουν από το να αποκτήσουν έστω και σχετική αυτάρκεια πόρων για συστήματα υγείας τους. Η Αναπτυξιακή Βοήθεια για την Υγεία είναι σημαντική, όμως ο τρόπος διάθεσής της θα πρέπει να διαφοροποιηθεί ώστε να δημιουργηθούν οι βάσεις για πιο ισχυρά συστήματα υγείας με μεγαλύτερο βαθμό αυτάρκειας.

Όσον αφορά την μελέτη της ελληνικής περίπτωσης, η οποία αποτελεί την πρώτη που έχει ποτέ πραγματοποιηθεί για την συγκεκριμένη περίπτωση, γίνεται αντιληπτό ότι η θεσμική εκπροσώπηση των ασθενών στην Ελλάδα κατά την τελευταία δεκαετία έχει ενισχυθεί όχι μόνο μέσω των δυναμικών συλλόγων όσον αφορά τον αριθμό των μελών, αλλά και μέσω της αναγνώρισης που λαμβάνουν από τους κρατικούς φορείς. Η συμβολή τους θεωρείται σημαντική όσον αφορά την προώθηση των συμφερόντων των Ελλήνων ασθενών και σήμερα συμμετέχουν στις θεσμικές διαδικασίες λήψης αποφάσεων, στο σχεδιασμό και την εφαρμογή πολιτικών που τους αφορούν. Η χρηματοδότηση των συλλόγων θα πρέπει να συνεχιστεί απρόσκοπτα και να υποστηριχθεί τόσο από τον ιδιωτικό όσο και από τον δημόσιο τομέα μέσω της εκπαίδευσης, της ευαισθητοποίησης και των πόρων.

Σε αυτό το σημείο, είναι προφανές ότι τόσο το θεσμικό πλαίσιο όσο και η υφιστάμενη διαδικασία ηλεκτρονικής καταγραφής υπό την αρμοδιότητα του ΣΦΕΕ για τις δωρεές της φαρμακοβιομηχανίας προς τις ΟΑ., εστιάζουν στην ενίσχυση της διαφάνειας, της ποιότητας των δεδομένων και την πλήρη εναρμόνιση με τις κατευθύνσεις του κώδικα δεοντολογίας. Ωστόσο, σύμφωνα με την ανάλυσή μας των δεδομένων που καταγράφονται στο μητρώο

δωρεών του ΣΦΕΕ, είναι προφανές ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης, τόσο στην υφιστάμενη διαδικασία όσο και στη δομή της βάσης δεδομένων του. Ως εκ τούτου, η τυποποιημένη κωδικοποίηση των δωρητών, των αποδεκτών και των χαρακτηριστικών των δωρεών, θα πρέπει να αποτελέσει προτεραιότητα ως επίσημη διαδικασία του ΣΦΕΕ. Επιπλέον, ο ΣΦΕΕ θα πρέπει να εμπλουτίσει τα δεδομένα των δωρεών με πιο ποιοτική περιγραφή και κωδικοποίηση σύμφωνα με το ICD10.

Πέρα από την βελτίωση της καταγραφής των παραπάνω δεδομένων στην Ελλάδα, σε ευρωπαϊκό επίπεδο η ΕΦΡΙΑ θα πρέπει να αναλάβει ρόλο συντονισμού και εποπτείας στην τήρηση της εναρμόνισης των εθνικών συνδέσμων ως προς τους κώδικες δεοντολογίας και τις πρακτικές διαφάνειας που θα πρέπει να υλοποιούν. Προτείνεται η δημιουργία κεντρικής βάσης δεδομένων (στα πρότυπα της βάσης δεδομένων της Eurostat) όπου θα συμπεριλαμβάνονται τα στοιχεία όλων των εθνικών συνδέσμων, από την οποία θα υπάρχει δυνατότητα εξαγωγής στατιστικών πληροφοριών και ποιοτικών και ποσοτικών δεδομένων.

Τέλος, ως βασική δικλείδα ασφαλείας για την προαγωγή των δράσεων των Συλλόγων Ασθενών και την ουσιαστική προώθηση αξιόπιστων λύσεων στα προβλήματα των ασθενών, καθώς και την αποφυγή οποιουδήποτε φαινομένου μανιπουλαρίσματος των ασθενών και των ενώσεών τους από εμπορικές κερδοσκοπικές εταιρείες, προτείνεται η ετήσια πάγια συνεισφορά των φαρμακευτικών εταιρειών προς ένα “κοινό ταμείο συλλόγων ασθενών” ανάλογα με την κερδοφορία του έτους. Υπό αυτή τη προοπτική, προτείνεται η δημιουργία ενός Εθνικού Μητρώου Συλλόγων Ασθενών εποπτευόμενο από το Υπουργείο Υγείας, στο οποίο θα τηρούνται δεδομένα όπως η δράση των συλλόγων, ο αριθμός των εκπροσωπούμενων μελών-ασθενών, το γεωγραφικό εύρος των δραστηριοτήτων τους, το εύρος των ICD10 στις οποίες παρεμβαίνουν και οι ετήσιοι προϋπολογισμοί και απολογισμοί των οικονομικών τους δεδομένων. Ένα τέτοιο μητρώο αφενός θα αύξανε την διαφάνεια των δράσεων και των συναλλαγών, αφετέρου θα παρείχε στους σχεδιαστές πολιτικής και στους ερευνητές σημαντικά δεδομένα για την καλύτερη κατανόηση των αναγκών των συλλόγων ασθενών και των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ίδιοι οι ασθενείς.

## Βιβλιογραφία

### 1ο Κεφάλαιο

#### Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

ACT UP (n.d.). Our Mission. AIDS Coalition To Unleash Power. <https://actupny.com/contact/> (Accessed: 12/11/2021).

ALA (n.d.). *About Us*. American Lung Association. <https://www.lung.org/about-us> (Accessed: 13/11/2021).

Alger, C. (2002). The Emerging Roles of NGOs in the UN System: From Article 71 to a People's Millennium Assembly. *Global Governance*, 8(1), 93-117. <https://www.jstor.org/stable/27800329>

Bagire, V., Aosa, E. and Awino, Z. B. (2014). A Synthesis of the Strategic Orientations and NGO Legitimacy in the African Economic Setting. *Journal of Business and Economics*, 5(8), 1358-1373. DOI: 10.15341/jbe(2155-7950)/08.05.2014/015

Barder, O. (2014). *Is aid a waste of money? Significance*. The Royal Statistical Society

Batakis, D., Sidiropoulos, S. and Vozikis, A. (2020). What is the Role of International Law in Global Health Governance on the Period of Covid-19. *HAPSc Policy Briefs Series*, 1(2), 153-165.

Berthoud, O. (2001). *NGO: Somewhere between compassion, profitability and solidarity*. Envio, No 241. Available at: <https://www.envio.org.ni/articulo/1526> (Accessed: 14/11/2021).

