
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΜΕΓΑΛΟΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΕΣ ΤΗΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑΣ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΑ ΚΑΝΑΛΙΑ ΤΩΝ ΧΡΗΜΑΤΟΡΟΩΝ**

Ευάγγελος Σπανός

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2024

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΜΕΓΑΛΟΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΕΣ ΤΗΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑΣ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΑ ΚΑΝΑΛΙΑ ΤΩΝ ΧΡΗΜΑΤΟΡΟΩΝ**

Ευάγγελος Σπανός, Α.Μ.: ΟΔΥ/2048

Επιβλέπων Καθηγητής: Αθανάσιος Βοζίκης, Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2024

UNIVERSITY of PIRAEUS



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Economics and Management

**The Big Funders of Global Health
and the Channeling of the Financial Flows**

Evangelos Spanos

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Economics and Management

Piraeus, Greece, 2024

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«Δηλώνω υπεύθυνα ότι το έργο που εκπονήθηκε και παρουσιάζεται στην υποβαλλόμενη διπλωματική εργασία, έχει γραφτεί από εμένα αποκλειστικά στο σύνολό της. Δεν έχει υποβληθεί ούτε έχει εγκριθεί στο πλαίσιο κάποιου άλλου μεταπτυχιακού προγράμματος ή προπτυχιακού τίτλου σπουδών, ούτε είναι εργασία ή τμήμα εργασίας ακαδημαϊκού ή επαγγελματικού χαρακτήρα.

Δηλώνω επίσης ότι αναφέρονται καταλλήλως στο σύνολό τους οι πηγές στις οποίες ανέτρεξα για την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Ευάγγελος Σπανός

Υπογραφή Μεταπτυχιακού Φοιτητή

Signed by:

.....D0A7D42D56FC4C4.....

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθηγητή μου, Καθ. Αθανάσιο Βοζίκη, όχι μόνο για τη βοήθειά του και την καθοδήγησή του, αλλά και για την υποστήριξη και την ενθάρρυνσή του προκειμένου να ολοκληρώσω αυτήν τη διπλωματική εργασία.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω το διδακτικό προσωπικό του τμήματός μας και όλους τους καθηγητές του μεταπτυχιακού μας, που έκαναν αυτό το έτος μοναδικό παρά τις δυσκολίες και την πίεση. Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τον μέντορά μου, Δρ. Συμεών Σιδηρόπουλο, για τα πολύτιμα και υποστηρικτικά του σχόλια.

Τέλος, αλλά όχι λιγότερο σημαντικό, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου για τη στήριξή τους και την αιώνια αγάπη τους, και ιδιαίτερα τον πατέρα μου που δεν θα με δει να αποφοιτώ.

Όλοι εσείς με ενθαρρύνετε και πιστέψατε σε μένα.

Σας ευχαριστώ.

Περιεχόμενα

Κατάλογος Πινάκων	vii
Κατάλογος Γραφημάτων	viii
Περίληψη	ix
Abstract	x
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Παγκόσμια Υγεία	2
1.1 Ορισμοί και Εννοιολογικές Προσεγγίσεις	2
1.2 Διακυβέρνηση της Παγκόσμιας Υγείας.....	4
1.3 Διπλωματία της Υγείας.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Χρηματοδότηση της Παγκόσμιας Υγείας	13
2.1 Χρηματοδότηση των Συστημάτων Υγείας	13
2.2 Αναπτυξιακή Βοήθεια για την Υγεία και Αντιμετώπιση Ασθενειών	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Χρηματοδότες της Παγκόσμιας Υγείας και Κανάλια Διάχυσης:	
Ερευνητικά Ευρήματα	25
3.1 Μεθοδολογία Έρευνας.....	25
3.2 Κύριοι Χρηματοδότες της Παγκόσμιας Υγείας.....	26
3.2.1 Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής.....	28
3.2.2 Ηνωμένο Βασίλειο	29
3.2.3 Γερμανία.....	30
3.2.4 Ίδρυμα Gates	31
3.3 Κανάλια Διάχυσης Αναπτυξιακής Βοήθειας για την Υγεία	32
3.3.1 Οργανώσεις και Ιδρύματα.....	33
3.3.2 Οργανισμοί του ΟΗΕ.....	35
3.3.3 Παγκόσμια Τράπεζα.....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Συζήτηση και Συμπεράσματα	40
4.1 Κριτικές στο Σύστημα Χρηματοδότησης της Παγκόσμιας Υγείας.....	40
4.2 Προτάσεις για Βελτίωση του Διεθνούς Συστήματος Υγείας.....	41
4.3 Συμπεράσματα	44
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	46
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	55

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 3.2.1 Πεδία Χρηματοδότησης μέσω ABY, 2019	26
Πίνακας 3.2.2 Μεγαλύτεροι Χρηματοδότες της ABY, 2019	27
Πίνακας 3.3.1 Μεγαλύτερα Κανάλια Διανομής της ABY, 2019	33

Κατάλογος Γραφημάτων

Γράφημα 1.1.1 Οι Βάσεις για Υγεία και Ευημερία στον 21ο αιώνα.....	4
Γράφημα 1.2.1 Το Παγκόσμιο Σύστημα Υγείας.....	9
Γράφημα 1.3.1 Διπλωματία της Υγείας για την αντιμετώπιση απειλών στην Παγκόσμια Υγεία	11
Γράφημα 2.1.1 Κατά κεφαλήν δαπάνες για την Υγεία, χώρες υψηλού εισοδήματος (1995- 2022), US\$ 2021	14
Γράφημα 2.1.2 Κατά κεφαλήν δαπάνες για την Υγεία, χώρες υψηλότερου μεσαίου, κατώτερου μεσαίου και χαμηλού εισοδήματος (1995-2022), US\$ 2021.....	14
Γράφημα 2.1.3 Επί μέρους δαπάνες ως ποσοστό των συνολικών δαπανών, χώρες υψηλού εισοδήματος (1995-2022)	16
Γράφημα 2.1.4 Επί μέρους δαπάνες ως ποσοστό των συνολικών δαπανών, χώρες ανώτερου μεσαίου εισοδήματος (1995-2022)	16
Γράφημα 2.1.5 Επί μέρους δαπάνες ως ποσοστό των συνολικών δαπανών, χώρες κατώτερου μεσαίου εισοδήματος (1995-2022)	17
Γράφημα 2.1.6 Επί μέρους δαπάνες ως ποσοστό των συνολικών δαπανών, χώρες χαμηλού εισοδήματος (1995-2022)	18
Γράφημα 2.2.1 Αναπτυξιακή Βοήθεια για την Υγεία (1995-2022).....	19
Γράφημα 2.2.2 Κατανομή της ΑΒΥ ανά στόχο.....	20
Γράφημα 2.2.3 Εξέλιξη των DALYs από HIV/AIDS (ανά 100k, χώρες χαμηλού και κατώτερου μεσαίου εισοδήματος, 1990-2020)	22
Γράφημα 2.2.4 Εξέλιξη των DALYs από Φυματίωση (ανά 100k, χώρες χαμηλού και κατώτερου μεσαίου εισοδήματος, 1990-2020)	22
Γράφημα 2.2.5 Εξέλιξη των DALYs από Ελονοσία (ανά 100k, χώρες χαμηλού και κατώτερου μεσαίου εισοδήματος, 1990-2020)	23
Γράφημα 2.2.6 Εξέλιξη των DALYs από Ασθένειες Νεογνών και Μητέρων (ανά 100k, χώρες χαμηλού και κατώτερου μεσαίου εισοδήματος, 1990-2020)	23
Γράφημα 2.2.7 Εξέλιξη των DALYs από Μη Μεταδιδόμενες Ασθένειες (ανά 100k, χώρες χαμηλού και κατώτερου μεσαίου εισοδήματος, 1990-2020)	24
Γράφημα 3.2.1 Οι Ροές της Χρηματοδότησης της ΑΒΥ από τις ΗΠΑ, 2019	28
Γράφημα 3.2.2 Οι Ροές της Χρηματοδότησης της ΑΒΥ από το ΗΒ, 2019	29
Γράφημα 3.2.3 Οι Ροές της Χρηματοδότησης της ΑΒΥ από την Γερμανία, 2019	30
Γράφημα 3.2.4 Οι Ροές της Χρηματοδότησης της ΑΒΥ από το Ίδρυμα Gates, 2019.....	32
Γράφημα 3.3.1 Χρηματοδότηση Παρεμβάσεων μέσω του Παγκόσμιου Ταμείου, 2019	34
Γράφημα 3.3.2 Χρηματοδότηση Παρεμβάσεων μέσω του GAVI, 2019	35
Γράφημα 3.3.3 Χρηματοδότηση Παρεμβάσεων μέσω του ΠΟΥ, 2019.....	36
Γράφημα 3.3.4 Χρηματοδότηση Παρεμβάσεων μέσω της UNICEF, 2019	37
Γράφημα 3.3.5 Χρηματοδότηση Παρεμβάσεων μέσω του UNFPA, 2019.....	38
Γράφημα 3.3.6 Χρηματοδότηση Παρεμβάσεων μέσω της Π.Τ. - IDA, 2019	39
Γράφημα 3.3.7 Χρηματοδότηση Παρεμβάσεων μέσω της Π.Τ. - IBRD, 2019	39