Birn, A. E. (2009). The Stages of International (Global) Health: Histories of Success or Successes of History?. *Global Public Health*, 4(1), 50-68.

Birn, A. E. and Fee, E. (2013). The Rockefeller Foundation and the International Health Agenda. *The Lancet*, 381(9878), 1618-1619.

Borowy, I. (2005). World health in a book - the League of Nations International Health Yearbooks 1925-30. In: Borowy, I. and Gruner, W. (eds). *Facing illness in troubled times. Health in Europe in the Interwar Years, 1918-1939*. Frankfurt/Main: Peter Lang, 85-128.

Borowy, I. (2011). International Health Work: The Beginnings. *Michael*, 8(2), 210-221.

Borrmann, A. (1999). Evaluating development co-operation. *Intereconomics*, 34(5), 255-259.

Bozorgmehr, K. (2010). Rethinking the 'Global' in Global Health: A Dialectic Approach. *Globalization and Health*, 6, 19.

Brown, T. M., Cueto, M. and Fee, E. (2006). The World Health Organization and the Transition From "International" to "Global" Public Health. *American Journal of Public Health*, 96(1), 62-72.

Bull, B., & McNeill, D. (2007). *Development issues in global governance: Public-private partnerships and market multilateralism*. Routledge.

Cernea, M. M. (1988). Nongovernmental Organizations and Local Development. *World Bank Discussion Papers* 40. Available at: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/723711468739268149/pdf/multi-page.pdf>



- Clark, J. (1991). *Democratizing Development: The Role of Voluntary Organizations*. London: Earthscan.
- Connelly, M. (n.d.). *The Role of NGOs in Strengthening Health Systems*. Global Health Delivery online.
- Council on Foundations (n.d.). Site. Nonprofit Law. <https://www.cof.org/search/site/nonprofit%2520law> (Accessed: 12/12/2021).
- Cueto, M., Brown, T. M. and Fee, E. (2019). *The World Health Organization: A History*. UK: Cambridge University Press.
- Davies, T. R. (2008). *The rise and fall of transnational civil society: The evolution of international non-governmental organizations since 1839*. Working Paper CUTP/003, Center for International Politics, City University London.
- DESA NGO Branch. *NGO Database*. United Nations Department of Economic Affairs. <https://esango.un.org/civilsociety/displayAdvancedSearch.do?method=search&sessionCheck=false> (Accessed: 27/09/2022).
- Detert, N. C., Kitzmiller, R. and Sharpe, L. (2019). Primary Care-Nonprofit Partnerships: Posttraumatic Stress Disorder Screening and Treatment for Veterans. *The Journal for Nurse Practitioners*, 15(10), e189-e192. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2019.05.006>
- Drabek, A. (1987). Development Alternatives: The Challenge for NGOs. *World Development*, 15(1), Supplement, ix-xv.
- Edwards, M. and Hulme, D. (2013). *Non-Governmental Organisations: Performance and Accountability*. UK: Earthscan
- Farrington, J. & Bebbington, A. (1993). *Reluctant Partners? NGOs, the State and Sustainable Agricultural Development*. London: Routledge.
- Fidler D. P. (2001). The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(9), 842–849.
- Fowler, A. (1988). *NGOs in Africa: achieving comparative advantage in relief and microdevelopment*. IDS discussion paper no 249, IDS, Sussex.
- Frenk, J. & Moon, S. (2013). Governance Challenges in Global Health. *The New England Journal of Medicine*, 368, 936-942. DOI: 10.1056/NEJMr11
- Gellert, G. A. (1996). Non-Governmental Organizations in International Health: Past Successes, Future Challenges. *International Journal of Health Planning and Management*, 11, 19-31.
- Getahun, H. and Raviglione, M. (2011). Transforming the global tuberculosis response through effective engagement of civil society organizations: the role of the World Health Organization. *Bulletin of the World Health Organization*, 89(8), 616–618. <https://doi.org/10.2471/BLT.11.086801>
- Global Leadership Bulletin (2015). *Facts and stats about NGOs worldwide*, IBSO, διαθέσιμο στο: <https://www.standardizations.org/bulletin/?p=841> (Ανακτήθηκε 03/04/2022).
- Gordenker, L. (1995). Pluralising global governance: Analytical approaches and dimensions. *Third World Quarterly*, 16(3), 357-388. <https://doi.org/10.1080/01436599550035951>

- Hall-Jones, P. (2006). *The Rise and Rise of NGOs*. Global Policy Forum. Available at:<https://archive.globalpolicy.org/component/content/article/176-general/31937.html> (Accessed: 8/11/2021).
- Harman, S. (2018). Global Health Governance. In: Weiss, T. G. & Wilkinson, R. (eds). *International Organization and Global Governance* (2<sup>nd</sup> Edition). London: Routledge, Chapter 52.
- Hein, W. & Kohlmorgen, L. (2008). Global Health Governance. Conflicts on Global Social Rights. *Global Social Policy*, 8(1), 80–108.
- Hudson, B. A. and Bielefeld, W. (1997). Structures of multinational non-profit organizations. *Non Profit Management & Leadership*, 8(1), 31-49.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (2020). *Financing Global Health 2020: The Impact of COVID-19*. Seattle.
- Kickbusch, I. (n.d.). *Advancing the Global Health Agenda*. United Nations. <https://www.un.org/en/chronicle/article/advancing-global-health-agenda>
- Kickbusch, I., Ivanova, M. (2013). The History and Evolution of Global Health Diplomacy. In: Kickbusch, I., Lister, G., Told, M., Drager, N. (eds) *Global Health Diplomacy*. Springer, New York, NY. [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5401-4\\_2](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5401-4_2)
- Kickbusch, I., Lister, G., Told, M. & Drager, N. (2013). *Global health diplomacy: Concepts, issues, actors, instruments, fora and cases*. New York: Springer
- Koplan, J. P., Bond, C. T., Merson, M. H., Reddy, K. S., Rodriguez, M. H., Sewankambo, N. K. and Wasserheit, J. N. (2009). Towards a Common Definition of Global Health. *The Lancet*, 373(9679), 1993-1995.
- Leon, J. K. (2015). *The Rise of Global Health: The Evolution of Effective Collective Action*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Malena, C. (1995). *Working with NGOs: A Practical Guide to Operational Collaboration between The World Bank and Non-governmental Organizations*. Operations Policy Department, NGO UNIT, OPRPG, World Bank, 13.<https://documents1.worldbank.org/curated/en/814581468739240860/pdf/multi-page.pdf>
- McCarthy, M. (2002). A brief history of the World Health Organization. *The Lancet*, 360(9340), 1111-1112.
- McGann, J. and Johnstone, M. (2006). *The Power Shift and the NGO Credibility Crisis*. Global Policy Forum. Available at:<https://archive.globalpolicy.org/component/content/article/176-general/31423.html> (Accessed: 10/11/2021).
- Merson, M., Black, R. and Mills, A. (2020). Introduction. In: Merson, M., Black, R. and Mills, A. (eds). *Global Health: Diseases, Programs, Systems and Policies* (4th Edition). Burlington, Massachusetts: Jones & Bartlett.
- Metcalfe, M. (2002). Advancing the Role of Nonprofit Health Care. *Inquiry*, 39(2), 96–100.[https://doi.org/10.5034/inquiryjrnl\\_39.2.96](https://doi.org/10.5034/inquiryjrnl_39.2.96)

- Meyer, C. (1992). A step back as donors shift institution building from the public to the "private" sector. *World Development*, 20(8), 1115-1126.
- Mohammed, A., Tomori, O., & Nkengasong, J. N. (2021). Lessons from the elimination of poliomyelitis in Africa. *Nature Reviews Immunology*, 21(12), 823-828. <https://doi.org/10.1038/s41577-021-00640-w>
- Roser, M. and Ritchie, H. (2021). *Burden of Disease*. Our World In Data. [https://ourworldindata.org/burden-of-disease'](https://ourworldindata.org/burden-of-disease)
- Seear, M. and Ezezika, O. (2017). *An Introduction to Global Health* (3rd Edition). Toronto: Canadian Scholars.
- Sidiropoulos, S., Valachea, S., Kanakaki, M. E., Emmanouil-Kalos, A., Tsimogiannis, G. and Vozikis, A. (2022). Development Assistance for Health and the Role of NGOs in the Africa Region: The Case of the Central African Republic. *Journal of Regional Socio-Economic Issues*, 12(1), 44-58.
- Smith, M. (2010). The Importance of Sustainability in International Public Health NGOs. In: Gaist, P. A. (ed.). *Igniting the Power of Community: The Role of CBOs and NGOs in Global Public Health*. Chapter 3. New York: Springer.
- Sparks, M. (2010). Governance beyond governments: the role of NGOs in the implementation of the FCTC. *Global Health Promotion*, 17(1), 67–72. <https://doi.org/10.1177/1757975909358350>
- Stachowiak, J. A. (2010). A Brief History of CBOs/NGOs in Health and Public Health. In: Gaist, P. A. (ed.). *Igniting the Power of Community: The Role of CBOs and NGOs in Global Public Health*. Chapter 1. New York: Springer.
- Taghizade, S., Chattu, V. K., Jaafaripooyan, E., & Kevany, S. (2021). *COVID-19 Pandemic as an Excellent Opportunity for Global Health Diplomacy* [Perspective]. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.655021>
- Tvedt T. (2006). The international aid system and NGOs: A new research agenda. *Journal of International Development*, 18, 677-690.
- United Nations (1945/ 1973). *United Nations Charter*. <https://www.un.org/en/about-us/un-charter/full-text>
- United Nations (2018). *Working with ECOSOC: an NGOs Guide to consultative status*. ECOSOC. [http://csonet.org/content/documents/ECOSOC%20Brochure\\_2018\\_Web.pdf](http://csonet.org/content/documents/ECOSOC%20Brochure_2018_Web.pdf)
- United Nations (n.d.a). *Sustainable Development Goals*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/>.
- United Nations (n.d.b). *Global Issues: Health*. <https://www.un.org/en/global-issues/health>
- Walt, G. (2001). Global Cooperation in International Public Health. In: Merson, M., Black, R. and Mills, A. (eds). *International Public Health: Diseases, Programs, Systems and Policies*. Gaithersburg, MD: Aspen, 667-699.
- WHO (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Διαθέσιμο στο: [https://treaties.un.org/doc/Treaties/1948/04/19480407%2010-51%20PM/Ch\\_IX\\_01p.pdf](https://treaties.un.org/doc/Treaties/1948/04/19480407%2010-51%20PM/Ch_IX_01p.pdf)
- WHO (1978). *Declaration of Alma-Ata*. Διαθέσιμο στο: [https://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)

WHO (2002). *WHO's interactions with Civil Society and Nongovernmental Organizations*. Review Report WHO/CSI/2002/WP6, World Health Organization.

WHO (2005). *WHO Framework Convention on Tobacco Control (2005 Reprint)*. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.pdf?sequence=1>

WHO (2016). *Framework of Engagement With Non-State Actors*. Sixty-Ninth World Health Assembly, Agenda item 11.3 (28 May 2016). [https://www.who.int/about/collaborations/non-state-actors/A69\\_R10-FENSA-en.pdf](https://www.who.int/about/collaborations/non-state-actors/A69_R10-FENSA-en.pdf)

WHO (2018). *The state of health in the WHO African Region: an analysis of the status of health, health services and health systems in the context of the Sustainable Development Goals*. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa

WHO (2021). *English/French list of 218 non-State actors in official relations with WHO reflecting decisions of the 148th session of the Executive Board, January 2021*. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/executive-board/eb148-list-of-218-entities.pdf?sfvrsn=84f77324\\_1&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/executive-board/eb148-list-of-218-entities.pdf?sfvrsn=84f77324_1&download=true)

WHO (2022). *Health diplomacy*. Regional Office for the Eastern Mediterranean. Available at: <http://www.emro.who.int/health-topics/health-diplomacy/index.html>

Willets, P. (2000). From "Consultative Arrangements" to "Partnership": The Changing Status of NGOs in Diplomacy at the UN. *Global Governance*, 6(2), 191–212. <https://doi.org/10.1163/19426720-00602003>

Willets, P. (2001). *Non-Governmental Organizations*. In: Encyclopedia of Life Support Systems (EOLSS), Section 1 Institutional and Infrastructure Resource Issues, Article 1.44.3.7. Developed under the Auspices of the UNESCO, Eolss Publishers, Paris, France.

World Bank (2022). *Health*. <https://www.worldbank.org/en/topic/health> (Accessed: 22 January 2022).

Young, S. T. and Dhanda, K. K. (2013). *Sustainability: Essentials for Business*. SAGE Publications. Available at: <https://dx.doi.org/10.4135/9781544308432>

## 2ο Κεφάλαιο

### Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Boerma, T., & Mathers, C. D. (2015). The World Health Organization and global health estimates: improving collaboration and capacity. *BMC medicine*, 13(1), 1-4.

Efthymiou-Eggleton, I. P., Vozikis, A., Galanis, P., Sidiropoulos, S., & Kyriazis, I. (2020). Lifestyle Risk Factors and Cardiovascular Disease Risk in Youth. *International Journal of Caring Sciences*, 13(2), 921-937.

Gigerenzer G. (2009). Making sense of health statistics. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(8), 567. <https://doi.org/10.2471/blt.09.069872>

Global Burden of Disease Collaborative Network. (2020). *Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Contraceptive Prevalence Estimates 1970-2019*. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).