Μεγάλοι Χρηματοδότες της Παγκόσμιας Υγείας και τα Κανάλια των Χρηματοροών

Λέξεις - Κλειδιά: Παγκόσμια Υγεία, Χρηματοδότηση της Υγείας, Διπλωματία της Υγείας, Αναπτυξιακή Βοήθεια για την Υγεία, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Περίληψη

Η παρούσα διπλωματική εργασία εξετάζει το πλαίσιο της χρηματοδότησης της παγκόσμιας υγείας, εστιάζοντας στους κύριους φορείς που την καθορίζουν, τόσο από την πλευρά της χρηματοδότησης όσο και από την πλευρά σχεδιασμού και εφαρμογής των παρεμβάσεων που πραγματοποιούνται. Αρχικά, παρουσιάζεται το πλαίσιο της διακυβέρνησης της παγκόσμιας υγείας και πως αυτό έχει διαμορφωθεί στην μορφή που το γνωρίζουμε σήμερα. Έπειτα, εξετάζεται συγκριτικά η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, ο ρόλος της αναπτυξιακής βοήθειας για την υγεία στις χώρες χαμηλού εισοδήματος και η εξέλιξη της επιδημιολογικής εικόνας των χωρών αυτών. Παρουσιάζονται, επίσης, οι μεγαλύτεροι χρηματοδότες της παγκόσμιας υγείας καθώς και τα σημαντικότερα κανάλια διάχυσης των χρηματοροών της αναπτυξιακής βοήθειας για την υγεία, με παράλληλη εξέταση των προτεραιοτήτων που αναγνωρίζει η διεθνής κοινότητα, όπως αποτυπώνονται στην χρηματοδότηση που λαμβάνουν τα διάφορα πεδία παρεμβάσεων στην υγεία. Τέλος, αναλύεται η κριτική που δέχεται το υφιστάμενο σύστημα χρηματοδότησης της παγκόσμιας υγείας, καθώς και οι προτάσεις που προκύπτουν για την βελτίωσή του.

The Big Funders of Global Health and the Channeling of the Financial Flows

Keywords: Global Health, Health Financing, Health Diplomacy, Development Aid for Health, Health Donors, World Health Organization

Abstract

This thesis examines the context of global health financing, focusing on the main actors that determine it, both from the financing side and from the design and implementation side of the interventions that take place. It begins by presenting the framework of global health governance and how it has evolved into its current form. Then, the financing of health systems globally is examined, as well as the role of the development assistance for health and the evolution of the epidemiological patterns in low-income and lower-middle income countries. It also presents the major donors to global health and the main channels for the diffusion of the development assistance for health, while examining the priorities set by the international community, as reflected in the funding received by the various areas of health interventions. Finally, the critique of the current system of global health financing is analysed, as well as the suggestions that have arisen for its improvement.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παγκοσμιοποίηση έχει αναδείξει την διεθνή συνεργασία για την παγκόσμια υγεία ως απαραίτητη προϋπόθεση για την ευημερία όλων. Οι παγκόσμιες προκλήσεις στον τομέα της υγείας απαιτούν προηγμένες στρατηγικές χρηματοδότησης και αποτελεσματικούς χρηματοδοτικούς μηχανισμούς. Στο πλαίσιο αυτό, οι μεγάλοι χρηματοδότες της υγείας αποκτούν κρίσιμη σημασία, προσδιορίζοντας τα θεμέλια της παγκόσμιας υγείας και καθορίζοντας τα κανάλια διάχυσης των χρηματοδοτικών ροών.

Στην παρούσα εργασία παρουσιάζεται η μεγάλη εικόνα της χρηματοδότησης της παγκόσμιας υγείας. Με την χρήση των βάσεων δεδομένων του Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME), οι οποίες αποτελούν τις πλέον ολοκληρωμένες και αξιόπιστες και τροφοδοτούν με δεδομένα και τον ίδιο τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, αναλύονται μέσω γραφημάτων και πινάκων οι χρηματοροές της αναπτυξιακής βοήθειας για την υγεία, για την πλήρη χαρτογράφηση της χρηματοδότησης της παγκόσμιας υγείας.

Στο πρώτο κεφάλαιο, εξετάζονται ορισμοί και εννοιολογικές προσεγγίσεις σχετικά με την παγκόσμια υγεία, ενώ επισημαίνεται η σημασία της διακυβέρνησης και της διπλωματίας στο πλαίσιο αυτό. Αναπτύσσοντας το υπόβαθρο των θεσμών της παγκόσμιας υγείας, θεμελιώνεται το ευρύτερο πλαίσιο των δρώντων και της χρηματοδότησης του πεδίου.

Ακολουθεί το δεύτερο κεφάλαιο, το οποίο επικεντρώνεται στη χρηματοδότηση της παγκόσμιας υγείας, αναλύοντας τις χρηματοδοτικές δομές των συστημάτων υγείας, την αναπτυξιακή βοήθεια για την υγεία και την αποτελεσματικότητά της στην αντιμετώπιση των κύριων ασθενειών.

Στο τρίτο κεφάλαιο, εξετάζονται οι μεγάλοι χρηματοδότες της παγκόσμιας υγείας και τα κανάλια διάχυσης των χρηματοδοτικών ροών. Κυβερνήσεις, Μη Κερδοσκοπικοί Οργανισμοί (ΜΚΟ) και ιδρύματα, καθώς και οργανισμοί του ΟΗΕ και αναπτυξιακές τράπεζες, αναδεικνύονται ως κύριοι παράγοντες της χρηματοδότησης και των καναλιών διάχυσης πόρων για την υγεία παγκοσμίως. Ειδική αναφορά γίνεται και στα πεδία χρηματοδότησης της παγκόσμιας υγείας, καθώς αποτυπώνουν και τις προτεραιότητες που καθορίζει η διεθνής κοινότητα.