Junqueira, D. R. G., Ferreira, M. L., Refshauge, K., Maher, C. G., Hopper, J. L., Hancock, M., Carvalho, M. G. & Ferreira, P. H. (2014). Heritability and lifestyle factors in chronic low back pain: Results of the Australian Twin Low Back Pain Study (The AUTBACK study). *European journal of pain*, 18(10), 1410-1418.

PLoS Medicine Editors. (2010). Can we count on global health estimates?. *PLoS Medicine*, 7(11), e1001002.

Ruzicka, L. T., & Lopez, A. D. (1990). The use of cause-of-death statistics for health situation assessment: national and international experiences. *World health statistics quarterly 1990*; 43 (4): 249-258.

United Nations (n.d.a). *Global Issues: Health*. <https://www.un.org/en/global-issues/health>

WHO. (1957). *Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death : based on the recommendations of the seventh revision Conference, 1955, and adopted by the ninth World Health Assembly under the WHO Nomenclature Regulations*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42900>

WHO. (2020a). Global health estimates 2019: Life expectancy and leading causes of death and disability, διαθέσιμο στο: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates> (Ανακτήθηκε 03/04/2022).

WHO. (2020b). The top 10 causes of death, διαθέσιμο στο: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> (Ανακτήθηκε 03/02/2021).

WHO. (2021). World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals.

WHO. (n.d.). *WHO Family of International Classifications (FIC)*: <https://www.who.int/standards/classifications>

Zaveri, A., Lehmann, J., Auer, S., Hassan, M. M., Sherif, M. A., & Martin, M. (2013). Publishing and interlinking the global health observatory dataset. *Semantic Web*, 4(3), 315-322.

## Ελληνική Βιβλιογραφία

N. 2963/2001 (ΦΕΚ 268/A` 23.11.2001)

N. 4530/2018 (ΦΕΚ Α' 56/2018)

## 3ο Κεφάλαιο

### Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Abbasi, K. (1999). The World Bank on world health: under fire. *British Medical Journal*, 318(7189), 1003–1006. <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7189.1003>
- Ferrucci, L., Koh, C., Bandinelli, S., Guralnik, J.M. & Birren, J. E. (eds). (2007). Disability, Functional Status, and Activities of Daily Living. *Encyclopedia of Gerontology* (Second Edition), 427-436. <https://doi.org/10.1016/B0-12-370870-2/00075-5> (Accessed 7 July 2021).
- Fragoulakis, V., Mitropoulou, C., Williams, M. & Patrinos, G.P. (2015). *Economic Evaluation in Genomic Medicine*. Elsevier/Academic Press.
- Gerald R. Ford School of Public Policy. (n.d.). *Comparison of Approaches to Measuring Cost Impact: Cost Benefit, Cost-Effectiveness, and Cost-Utility Analyses*. University of Michigan. [http://mihealthfund.org/wp-content/uploads/2018/05/Resource-Sheet\\_ComparisonsCostMethods.pdf](http://mihealthfund.org/wp-content/uploads/2018/05/Resource-Sheet_ComparisonsCostMethods.pdf)
- International Health Partnership (2017). Healthy systems for universal health coverage - a joint vision for healthy lives. *World Health Organization and the International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank*.
- Kernick, D. P. (2003). Introduction to health economics for the medical practitioner. *Postgraduate medical journal*, 79(929), 147-150.
- Morris, S., Devlin, N., Parkin, D. & Spencer, A. (2012). *Economic Analysis in Healthcare*. 2nd Edition. Wiley.
- Prieto, L., & Sacristán, J. A. (2003). Problems and solutions in calculating quality-adjusted life years (QALYs). *Health and quality of life outcomes*, 1, 80. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-80>
- Rubinstein, A., García Martí, S., Souto, A., Ferrante, D. & Augustovski, F. (2009). Generalized cost-effectiveness analysis of a package of interventions to reduce cardiovascular disease in Buenos Aires, Argentina. *Cost Eff Resour Alloc*, 7, 10. <https://doi.org/10.1186/1478-7547-7-10>
- Rouzbehani, K. (2017). Health Policy Implementation: Moving Beyond Its Barriers in United States. In *Public Health and Welfare: Concepts, Methodologies, Tools, and Applications* (pp. 1284-1295). IGI Global.
- Santerre, R., & Neun, S., (2013). *Health Economics: Theories, Insights, and Industry Studies* (6th edition). South-Western, Cengage Learning, London.
- Torrance, G. W. (1997). Preferences for health outcomes and cost-utility analysis. *Am J Manag Care*, 3(Suppl 1), S8-S20.
- WHO (n.d.). *Disability-adjusted life years (DALYs)*. Retrieved from: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/158> (Accessed: 7 July 2021).
- WHO (2004). Global burden of disease: DALYs by age, gender, region and cause for the year 2004. UNESCO. [http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/SC/temp/wwap\\_pdf/Disability\\_adjusted\\_life\\_year.pdf](http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/SC/temp/wwap_pdf/Disability_adjusted_life_year.pdf) (Accessed: 7 July 2021)
- World Bank (1993). *World Development Report 1993*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1596/0-1952-0890-0>

Ochalek, J., Revill, P., & Drummond, M. (2020). Allocating Scarce Resources—Tools for Priority Setting. In Revill, P., Suhrcke, Moreno-Sera, R., & Sculpher, M. (eds). *Global Health Economics: Shaping Health Policy in Low-and Middle-Income Countries* (pp. 53-73).

#### Ελληνική Βιβλιογραφία

Κουφάκη, Μ.Ι. & Βασιλείου, Κ. Εισαγωγή στην οικονομική αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας. Στο Μητροπούλου, Χ., Βασιλείου, Κ. & Βοζίκης, Α. (2022). *Οικονομική Αξιολόγηση Υπηρεσιών Υγείας*. Κεφάλαιο 4. Παρισιάνου Α.Ε.

Κουφάκη, Μ.Ι. & Μητροπούλου, Χ. Εισαγωγή στην οικονομική ανάλυση των υπηρεσιών υγείας. Στο Μητροπούλου, Χ., Βασιλείου, Κ. & Βοζίκης, Α. (2022). *Οικονομική Αξιολόγηση Υπηρεσιών Υγείας*. Κεφάλαιο 1. Παρισιάνου Α.Ε.

Παπαντωνίου, Π., Βοζίκης Α., & Μητροπούλου, Χ. (2022). Ανάλυση Κόστους-Χρησιμότητας. Στο Μητροπούλου, Χ., Βασιλείου, Κ. & Βοζίκης, Α. (2022). *Οικονομική Αξιολόγηση Υπηρεσιών Υγείας*. Κεφάλαιο 1. Παρισιάνου Α.Ε.

#### 4ο Κεφάλαιο

##### Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Global Burden of Disease Collaborative Network (2021). *Global Health Spending 1995-2018*. Seattle, United States of America: Institute for Health Metrics and Evaluation. <https://doi.org/10.6069/7F1N-CT45>

IHME (2020). *GBD Results*. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington. Available from <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/> (Accessed: 10/12/2021).

IHME (2021). *Development Assistance for Health Database 1990-2020*. Seattle, United States of America: Institute for Health Metrics and Evaluation. <https://doi.org/10.6069/7KGGQ-MX70>

##### Ελληνική Βιβλιογραφία

Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (n.d.). *Διαφάνεια στις Δωρεές*. <https://www.donations.sfec.gr/>

#### 5ο Κεφάλαιο

##### Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Abdallah, I. A. Y. and Khondlo, M. (2015). The role of non-governmental organizations in providing curative health services in North Darfur State, Sudan. *African Health Sciences*, 15(3), 1049–1055.

African Union. (2016). *Africa Health Strategy 2016 – 2030*. [https://au.int/sites/default/files/documents/24098-au\\_ahs\\_strategy\\_clean.pdf](https://au.int/sites/default/files/documents/24098-au_ahs_strategy_clean.pdf) (Accessed: 13 July 2021)

African Union (2007). *Africa Health Strategy 2007 – 2015*. <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.469.1991&rep=rep1&type=pdf>

Anaemene, B. U. (2017). Health, Agenda 2030 and the Future of Africa's Development. In: Anaemene, B. U. and Bolarinwa, O. J. (eds). *Agenda 2030 and Africa's Development in the 21st Century*. United Nations University, International Institute for Global Health.

Bernescut, B., Grubb, I., Jurgens, R., & Hacopian, P. (2011). *The Global Fund annual report 2010*. Geneva: The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria.

Bijker, R., Jiamsakul, A., Kityo, C., Kiertiburanakul, S., Siwale, M., Phanuphak, P., Akanmu, S., Chaiwarith, R., Wit, F. W., Sim, B. L., Boender, T. S., Ditangco, R., Rinke De Wit, T. F., Sohn, A. H., & Hamers, R. L. (2017). Adherence to antiretroviral therapy for HIV in sub-Saharan Africa and Asia: a comparative analysis of two regional cohorts. *Journal of the International AIDS Society*, 20(1), 21218. <https://doi.org/10.7448/ias.20.1.21218>

Bill & Melinda Gates Foundation (2007). *Annual report 2007*. <https://docs.gatesfoundation.org/Documents/2007Gates%20Foundation%20Annual%20Report.pdf>

Borrmann, A. (1999). Evaluating development co-operation. *Intereconomics*, 34(5), 255-259.

Connelly, M. (n.d.). *The Role of NGOs in Strengthening Health Systems*. Global Health Delivery online.

Dieleman, J. L., Micah, A. E., & Murray, C. J. (2019). Global health spending and development assistance for health. *Journal of the American Medical Association*, 321(21), 2073-2074.

Efthymiou-Eggleton, I. P., Vozikis, A., Galanis, P., Sidiropoulos, S., & Kyriazis, I. (2020). Lifestyle Risk Factors and Cardiovascular Disease Risk in Youth. *International Journal of Caring Sciences*, 13(2), 921-937.

Heestermans, T., Browne, J. L., Aitken, S. C., Vervoort, S. C., & Klipstein-Grobusch, K. (2016). Determinants of adherence to antiretroviral therapy among HIV-positive adults in sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMJ global health*, 1(4), e000125.

Holmes, M.D., Dalal, S., Volmink, J., Adebamowo, C.A., Njelekela, M., Fawzi, W.W. et al. (2010). Non-communicable diseases in sub-Saharan Africa: the case for cohort studies. *PLoS medicine*, 7(5), e1000244. doi: 10.1371/journal.pmed.1000244 PMID: 20485489

Institute for Health Metrics and Evaluation (2020). *Financing Global Health 2020: The Impact of COVID-19*. Seattle, WA: IHME.

Institute for Health Metrics and Evaluation (2021). *Financing Global Health Visualization*. Seattle, WA: IHME, University of Washington. <http://vizhub.healthdata.org/fgh/>. (Accessed 10/01/2022)

Institute for Health Metrics and Evaluation (n.d.). *Terms Defined*. <http://www.healthdata.org/terms-defined>

Kaze, F. F., Ashuntantang, G., Kengne, A. P., Hassan, A., Halle, M. P., Muna, W. (2012). Acute hemodialysis complications in end-stage renal disease patients: The burden and implications for the under-resourced Sub-Saharan African health systems. *Hemodialysis international*, 16(4), 526-531. <https://doi.org/10.1111/j.1542-4758.2012.00692.x>

Kyriazis, I., Lappa, T., Koufopoulou, K., Sidiropoulos, S., Efthymiou, I. P., & Vozikis, A. (2018). Impact of Austerity on Dietary Habits and Obesity in Greek Children, Adolescents and Adults. In



- Souliotis, K. & Saridi, M. (2018). *The Impact and Implications of Crisis: A Comprehensive Approach Combining Elements of Health and Society*. Nova Science Publishers, Inc.
- Moon, S. and Omole, O. (2013). *Development Assistance for Health: Critiques and Proposals for Change*. Chatham House (The Royal Institute of International Affairs).
- Nair, S. (2013). Governance, representation and international aid. *Third World Quarterly*, 34(4), 630-652.
- Prendergast, A., Essajee, S. and Penazzato, M. (2015). HIV and the Millennium Development Goals. *Archives of Disease in Childhood*, 100, 48-52. [https://adc.bmj.com/content/100/Suppl\\_1/S48.short](https://adc.bmj.com/content/100/Suppl_1/S48.short)
- Radelet, S. (2006). A primer on foreign aid. *Center for Global Development*, working paper 92. <https://www.cgdev.org/publication/primer-foreign-aid-working-paper-92>
- Ruby, A., Knight, A., Perel, P., Blanchet, K., & Roberts, B. (2015). The Effectiveness of Interventions for Non-Communicable Diseases in Humanitarian Crises: A Systematic Review. *PLoS ONE* 10(9), e0138303. doi:10.1371/journal.pone.0138303
- Rushton, S., & Williams, O. (Eds) (2011). *Partnerships and foundations in global health governance*. Springer.
- Szlezák, N. A., Bloom, B. R., Jamison, D. T., Keusch, G. T., Michaud, C. M., Moon, S., Clark, W. C. (2010). The Global Health System: Actors, Norms, and Expectations in Transition. *PLOS Medicine*, 7(1), e1000183. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000183>
- Szmigiera, M. (2021). *Largest donors of humanitarian aid worldwide 2020, by country*. Statista. <https://www.statista.com/statistics/275597/largest-donor-countries-of-aid-worldwide/>
- UNDP. (2021). Human development indicators. Available at <http://hdr.undp.org> (accessed at 1 December 2021)
- Waddington, C., & Panza, A. (1991). Ten questions to ask about revolving drug funds. *Tropical doctor*, 21(2), 50–53. <https://doi.org/10.1177/004947559102100202>
- Walt, G., Pavignani, E., Gilson, L., & Buse, K. (1999). Health sector development: from aid coordination to resource management. *Health policy and planning*, 14(3), 207-218.
- WHO. (1978). *Declaration of Alma-Ata*. Available at: [https://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)
- WHO. (2002). *International Development Assistance and Health*. Commission on Macroeconomics and Health, Working Group 6. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42548/9241590140.pdf?sequence=1>
- WHO (2003). Baltussen, Rob M. P. M, Adam, Taghreed, Tan-Torres Edejer, Tessa, Hutubessy, Raymond C. W. et al. Making choices in health : WHO guide to cost-effectiveness analysis / edited by T. Tan-Torres Edejer ... [et al]. World Health Organization
- <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42699/9241546018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

WHO. (2013). *Global Action Plan for The Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020*.