Τέλος, στο τέταρτο κεφάλαιο, γίνεται συζήτηση και ανάλυση των βασικών προκλήσεων που αναδύονται στην χρηματοδότηση της παγκόσμιας υγείας, ενώ παράλληλα εξετάζονται πιθανές προοπτικές και προτάσεις για βελτίωση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Παγκόσμια Υγεία

1.1 Ορισμοί και Εννοιολογικές Προσεγγίσεις

Η ανάγκη αντιμετώπισης θεμάτων που σχετίζονται με την παγκόσμια υγεία οδήγησε σε διεθνείς θεσμούς και διαδικασίες για την διακυβέρνηση της. Σύμφωνα με τους Hein & Kohlmoegen (2008, σ. 84), η παγκόσμια διακυβέρνηση της υγείας ορίζεται ως “...το σύνολο των συλλογικών ρυθμίσεων για την αντιμετώπιση της διεθνούς και διακρατικής αλληλεξάρτησης στο πλαίσιο των θεμάτων υγείας”. Αντίστοιχα, η αρχιτεκτονική της παγκόσμιας διακυβέρνησης της υγείας ορίζεται ως οι σχέσεις και οι διαδικασίες ανάμεσα στους διάφορους δρώντες που επιχειρούν στην παγκόσμια υγεία (Kickbusch *et al.*, 2013).

Προκειμένου να βελτιωθεί η διεθνής συνεργασία στον τομέα της παγκόσμιας υγείας, ιδρύθηκε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ). Στο καταστατικό του, η Υγεία ορίζεται ως “...η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι απλά η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας” (WHO, 1946). Επιπλέον, αναγνωρίζεται ως θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα η προστασία του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας, χωρίς φυλετικές, θρησκευτικές ή άλλες διακρίσεις, καθώς επίσης η καθολική υγεία ως προϋπόθεση για την παγκόσμια ειρήνη και ασφάλεια.

Είναι αναγκαίο να οριστεί ένας κοινά αποδεκτός ορισμός για την Παγκόσμια Υγεία, προκειμένου να καθοριστούν συγκεκριμένοι στόχοι και στρατηγικές από όλα τα εμπλεκόμενα μέρη (Korlan *et al.*, 2009). Υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί ορισμοί, ανάλογα με τις εκάστοτε πτυχές που εξετάζονται, όπως συγκεκριμένες ασθένειες, ομάδες πληθυσμού, ή η ισότητα στην υγεία (Frenk & Moon, 2013). Η ποικιλία αυτή που συναντάται στους ορισμούς της αντανακλά, ουσιαστικά, την πολυπλοκότητα της έννοιας. Λόγω αυτής της πολυπλοκότητας και έλλειψης συγκεκριμένου ορισμού, οι συγγραφείς προτείνουν έναν ορισμό της Παγκόσμιας Υγείας που τη χαρακτηρίζει 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)” (Frenk και Moon, 2013, σ. 936). Ένας εναλλακτικός τρόπος απόπειρας ορισμού της παγκόσμιας υγείας συναντάται στους Seeag και Ezezika (2017), οι οποίοι την ανάγουν στους στόχους που θέτει, μεταξύ των οποίων να

απαντήσει σε θεμελιώδη ερωτήματα, όπως: “Γιατί η υγεία του πληθυσμού είναι τόσο φτωχή σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες; Ποιο είναι το μέγεθος του προβλήματος; Τι μπορεί να γίνει για αυτό;” (σ. 5).

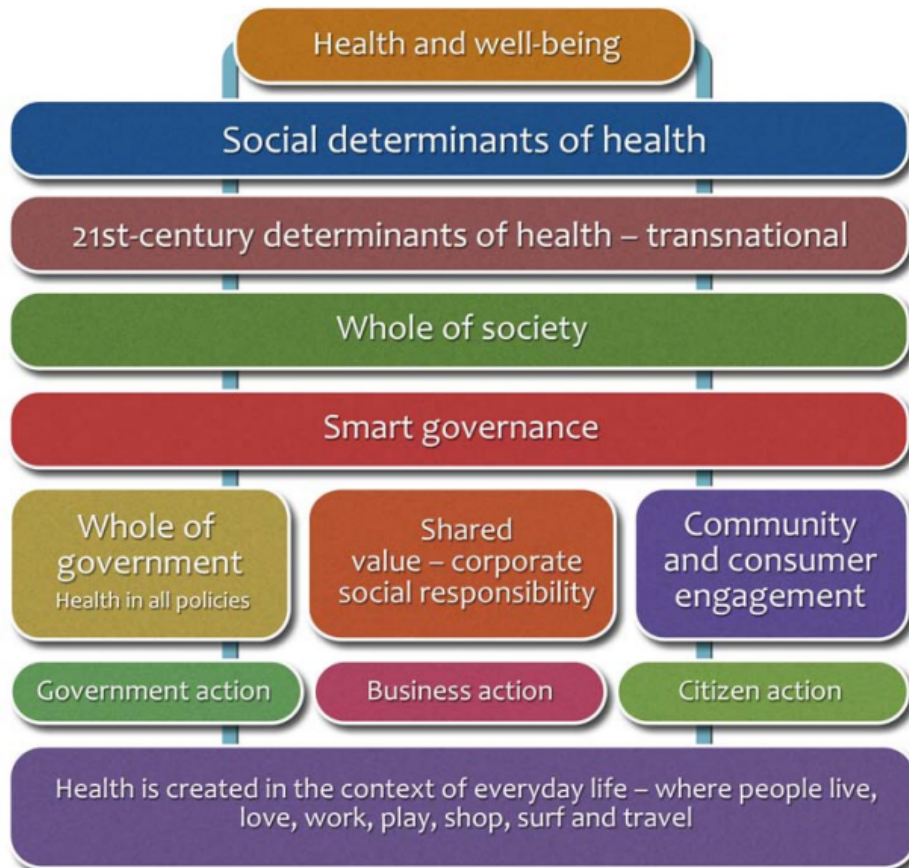
Αξίζει να σημειωθεί η διάκριση ανάμεσα στις έννοιες της Παγκόσμιας Υγείας και της Διεθνούς Υγείας. Παρόλο που συχνά ταυτίζονται σαν έννοιες στον δημόσιο διάλογο, στην πραγματικότητα υποδεικνύουν την εξέλιξη στην προσέγγιση της διεθνούς συνεργασίας στην υγεία. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αποτέλεσε τον κύριο πρωταγωνιστή στη μετάβαση από τη Διεθνή Υγεία στην Παγκόσμια Υγεία με στόχο να επαναπροσδιορίσει τον ρόλο του, να επεκτείνει τις αρμοδιότητές του αλλά και να εμπνεύσει την μεγαλύτερη συμμετοχή των κρατών-μελών (Brown *et al.*, 2006). Εντούτοις, αυτές οι δύο έννοιες δεν είναι αμοιβαίως αποκλειόμενες. Η Παγκόσμια Υγεία καλύπτει όλο το εύρος υγειονομικών θεμάτων που αφορούν την υγεία, και απαιτεί των συνεργασία των διεθνών δρώντων ώστε να επιτευχθεί (Brown *et al.*, 2006). Από την άλλη πλευρά, η Διεθνής Υγεία επικεντρώνεται σε ζητήματα υγείας στις αναπτυσσόμενες χώρες, και εστιάζει σε διμερή συμφωνίες και οικονομικά προγράμματα βοήθειας (Korlan *et al.*, 2009). Συνεπώς, η έννοια της Παγκόσμιας Υγείας ενσωματώνει και διευρύνει αυτή της Διεθνούς Υγείας.