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1)

WHO. (2018). *The state of health in the WHO African Region: an analysis of the status of health, health services and health systems in the context of the Sustainable Development Goals*. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa

WHO. (2021). *World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240027053>

Global Burden of Disease Collaborative Network (2021). *Global Health Spending 1995-2018*. Seattle, United States of America: Institute for Health Metrics and Evaluation. <https://doi.org/10.6069/7F1N-CT45>

## 6ο Κεφάλαιο

### Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Aleixandre-Benavent, R., González Alcaide, G., González de Dios, J. & Alonso-Arroyo, A. (2011). Fuente de información bibliográfica (I). Fundamentos para la realización de búsquedas bibliográficas. *Acta Pediátrica Española*, 69(3), 131-136.

Baggott, R. & Foster, R. (2008). Health consumer and patients' organizations in Europe: towards a comparative analysis. *Health Expectations*, 11(1), 85-94. 10.1111/j.1369-7625.2007.00472.x

Ball, D. E., Tisocki, K., & Herxheimer, A. (2006). Advertising and disclosure of funding on patient organisation websites: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-201>

Batt, S. (2014). Who will support independent patient groups? *BMJ*, 349, g6306. <https://doi.org/10.1136/bmj.g6306>

Bedlington, N., Geissler, J., Houyez, F., Lightbourne, A., Maskens, D., Strammiello, V. (2017). *Role of Patient Organisations*. In: Facey, K., Ploug Hansen, H., Single, A. (eds). *Patient Involvement in Health Technology Assessment*. Singapore: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-981-10-4068-9\\_35](https://doi.org/10.1007/978-981-10-4068-9_35)

Colombo, C., Mosconi, P., Villani, W. & Garattini, S. (2012). Patient Organizations' Funding from Pharmaceutical Companies: Is Disclosure Clear, Complete and Accessible to the Public? An Italian Survey. *PLoS ONE*, 7(5), e34974. 10.1371/journal.pone.0034974

EFPIA (2021). *EFPIA Code of Practice*. Brussels: EFPIA

European Medicines Agency (2022). *Engagement Framework: EMA and patients, consumers and their organisations*. Amsterdam: EMA.

Hellenic Association of Pharmaceutical Companies (2020). *SFEE CODE OF ETHICS*, Halandri: SFEE.

Hellenic Association of Pharmaceutical Companies (2021). *Transparency in Donations*. Available at: <https://www.donations.sfec.gr/disclaimer.php> (Accessed: 15/12/2021).

Hellenic Association of Pharmaceutical Companies (n.d.a). Patient Organizations. Available at: <https://www.sfee.gr/enosis-asthenon/> (Accessed: 10/12/2021).

Hellenic Association of Pharmaceutical Companies (n.d.b). Transparency in Donations. Available at: <https://www.sfee.gr/diafania-stis-dorees/> (Accessed: 15/12/2021).

Hemminki, E., Toiviainen, H. K., & Vuorenkoski, L. (2010). Co-operation between patient organisations and the drug industry in Finland. *Social science & medicine*, 70(8), 1171-1175.

Jones, K. (2008). In whose interest? Relationships between health consumer groups and the pharmaceutical industry in the UK. *Sociol Health Illn*, 30(6), 929-943. 10.1111/j.1467-9566.2008.01109.x

Kent, A. (2007). Should patient groups accept money from drug companies? Yes. *Bmj*, 334(7600), 934-934. doi:<https://doi.org/10.1136/bmj.39185.461968.AD>

Leto di Priolo, S., Fehervary, A., Riggins, P., & Redmond, K. (2012). Assessing Stakeholder Opinion on Relations between Cancer Patient Groups and Pharmaceutical Companies in Europe. *The Patient - Patient - Centered Outcomes Research*, 2(5), 127-139. <https://doi.org/10.2165/11589210-000000000-00000>

Mandeville, K. L., Barker, R., Packham, A., Sowerby, C., Yarrow, K., & Patrick, H. (2019). Financial interests of patient organisations contributing to technology assessment at England's National Institute for Health and Care Excellence: policy review. *BMJ*, k5300. <https://doi.org/10.1136/bmj.k5300>

Mulinari, S., Vilhelmsson, A., Rickard, E., & Ozieranski, P. (2020). Five years of pharmaceutical industry funding of patient organisations in Sweden: Cross-sectional study of companies, patient organisations and drugs. *PloS one*, 15(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235021>

Ozieranski, P., Rickard, E., & Mulinari, S. (2019). Exposing drug industry funding of UK patient organisations. *British Medical Journal*, 365, 1-9.

Sienkiewicz, D., Van Lingen, C., Bedlington, N., Bullot, C., & Immonen, K. (2017). The added value of patient organisations. In *Brussels: European Patients' Forum (EPF)*.

Snyder, H. (2019). Literature review as a research methodology: An overview and guidelines. *Journal of Business Research*, 104, 333-339. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.07.039>

Taylor, J., and Denegri, S. (2017). Industry links with patient organisations. *BMJ*, 356. doi:<https://doi.org/10.1136/bmj.j1251>