Η παγκόσμια υγεία αντιμετωπίζει προκλήσεις που δεν περιορίζονται μόνο σε επιδημίες και μολυσματικές ασθένειες, όπως η πανδημία Covid-19. Όπως αναφέρουν οι Korlan *et al.* (2009), αναφέρεται σε όλα τα ζητήματα υγείας που επηρεάζουν πολλές χώρες ή προκαλούνται από διεθνείς παράγοντες, όπως η κλιματική αλλαγή, η αστικοποίηση, οι μεγάλες μετακινήσεις πληθυσμών και επισιτιστικές κρίσεις, μεταξύ άλλων. Σύμφωνα με τον Kickbusch (n.d.), η επίτευξη της παγκόσμιας υγείας απαιτεί μια ολιστική προσέγγιση σε ένα παγκόσμιο πλαίσιο, που συμπεριλαμβάνει μέτρα που λαμβάνουν υπόψη πολλούς κοινωνικούς παράγοντες, κοινωνική προστασία, υποστήριξη σε τοπικό, εθνικό και διεθνές επίπεδο για την υγειονομική περίθαλψη, τη συμμόρφωση με τις δεσμεύσεις της διεθνούς κοινότητας που έχουν προκύψει από τις διάφορες διεθνείς διαπραγματεύσεις, και την συνέπεια των διεθνών φορέων που εμπλέκονται.

Το παρακάτω γράφημα συμπυκνώνει την πρόταση για μια ενσωματωμένη, πολυτομεακή προσέγγιση στην υγεία, αναγνωρίζοντας ότι ένα ευρύ φάσμα παραγόντων και φορέων επηρεάζει τα αποτελέσματα υγείας. Αναγνωρίζοντας την υγεία και ευημερία ως τον τελικό στόχο των κοινωνιών, τονίζει την ανάγκη για συνεργασία

μεταξύ κυβέρνησης, επιχειρήσεων και κοινοτήτων για τη δημιουργία περιβαλλόντων που υποστηρίζουν την υγεία και την ευεξία.

Γράφημα 1.1.1
Οι Βάσεις για Υγεία και Ευημερία στον 21ο αιώνα



Πηγή: Kickbush (2011).

1.2 Διακυβέρνηση της Παγκόσμιας Υγείας

Τα ζητήματα της δημόσιας υγείας που υπερβαίνουν τα εθνικά όρια έχουν καταλάβει ένα προεξέχοντα ρόλο στις διακρατικές συζητήσεις για σχεδόν 2 αιώνες. Η διεθνής ανησυχία περί επιδημιών, ειδικά μετά τα ξεσπάσματα της χολέρας στα μέσα του 19ου αιώνα και στα μέσα του 20ού αιώνα, ήταν καταλυτική για τη σύσταση των Διεθνών Συνεδρίων Υγείας, που ξεκίνησαν να πραγματοποιούνται το 1851 μεταξύ των διαφόρων Ευρωπαϊκών κρατών (McCarthy, 2002; Borowy, 2011). Συνολικά, έως το 1903 διεξήχθησαν 11 διασκέψεις, οι οποίες οδήγησαν τελικά στην δημιουργία των “Διεθνών Ρυθμίσεων Υγιεινής”.

Τον 20ο αιώνα η διεθνής συνεργασία στον τομέα της υγείας απέκτησε θεσμικό χαρακτήρα. Στις ΗΠΑ, δημιουργείται το 1902 το Διεθνές Γραφείο Υγιεινής, ενώ και στην Ευρώπη το 1907 ιδρύεται το Διεθνές Γραφείο Δημόσιας Υγείας (Birn, 2009). Αυτό

οδήγησε στην δημιουργία πολλών οργανισμών και θεσμών που επεκτείνουν τον στόχο της διεθνούς συνεργασίας πέρα από την αντιμετώπιση επιμέρους ασθενειών, στοχεύοντας στην ενίσχυση των υγειονομικών δομών εντός των κρατών. Μετά τον Α΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, η δημιουργία διεθνών θεσμών για την υγεία εντάθηκε. Δημιουργείται η Λίγκα των Κοινωνιών του Ερυθρού Σταυρού (1929), καθώς και ο Οργανισμός Υγείας της Κοινωνίας των Εθνών (1923), ο οποίος υπερέβη τον απλό έλεγχο ασθενειών, ασχολούμενος με θέματα όπως η παιδική θνησιμότητα, η διατροφική επάρκεια, η διάδοση των οπιοειδών και η κοινωνική ασφάλιση (Birn, 2009). Όπως αναφέρουν οι Merson *et al.*, (2020), ο Οργανισμός Υγείας της Κοινωνίας των Εθνών συνέβαλε στις προσπάθειες διαφόρων κρατών να διαχειριστούν ασθένειες εντός των συνόρων τους, προσφέροντας ειδικευμένα στελέχη και τεχνογνωσία.

Με την ολοκλήρωση του 2ου Παγκοσμίου Πολέμου, η διεθνής συνεργασία στον τομέα της υγείας μπήκε σε μια νέα φάση. Οι θεσμοί που είχαν αναπτυχθεί μέχρι εκείνη την περίοδο, παρά τη σημαντική τους συμβολή, βρέθηκαν αντιμετώπι με δυσκολίες όπως η ανεπαρκής χρηματοδότηση και η χρησιμοποίησή τους ως μέσα σε πολιτικές διαμάχες μεταξύ κρατών. Αυτό οδήγησε σε μια κατάσταση όπου το πλαίσιο της διεθνούς συνεργασίας στην υγεία έγινε πιο ευάλωτο (Birn, 2009).

Το 1946 σηματοδότησε την ίδρυση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), μια κίνηση που επέφερε μεγάλες αλλαγές στη διεθνή υγειονομική συνεργασία. Ο ΠΟΥ ανέλαβε τις ευθύνες των προϋπάρχοντων διεθνών οργανισμών στον τομέα της υγείας, φέρνοντας έτσι μεγαλύτερη συνοχή και σταθερότητα. Όπως επισημαίνει ο Leon (2015), ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας είχε ως στόχο να γίνει ο κεντρικός συντονιστής στην παγκόσμια υγειονομική συνεργασία με ευρύτερη εντολή και μεγαλύτερη εξουσία σε σχέση με τους προκατόχους του. Αυτό περιελάμβανε την κεντρική εποπτεία επιδημιολογικών δεδομένων, την οργάνωση εκστρατειών κατά των επιδημιών, τον έλεγχο των μεταδοτικών ασθενειών, την παρακολούθηση μη μεταδοτικών ασθενειών, καθώς και την προώθηση μεταρρυθμίσεων στα συστήματα υγείας, ειδικά στις χώρες με χαμηλό κατά κεφαλήν εισόδημα (Cueto *et al.*, 2019).

Ο ΠΟΥ απέκτησε σημαντική δυναμική στη μεταπολεμική περίοδο, κυρίως χάρη στην ευρεία αποδοχή και νομιμοποίηση που είχε στη διεθνή σκηνή. Η συνεχής αύξηση των μελών του και οι διαδικασίες ανοικτής λήψης αποφάσεων, όπως η ετήσια Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας, ενίσχυσαν την ισχύ του Οργανισμού πέρα από τις δυνατότητες των προηγούμενων φορέων (Walt, 2001). Εντυπωσιακό είναι ότι, παρά τη

σύμπτωση της ίδρυσής του με την αρχή του Ψυχρού Πολέμου, ο ΠΟΥ κέρδισε την κοινή υποστήριξη και από τη Σοβιετική Ένωση και από τη Δύση (Birn, 2009).