## Ελληνική Βιβλιογραφία

N. 4316/2014 (ΦΕΚ Α 270/24-12-2014)

## 7ο Κεφάλαιο

### Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Ball, D. E., Tisocki, K., & Herxheimer, A. (2006). Advertising and disclosure of funding on patient organisation websites: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-201>
- Baltussen, R., Floyd, K., & Dye, C. (2005). Cost effectiveness analysis of strategies for tuberculosis control in developing countries. *BMJ*, 331(7529), 1364.
- Chang, A. Y., Cowling, K., Micah, A. E., Chapin, A., Chen, C. S., Ikilezi, G., ... & Qorbani, M. (2019). Past, present, and future of global health financing: a review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 195 countries, 1995–2050. *The Lancet*, 393(10187), 2233-2260.
- Colombo, C., Mosconi, P., Villani, W. & Garattini, S. (2012). Patient Organizations' Funding from Pharmaceutical Companies: Is Disclosure Clear, Complete and Accessible to the Public? An Italian Survey. *PLoS ONE*, 7(5), e34974. [10.1371/journal.pone.0034974](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0034974)
- Dieleman, J. L., Graves, C. M., Templin, T., Johnson, E., Baral, R., Leach-Kemon, K., ... & Murray, C. J. (2014). Global health development assistance remained steady in 2013 but did not align with recipients' disease burden. *Health Affairs*, 33(5), 878-886.
- Fabbri, A., Swandari, S., Lau, E., Vitry, A., & Mintzes, B. (2019). Pharmaceutical Industry Funding of Health Consumer Groups in Australia: A Cross-sectional Analysis. *International Journal of Health Services*, 49(2), 273–293. <https://doi.org/10.1177/0020731418823376>
- Global Burden Of Disease Collaborative Network (2018). Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results [Online]. Institute For Health Metrics And Evaluation (IHME). Available: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.
- Goodman, C. A., Coleman, P. G., & Mills, A. J. (1999). Cost-effectiveness of malaria control in sub-Saharan Africa. *The Lancet*, 354(9176), 378-385.
- Hemminki, E., Toiviainen, H. K., & Vuorenkoski, L. (2010). Co-operation between patient organisations and the drug industry in Finland. *Social science & medicine*, 70(8), 1171-1175.
- Herxheimer, A. (2003). Relationships between the pharmaceutical industry and patients' organisations. *BMJ*, 326(7400), 1208–1210. <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7400.1208>
- Holmes, M.D., Dalal, S., Volmink, J., Adebamowo, C.A., Njelekela, M., Fawzi, W.W. et al. (2010). Non-communicable diseases in sub-Saharan Africa: the case for cohort studies. *PLoS medicine*, 7(5), e1000244. doi: 10.1371/journal.pmed.1000244 PMID: 20485489
- Kang, S. Y., Bai, G., Karas, L., & Anderson, G. F. (2019). Pharmaceutical Industry Support of US Patient Advocacy Organizations: An International Context. *American Journal of Public Health*, 109(4), 559–561. <https://doi.org/10.2105/ajph.2018.304946>
- Kazibwe, J., Gheorghe, A., Wilson, D., Ruiz, F., Chalkidou, K., & Chi, Y. L. (2021). The Use of Cost-Effectiveness Thresholds for Evaluating Health Interventions in Low-and Middle-Income Countries From 2015 to 2020: A Review. *Value in Health*, 25(3), 385-389.
- Kent, A. (2007). Should patient groups accept money from drug companies? Yes. *Bmj*, 334(7600), 934-934. doi:<https://doi.org/10.1136/bmj.39185.461968.AD>

- Khan, M., Rego, S., Wu, S., Asgari-Jirhandeh, N., Coker, R., Heymann, D., & Legido-Quigley, H. (2018). Health systems barriers to controlling infectious diseases in low and middle income Asian countries. Resilience and people-centred health systems: Progress, challenges and future directions in Asia. *World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, New Delhi*.
- Leech, A. A., Kim, D. D., Cohen, J. T., & Neumann, P. J. (2018). Use and misuse of cost-effectiveness analysis thresholds in low-and middle-income countries: trends in cost-per-DALY studies. *Value in Health, 21*(7), 759-761.
- Lexchin, J. (2019). Association between commercial funding of Canadian patient groups and their views about funding of medicines: An observational study. *PLOS ONE, 14*(2), e0212399. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212399>
- Mandeville, K. L., Barker, R., Packham, A., Sowerby, C., Yarrow, K., & Patrick, H. (2019). Financial interests of patient organisations contributing to technology assessment at England’s National Institute for Health and Care Excellence: policy review. *BMJ, k5300*. <https://doi.org/10.1136/bmj.k5300>
- McCoy, M. S., Carniol, M., Chockley, K., Urwin, J. W., Emanuel, E. J., & Schmidt, H. (2017). Conflicts of Interest for Patient-Advocacy Organizations. *New England Journal of Medicine, 376*(9), 880–885. <https://doi.org/10.1056/nejmsr1610625>
- Mishra, P. and D. Newhouse (2009). Does health aid matter?. *Journal of Health Economics, 28*, 855–872.
- Mulinari, S., Vilhelmsson, A., Rickard, E., & Ozieranski, P. (2020). Five years of pharmaceutical industry funding of patient organisations in Sweden: Cross-sectional study of companies, patient organisations and drugs. *PloS one, 15*(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235021>
- Neumann, P. J., Thorat, T., Zhong, Y., Anderson, J., Farquhar, M., Salem, M., Sandberg, E., Saret, C. J., Wilkinson, C., & Cohen, J. T. (2016). A Systematic Review of Cost-Effectiveness Studies Reporting Cost-per-DALY Averted. *PloS one, 11*(12), e0168512. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168512>
- Owolade, A., Mashavakure, H., Babatunde, A. O., & Aborode, A. T. (2022). Time to relook into Non-Communicable Diseases (NCDs) in Africa: A silent threat overwhelming global health in Africa. *Annals of Medicine and Surgery, 104*522.
- Ozieranski, P., Pitter, J. G., Rickard, E., Mulinari, S., & Csanadi, M. (2022). A ‘patient–industry complex’? Investigating the financial dependency of UK patient organisations on drug company funding. *Sociology of Health & Illness, 44*(1), 188–210. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13409>
- Ozieranski, P., Rickard, E., & Mulinari, S. (2019). Exposing drug industry funding of UK patient organisations. *British Medical Journal, 365*, 1-9.
- Panzer, A. D., Emerson, J. G., D’Cruz, B., Patel, A., Dabak, S., Isaranuwatthai, W., ... & Kim, D. D. (2020). Growth and capacity for cost-effectiveness analysis in Africa. *Health economics, 29*(8), 945-954.
- Parker, L., Fabbri, A., Grundy, Q., Mintzes, B., & Bero, L. (2019). “Asset exchange”—interactions between patient groups and pharmaceutical industry: Australian qualitative study. *BMJ, l6694*. <https://doi.org/10.1136/bmj.l6694>

- Ralaidovy, A., Lauer, J., Pretorius, C., Briët, O., Patouillard, E. (2021). Priority Setting in HIV, Tuberculosis, and Malaria – New Cost-Effectiveness Results From WHO-CHOICE. *International Journal of Health Policy and Management*, 10 (Special Issue on WHO-CHOICE Update), 678-696. doi: 10.34172/ijhpm.2020.251
- Revill, P., Walker, S. M., Madan, J., Ciaranello, A., Mwase, T., Gibb, D. M., ... & Sculpher, M. J. (2014). *Using cost-effectiveness thresholds to determine value for money in low-and middle-income country healthcare systems: are current international norms fit for purpose?*. CHE Research Paper No. 98. Centre for Health Economics, University of York, York, UK.
- Rickard, E., Ozieranski, P. & Mulinari, S. (2008). Evaluating the transparency of pharmaceutical company disclosure of payments to patient organisations in the UK. *Health Policy*. 123(12), 1244-1250. 10.1016/j.healthpol.2019.08.007
- Ruby, A., Knight, A., Perel, P., Blanchet, K., & Roberts, B. (2015). The Effectiveness of Interventions for Non-Communicable Diseases in Humanitarian Crises: A Systematic Review. *PLoS ONE* 10(9), e0138303. doi:10.1371/journal.pone.0138303
- Schmidt, A. (2009). *Health Aid Effectiveness in Nepal*. Action for Global Health Technical report.
- Sundewall, J., Engstrand, P., & Nordström, A. (2018). Swedish development assistance for health: critical questions to ask going forward. *The Lancet Global Health*, 6(3), e242-e243.
- Taylor, J., and Denegri, S. (2017). Industry links with patient organisations. *BMJ*, 356. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.j1251>
- Yogo, U. T., & Mallaye, D. (2015). Health aid and health improvement in Sub-Saharan Africa: Accounting for the heterogeneity between stable states and post-conflict states. *Journal of International Development*, 27(7), 1178-1196.

## Δημοσιεύσεις και Συνέδρια σχετικά με το θέμα της παρούσας διατριβής

### Δημοσιεύσεις:

Sidiropoulos, S. (2022). Empowerment, Transparency, and Commercialisation: Donations From the Pharmaceutical Industry to Patient Organisations in Greece (2013-2020). *The Global Public Health*. (submitted - under review)

Sidiropoulos, S., Valachea, S., Kanakaki, M. E., Emmanouil-Kalos, A., Tsimogiannis, G., & Vozikis, A. (2022). Development Assistance for Health and the Role of NGOs in the Africa Region: the Case of the Central African Republic. *Journal of Regional Socio-Economic Issues*, 12(1), 44-58.

Sidiropoulos, S., Emmanouil-Kalos, A., Kanakaki, M. E., & Vozikis, A. (2021). The Rise of NGOs in Global Health Governance and Credibility Issues in the 21st Century. *HAPSc Policy Briefs Series*, 2(2), 278-288.

Vozikis, A., Fouskas, T., & Sidiropoulos, S. (2021). No One Left Behind?: Migrant and Refugee Health in the COVID-19 Crisis in Greece. In Research Anthology on Public Health Services, Policies, and Education (pp. 789-808). *IGI Global*.

Fouskas, T., Sidiropoulos, S., & Vozikis, A. (2019). Leaving no one out? Public health aspects of migration: Health risks, responses and accessibility by asylum seekers, refugees and migrants in Greece. *International Journal of Health Research and Innovation*, 7(1), 13-28.

Batakis, D., Sidiropoulos, S. and Vozikis, A. (2019). Stakeholders, factors and outcomes concerning health policy formation debate. *International Journal of Health Research and Innovation*, 7(2):1-7.

Batakis, D., Sidiropoulos, S., & Vozikis, A. (2020). What is the Role of International Law in Global Health Governance on the Period of Covid-19. *HAPSc Policy Briefs Series*, 1(2), 153-165.

### Συνέδρια:

Sidiropoulos, S., Vozikis, A., (2019). Health interventions at Post-Conflict Areas. *Geneva Peace Week 2019 "Health Institutions as Contributors to Peace"*. United Nations - Palais des Nations, Geneva.

Sidiropoulos, S., (2019). The civil society toolkit for sustainable development. *The Sociological Perspective for a Sustainable Development Society*. Laboratory of Sociology of Education and Culture (Panteion University) and UN SDSN Greece, Panteion University.

Sidiropoulos, S., Vozikis, A., Emmanouil-Kalos, A., (2018). The presentation of financial flows to the UN and the Specialised Agencies. The priorities of WHO and how they are affected

by the reduction in its funding. *2nd Panhellenic Conference of Technology, Economics and Management (PASYTOD 2018)*. University of Pireus.

Sidiropoulos, S., Vozikis, A., Panas, D., (2018). The Fluctuation of Healthcare Operations Financing at the Global Level: NGOs as Channels of Distribution. *2nd Panhellenic Conference of Technology, Economics and Management (PASYTOD 2018)*. University of Pireus.

Sidiropoulos, S., (2017). UN, NGO's and Civil Society system relations. *United Nations – On the light of 2030 Agenda*. Greek Institute for UN Affairs under the auspices of Hellenic Association of Political Scientists – Regional Information Center. Greek Ministry of Foreign Affairs, Athens.

Sidiropoulos, S., Vozikis, A., (2016). Mapping - Categorization of Organizations Operating in the Health Sector & their Sources of Funding (Internationally - Greek State). *1st Panhellenic Conference of Technology, Economics and Management (PASYTOD 2016)*. University of the Peloponnese.

Sidiropoulos, S., Vozikis, A., Kritas, D., Fouskas, T., (2016). Health Policy - Immigrants and Refugees: A Study of Health Policies Applied to Patients of Refugee - Migration Flows to Greece (Greek State - Organizations). *3rd Scientific Nursing Conference of the General Hospital of Drama*.



**Στον παππού μου, Σίμο †:**

*...Εξάλλου ο ήχος της λύρας μας είναι λυπητερός. Τα τραγούδια μας τραγουδιούνται και στις χαρές μας και στις λύπες. Ήρθες από εκεί τριών-τεσσάρων χρονών...από τον Πόντο. Υπηρέτησες την Πατρίδα και έχασες το πόδι σου γι' αυτήν. Δούλεψες σκληρά. Έζησες μία απλή αλλά έντιμη ζωή και από το σπιτικό σου δεν έφενγε κανείς πεινασμένος είτε συγγενής, είτε φίλος, ακόμα και άγνωστος. Μου δίδαξες πως είναι να είσαι ενάρετος και να αγαπάς... Ήσουν ο ήρωας των παιδικών μου χρόνων και όλης μου της ζωής. Συμεών Σιδηρόπουλος του Παναγιώτη...το ίδιο και εγώ και έφυγες μία ημέρα μετά την γιορτή μας. Άγνωστη γιορτή, αλλά πάντα την χαιρόμουν γιατί ήταν σίγουρο ότι θα σε ακούσω ή θα σε δω και όχι τόσο για μενα. Χθες δεν κατάφερα να σε ακούσω...σήμερα έφυγες! Αντίο παππού... Πάντα θα θυμάμαι τα λόγια σου...*

*Το τραγούδια μας μου τα έμαθες όταν ήμουν ακόμα παιδί...εκείνα τα χρόνια που μου μάθαινες για τον Οδυσσέα, τον Θησέα και τον Ηρακλή...σ'αγαπώ...*

Σ.Σ. 4/2/2016