Ο ΠΟΥ ιδρύθηκε στο πλαίσιο του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ), ο οποίος όμως έχει εστιάσει στην ενεργή προώθηση της παγκόσμιας υγείας και ευρύτερα. Με την έγκριση των Στόχων Βιώσιμης Ανάπτυξης (ΣΒΑ) το 2015 από τη Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ, τα Κράτη Μέλη δεσμεύτηκαν σε 17 στόχους για την προώθηση της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης. Ο τρίτος από αυτούς τους στόχους, όπως ορίζεται από τον ΟΗΕ (UN, n.d.a), επιδιώκει την παγκόσμια υγειονομική κάλυψη, την πρόσβαση σε προσιτά και αποτελεσματικά φάρμακα, και την αντιμετώπιση μεγάλων επιδημιών όπως του HIV/AIDS, της ελονοσίας και της φυματίωσης μέχρι το 2030. Είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι αν και αυτός ο στόχος φαίνεται φιλόδοξος, ο ΠΟΥ έχει επιτύχει παρόμοια κατορθώματα, όπως η εξάλειψη της πολιομυελίτιδας στην Αφρική το 2020, μια ασθένεια γνωστή για τις σοβαρές της επιπλοκές (Mohammed *et al.*, 2021). Όπως υπογραμμίζει ο ΠΟΥ, οι ΣΒΑ επιδιώκουν να αντιμετωπίσουν την υγεία σε ένα ευρύτερο πλαίσιο πέρα από την αντιμετώπιση μεμονωμένων ασθενειών, εστιάζοντας στην γενικότερη ευημερία και υγεία των πληθυσμών (WHO, n.d.a).

Επιπλέον, η Παγκόσμια Τράπεζα έχει αναγνωρίσει τη σημασία της καθολικής υγειονομική κάλυψης ως ένα σημαντικό στοιχείο για τη βιώσιμη ανάπτυξη και την καλύτερη ποιότητα ζωής σε παγκόσμιο επίπεδο. Πιο συγκεκριμένα, εστιάζει στους εξής πυλώνες στο πεδίο της υγείας (World Bank, 2022):

1. Ετοιμότητα για πανδημίες: *"Οι πανδημίες, οι οποίες είναι μεγάλες επιδημίες ασθενειών που επηρεάζουν πολλές χώρες, ενέχουν μεγάλους κινδύνους για την υγεία, την κοινωνία και την οικονομία."*
2. 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."*
3. 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."*

4. 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"*

Έτσι, καθώς η υγεία συνδέεται άρρηκτα με την οικονομική ανάπτυξη, την κοινωνική σταθερότητα και τη γενικότερη ευημερία, η Παγκόσμια Τράπεζα συνεργάζεται με τους υπόλοιπους διεθνείς φορείς σε προγράμματα και έργα που στοχεύουν στη βελτίωση των υποδομών υγείας, στην παροχή πρόσβασης σε βασικές υπηρεσίες υγείας και στην ενίσχυση των υγειονομικών συστημάτων.

Πέρα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών και την Παγκόσμια Τράπεζα, βασικός πυλώνας της σύγχρονης διακυβέρνησης της παγκόσμιας υγείας είναι η κοινωνία των πολιτών, μέσω των χιλιάδων μη κερδοσκοπικών/ μη κυβερνητικών οργανισμών (ΜΚΟ) που δραστηριοποιούνται στον χώρο της υγείας (Sidiropoulos *et al.*, 2022). Ενδεικτικά, όπως παρουσιάζεται και στο Κεφάλαιο 3, για το 2019 το 45% της αναπτυξιακής βοήθειας για την υγεία διανεμήθηκε μέσω ΜΚΟ και Ιδρυμάτων.

Οι ΜΚΟ έχουν αναπτύξει στενή συνεργασία με τον ΟΗΕ ήδη από την ίδρυσή του. Στην ιδρυτική διάσκεψη του ΟΗΕ παρευρέθηκαν εκπρόσωποι από περίπου 1.200 οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών, αναλαμβάνοντας ενεργό ρόλο στην διαμόρφωση της συνθήκης (Alger, 2022). Με την πάροδο του χρόνου, η συνεργασία των ΜΚΟ με το σύστημα του ΟΗΕ έχει ενισχυθεί, ιδίως με την αυξανόμενη επιρροή τους σε διεθνές επίπεδο. Έτσι, τη δεκαετία του 1990 ο ΟΗΕ προώθησε πολλές πρωτοβουλίες για την ενίσχυση της παρουσίας των ΜΚΟ στις διαδικασίες του (Willettts, 2000; WHO, 2002). Ένα σημείο-ορόσημο για την ένταξη των ΜΚΟ στις διαδικασίες αυτές, ήταν η εκπροσώπησή τους στο Διοικητικό Συμβούλιο του Κοινού Προγράμματος του ΟΗΕ για το AIDS (Joint United Nations Programme on HIV and AIDS – UNAIDS) (WHO, 2002).

Η στρατηγική συνεργασία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) με τις ΜΚΟ ήταν κεντρικό στοιχείο της ατζέντας από την αρχή. Εκτός από τις καταστατικές διατάξεις που προέβλεπαν την συνεργασία με μη κυβερνητικούς φορείς, στην Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας του 1948 καθιερώθηκε ένα αρχικό σύστημα κανόνων για τη διαμόρφωση επίσημων σχέσεων του ΠΟΥ με τις ΜΚΟ, που από τότε εξελίσσεται και ενημερώνεται συνεχώς (WHO, 2002). Το 2016, κατά τη διάρκεια της 69ης

Παγκόσμιας Συνέλευσης Υγείας, εγκρίθηκε το "Πλαίσιο Συνεργασίας με Μη Κρατικούς Φορείς", το οποίο πλέον διαμορφώνει τις σχέσεις του ΠΟΥ με τους φορείς της κοινωνίας των πολιτών. Αυτό το έγγραφο επισημαίνει την καίρια θέση που κατέχουν οι ΜΚΟ στο πεδίο της υγείας. Όπως αναφέρει (WHO, 2016, σ. 5):

“Η συνεργασία του ΠΟΥ με μη κρατικούς φορείς μπορεί να επιφέρει σημαντικά οφέλη στην παγκόσμια δημόσια υγεία και στον ίδιο τον Οργανισμό, στην εκπλήρωση των συνταγματικών του αρχών και στόχων, συμπεριλαμβανομένου του ρόλου του ως κατευθυντήρια αρχή στην παγκόσμια υγεία.”

Ένα εξέχον παράδειγμα συλλογικής προσπάθειας μεταξύ Διεθνών Οργανισμών, Κυβερνητικών φορέων και ΜΚΟ σε ένα εκτεταμένο πρόγραμμα είναι η υλοποίηση της Σύμβασης-Πλαίσιο για τον Έλεγχο του Καπνού (Framework Convention on Tobacco Control - FCTC) από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Σύμφωνα με τον Sparks (2010), αυτή η συμφωνία αποτελεί πραγματικά την πρώτη διεθνή συνθήκη στον τομέα της δημόσιας υγείας. Οι προσπάθειες για τη δημιουργία της συνθήκης άρχισαν το 1995, με την υιοθέτησή της το 2003 και την εφαρμογή της το 2005, έχοντας ευρεία αποδοχή από τον ΟΗΕ (WHO, 2005). Ο ρόλος των ΜΚΟ ως κεντρικός συνεργάτης στην υλοποίηση της συμφωνίας τόσο σε διεθνές όσο και σε τοπικό επίπεδο αναγνωρίζεται στο προοίμιο της συνθήκης, το οποίο αναφέρεται στην

“[...] ιδιαίτερη συνεισφορά των μη κυβερνητικών οργανώσεων και άλλων μελών της κοινωνίας των πολιτών που δεν συνδέονται με την καπνοβιομηχανία, συμπεριλαμβανομένων των συλλόγων επαγγελματιών υγείας, των γυναικείων, νεανικών, περιβαλλοντικών και καταναλωτικών ομάδων, καθώς και ακαδημαϊκών και ιδρυμάτων υγείας, στις εθνικές και διεθνείς προσπάθειες για τον έλεγχο του καπνίσματος και την ζωτική σημασία της συμμετοχής τους στις εθνικές και διεθνείς προσπάθειες ελέγχου του καπνίσματος.” (σ. 2).

Έτσι, όπως αναφέρει ο Sparks (2010), οι ΜΚΟ αναλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα δράσεων που είναι κρίσιμες για την εφαρμογή της συνθήκης, από τη διοργάνωση εκστρατειών ενημέρωσης μέχρι την εκπαίδευση κυβερνητικών στελεχών και την κατάθεση προτάσεων για τη νομοθεσία.

Γίνεται εύκολα αντιληπτό πως η συνεργασία μεταξύ κρατών, διεθνών οργανισμών και της κοινωνίας των πολιτών καθίσταται ουσιώδης για την επίτευξη παγκόσμιας υγείας και ευημερίας. Η συμμετοχή των πολιτών, ειδικών, και άλλων φορέων είναι ζωτικής σημασίας για την επίτευξη ολοκληρωμένων προσεγγίσεων που θα ανταποκρίνονται στις πραγματικές ανάγκες των κοινοτήτων.

Γράφημα 1.2.1 Το Παγκόσμιο Σύστημα Υγείας



Πηγή: Harmer (2018)

1.3 Διπλωματία της Υγείας

Η διπλωματία της υγείας μπορεί να περιγραφεί ως οι πρακτικές των κυβερνήσεων και των μη κρατικών φορέων, για τη βελτίωση τόσο της παγκόσμιας υγείας όσο και των διεθνών σχέσεων, ιδίως σε αναπτυσσόμενες περιοχές (Ruckert *et al.*, 2016). Όπως αναφέρουν οι Adams *et al.* (2008), ο στόχος της παγκόσμιας διπλωματίας της υγείας είναι η προώθηση της παγκόσμιας υγείας είναι ο στόχος της παγκόσμιας διπλωματίας υγείας. Η διπλωματία της παγκόσμιας υγείας, όπως ορίζεται από τους Lee και Smith (2011, σ. 9), είναι "διαπραγματεύσεις για ζητήματα υγείας του πληθυσμού που απαιτούν συλλογική δράση παγκοσμίως για την επιτυχή επίλυσή τους", σημειώνοντας τη μετάβαση από την "παραδοσιακή" στη "νέα" διπλωματία.

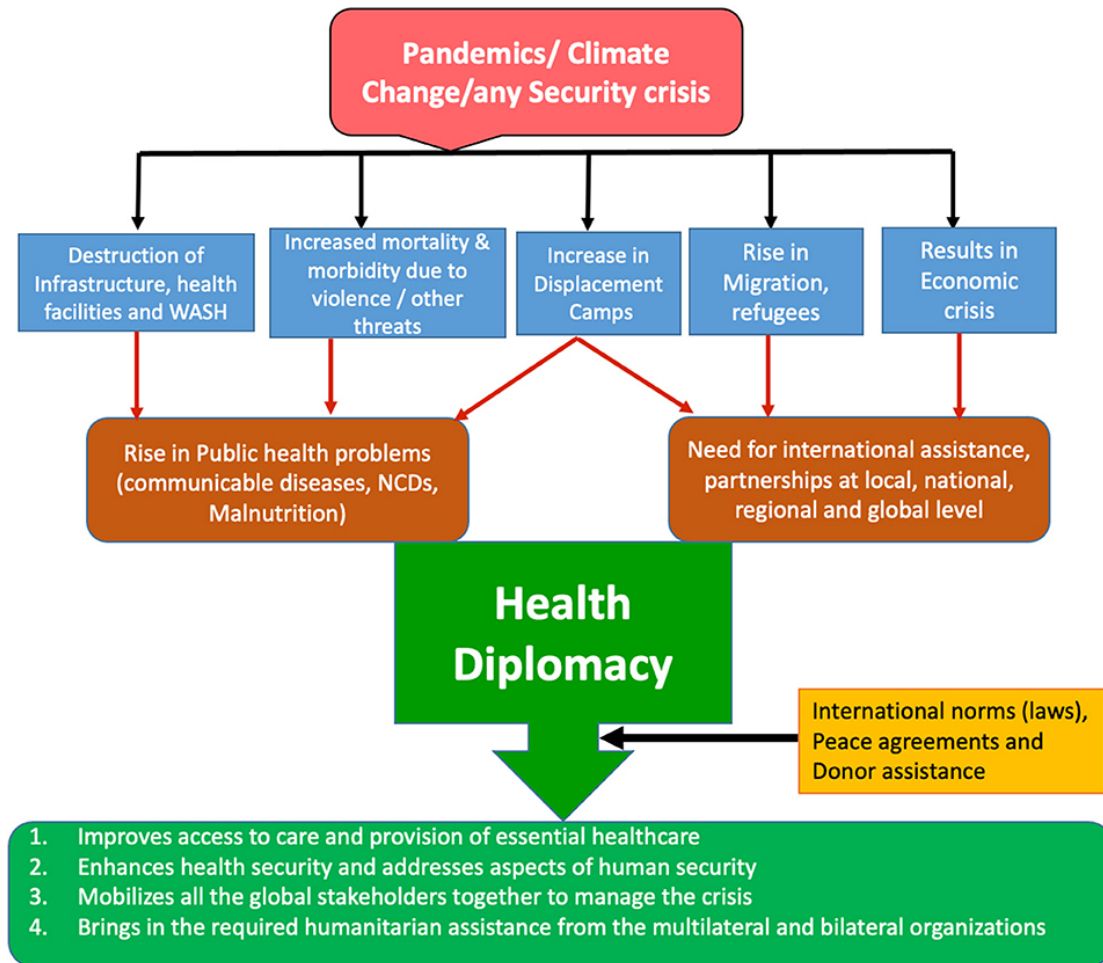
Ο Valenza (2020) αναφέρει ότι η έννοια της παγκόσμιας διπλωματίας στον τομέα της υγείας περιλαμβάνει επίσης τις μεμονωμένες ή συντονισμένες προσπάθειες των

κρατών να αποτρέψουν την εξάπλωση μολυσματικών ασθενειών σε άλλες χώρες. Σύμφωνα με τον Fauci (2007, σ. 21), η διπλωματία της υγείας είναι *"το να κερδίζεις τις καρδιές και τα μυαλά των ανθρώπων στις φτωχές χώρες εξάγοντας ιατρική περίθαλψη, τεχνογνωσία και προσωπικό για να βοηθήσεις αυτούς που το χρειάζονται περισσότερο"*. Η διπλωματία της υγείας εμπλέκει όλους τους κλάδους της κυβέρνησης και μη κρατικούς φορείς για την εξεύρεση λύσεων στα προβλήματα υγείας. Επιπλέον, κινητοποιεί τους βουλευτές και άλλους εκπροσώπους της κοινότητας για να υπερασπιστούν την υγεία στα εθνικά φόρουμ πολιτικής και να αναπτύξουν νομοθεσία για την καλύτερη προστασία της δημόσιας υγείας (WHO Eastern Mediterranean Region, 2016).

Η διπλωματία της υγείας είναι *"μια δραστηριότητα πολιτικής αλλαγής που ανταποκρίνεται στους διπλούς στόχους της βελτίωσης της παγκόσμιας υγείας με παράλληλη διατήρηση και ενίσχυση των διεθνών σχέσεων στο εξωτερικό, ιδίως σε περιοχές συγκρούσεων και σε περιβάλλοντα φτωχά σε πόρους"* (Novotny and Adams, 2007, όπως αναφέρεται στο Lee και Smith, 2011, σ. 1). Στον σημερινό παγκοσμιοποιημένο κόσμο, οι προκλήσεις στον τομέα της υγείας δεν μπορούν να επιλυθούν μόνο από τον τομέα της υγείας. Υπάρχουν ορισμένα προβλήματα υγείας, που χρειάζονται πολιτική διαπραγμάτευση και λύσεις, δηλαδή η πρόσβαση σε φάρμακα και τεχνολογίες, η αντιμετώπιση των μη μεταδοτικών ασθενειών, η εξάλειψη της πολιομυελίτιδας και η παύση των εχθροπραξιών για την ανοσοποίηση (WHO Eastern Mediterranean Region, 2016).

Τα κράτη μπορούν να διαμορφώσουν τη διπλωματία τους στον τομέα της υγείας με διάφορους τρόπους, από τη συνεργασία με διεθνείς διακυβερνητικούς οργανισμούς όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έως τη διμερή χρηματοδότηση που είναι προσαρμοσμένη ώστε να συμπληρώνει τις τρέχουσες ξένες επενδύσεις (Fazal, 2020). Η ταχύτητα με την οποία έχουν εξαπλωθεί οι πανδημίες στον 21^ο αιώνα έχει φέρει σε κεντρική θέση τις αποφάσεις των κρατών σχετικά με τον τρόπο άσκησης της διπλωματίας στον τομέα της υγείας. Ο Fazal (2020) υποστηρίζει επίσης ότι λόγω της φύσης των πανδημιών, οι προσπάθειες περιορισμού και μετριασμού απαιτούν παγκόσμια συνεργασία. Ωστόσο, οι πανδημίες δίνουν επίσης στα κράτη την ευκαιρία να επιδιώξουν διεθνείς στόχους που εξυπηρετούν σε μεγάλο βαθμό τα δικά τους εθνικά συμφέροντα και όχι εκείνα της παγκόσμιας υγείας.

Γράφημα 1.3.1
Διπλωματία της Υγείας για την αντιμετώπιση απειλών στην Παγκόσμια Υγεία



Πηγή: Taghizade et al. (2021)

Ο Kickbusch (2011) υποστηρίζει ότι τόσο ο τομέας της υγείας όσο και ο διπλωματικός τομέας αλλάζουν. Οι διπλωμάτες συμμετέχουν πλέον σε συζητήσεις με όλους όσους διαθέτουν τους πόρους και τη δύναμη να συμμετέχουν σε διεθνείς διαπραγματεύσεις και όχι μόνο με άλλους διπλωμάτες. Σε εξαιρετικά σημαντικούς «παίκτες» στην παγκόσμια διπλωματία της υγείας έχουν αναδειχθεί οι «ακόλουθοι υγείας» (health attachés), μια μικρή αλλά διευρυνόμενη ομάδα διπλωματών (Brown *et al.*, 2014). Ο ακόλουθος υγείας είναι ένας διπλωμάτης που συγκεντρώνει, εξετάζει και αναλαμβάνει δράση σε δεδομένα που αφορούν την υγεία σε μια ξένη χώρα ή χώρες και δημιουργεί ζωτικές συνδέσεις μεταξύ των φορέων δημόσιας υγείας και εξωτερικών υποθέσεων.

Οι διπλωμάτες σήμερα πρέπει να ασχολούνται με θέματα όπως η ανάπτυξη, η υγεία, το περιβάλλον, το νερό και τα τρόφιμα, εκτός από θέματα ισχύος, ασφάλειας και εμπορίου, ιδίως αν συμμετέχουν σε πολυμερείς διαπραγματεύσεις. Σύμφωνα με

ορισμένους σχολιαστές, οι πρέσβεις έχουν πλέον καθήκον να μιλούν για τα συμφέροντα ολόκληρου του κόσμου καθώς και για εκείνα του έθνους τους. Οι διπλωμάτες εμπλέκονται όλο και περισσότερο στην παγκόσμια υγεία στις πρωτεύουσες των διεθνών οργανισμών για τη διπλωματία σε όλο τον κόσμο, όπως η Γενεύη ή η Νέα Υόρκη (Kickbusch, 2011).

Η διακυβέρνηση της παγκόσμιας υγείας, λοιπόν, αποτελεί έναν κεντρικό και πολυπαραγοντικό πυλώνα της διεθνούς σκακιέρας. Όπως είναι επόμενο, και όπως θα παρουσιαστεί και στις επόμενες ενότητες, η χρηματοδότηση της παγκόσμιας υγείας ανέρχεται σε πολύ σημαντικά ποσά και υπάρχουν μια σειρά από κανάλια μέσω των οποίων τα κράτη (κυρίως) διοχετεύουν τους πόρους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Χρηματοδότηση της Παγκόσμιας Υγείας

Στην εποχή της παγκοσμιοποιημένης οικονομίας και της διαρκούς προόδου στον τομέα της ιατρικής, η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας αποτελεί έναν κρίσιμο παράγοντα που επηρεάζει τόσο την ποιότητα όσο και την προσβασιμότητα της υγειονομικής περίθαλψης.

Προκειμένου να εξεταστούν οι μεγάλοι χρηματοδότες της παγκόσμιας υγείας και τα κανάλια διανομής των πόρων, είναι σημαντικό να εξεταστεί αρχικά το οικονομικό πλαίσιο της παγκόσμιας υγείας. Σε αυτή την ενότητα, λοιπόν, παρουσιάζεται η ευρεία εικόνα της χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας, η εξέλιξη και οι τάσεις της Αναπτυξιακής Βοήθειας για την Υγεία (ABY), η οποία αποτελεί τον κύριο μηχανισμό διεθνούς υποστήριξης των συστημάτων υγείας στις αναπτυσσόμενες χώρες, καθώς και τα αποτελέσματα που έχουν επιτευχθεί στην αντιμετώπιση ασθενειών στις χώρες-αποδέκτες της διεθνούς βοήθειας.

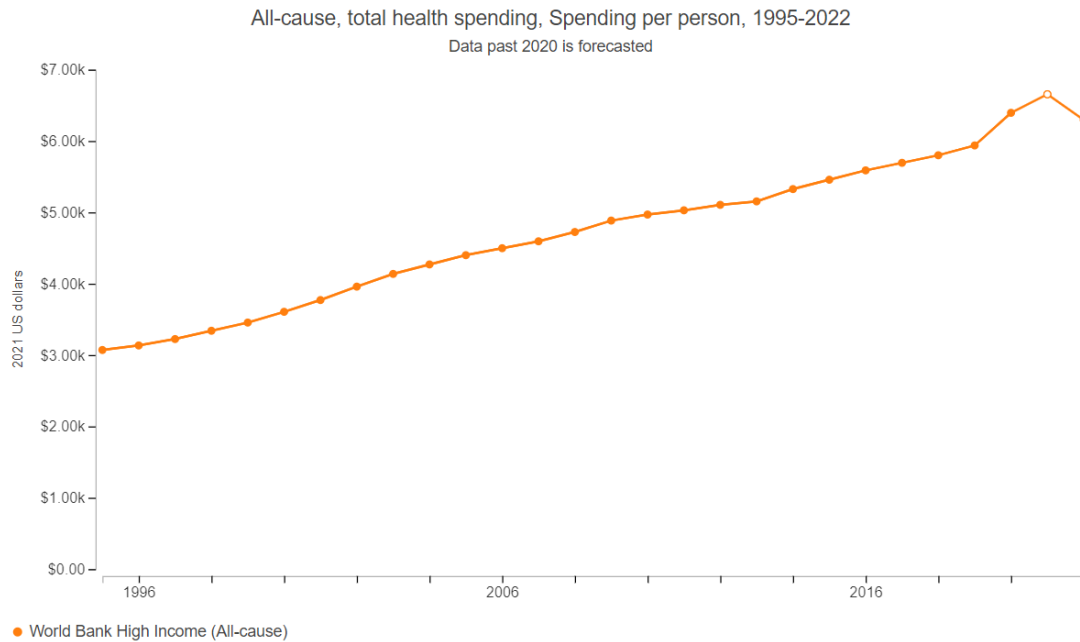
2.1 Χρηματοδότηση των Συστημάτων Υγείας

Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας είναι ένα σημαντικό και σύνθετο θέμα που επηρεάζει την παροχή υγειονομικής φροντίδας σε μια κοινωνία. Υπάρχουν διάφοροι τρόποι χρηματοδότησης, και οι χώρες υιοθετούν διάφορα μοντέλα ανάλογα με τις κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές συνθήκες τους. Ο τρόπος χρηματοδότησης επηρεάζει την προσβασιμότητα, την ποιότητα και την ισότητα στην υγειονομική φροντίδα. Σε ορισμένες χώρες, η συζήτηση επικεντρώνεται στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας, ενώ άλλες εξετάζουν τη δυνατότητα επέκτασης της κάλυψης και της ποιότητας των υπηρεσιών.

Η ομαδοποίηση των χωρών ανάλογα με το εισοδηματικό επίπεδο παρέχει ενδιαφέρουσες παρατηρήσεις για το πώς διαφορετικών εισοδημάτων οικονομίες επενδύουν στην υγεία των πολιτών τους. Η Παγκόσμια Τράπεζα κατατάσσει τις χώρες σε τέσσερις κύριες κατηγορίες βάσει εισοδήματος: χαμηλού, κατώτερου μεσαίου, ανώτερου μεσαίου, και υψηλού εισοδήματος.¹ Κάθε κατηγορία εμφανίζει διακριτά χαρακτηριστικά όσον αφορά τις δαπάνες για την υγεία, με σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία των πληθυσμών.

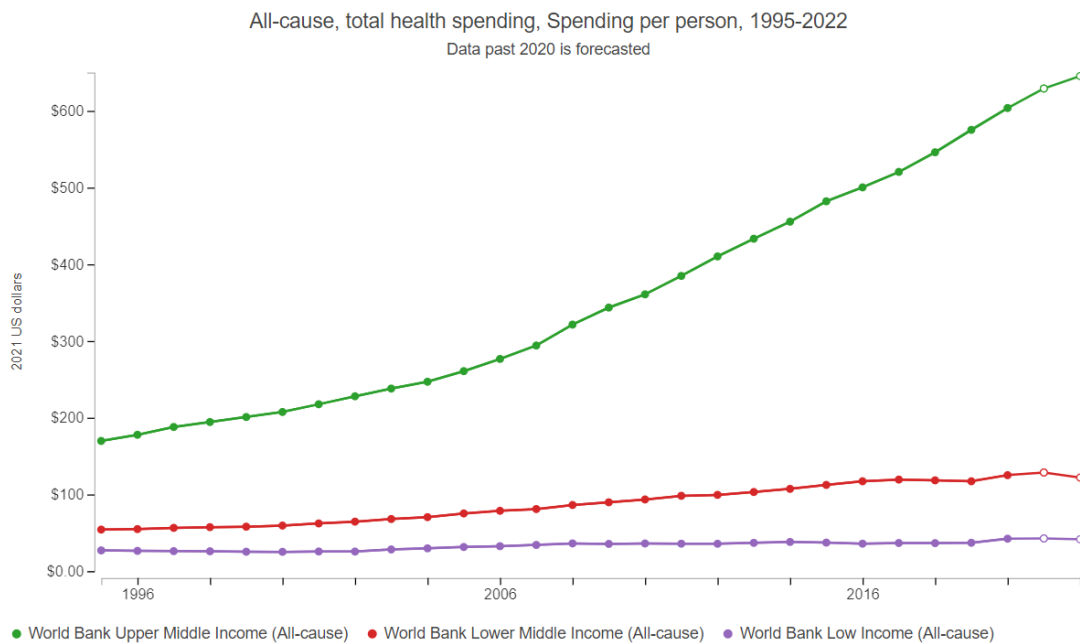
¹ Πίνακας με την αναλυτική κατηγοριοποίηση των χωρών βάση εισοδήματος από την Παγκόσμια Τράπεζα βρίσκεται στο Παράρτημα. Κριτήριο αποτελεί το κατά κεφαλήν Ακαθάριστο Εθνικό Εισόδημα (βλ. Παράρτημα).

Γράφημα 2.1.1 Κατά κεφαλήν δαπάνες για την Υγεία, χώρες υψηλού εισοδήματος (1995-2022), US\$ 2021



Πηγή: Institute for Health Metrics and Evaluation (2023)

Γράφημα 2.1.2 Κατά κεφαλήν δαπάνες για την Υγεία, χώρες υψηλότερου μεσαίου, κατώτερου μεσαίου και χαμηλού εισοδήματος (1995-2022), US\$ 2021



Πηγή: Institute for Health Metrics and Evaluation (2023)

Από το 1995 έως το 2022, οι τάσεις στις κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας έχουν εξελιχθεί σημαντικά, αντανακλώντας πολιτικές αλλαγές, οικονομικές μεταβολές και

δημογραφικές μετατοπίσεις. Συνολικά, τα 2 γραφήματα απεικονίζουν μια σαφή διαφοροποίηση των τάσεων στις δαπάνες υγείας ανά άτομο μεταξύ των χωρών ανάλογα με το εισοδηματικό τους επίπεδο. Ενώ οι πλουσιότερες χώρες αυξάνουν τις δαπάνες τους, οι φτωχότερες χώρες παραμένουν πίσω, αποκαλύπτοντας μια αυξανόμενη υγειονομική ανισότητα σε παγκόσμιο επίπεδο. Αυτή η ανισότητα επηρεάζει την πρόσβαση στη φροντίδα, την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, και τα αποτελέσματα της υγείας σε αυτές τις χώρες.

Το γεγονός ότι οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας στις χώρες με χαμηλό εισόδημα παραμένουν σταθερές και σχετικά χαμηλές υποδεικνύει επίσης ότι τα συστήματα υγείας σε αυτές τις χώρες δεν είναι σε θέση να ανταποκριθούν στις αυξανόμενες ανάγκες και στις προκλήσεις της παγκόσμιας υγείας, όπως οι επιδημίες και οι χρόνιες παθήσεις. Αυτό θέτει μια σημαντική επιβάρυνση στους πληθυσμούς των φτωχότερων χωρών, οι οποίοι δεν έχουν την ίδια πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας ιατρική φροντίδα.

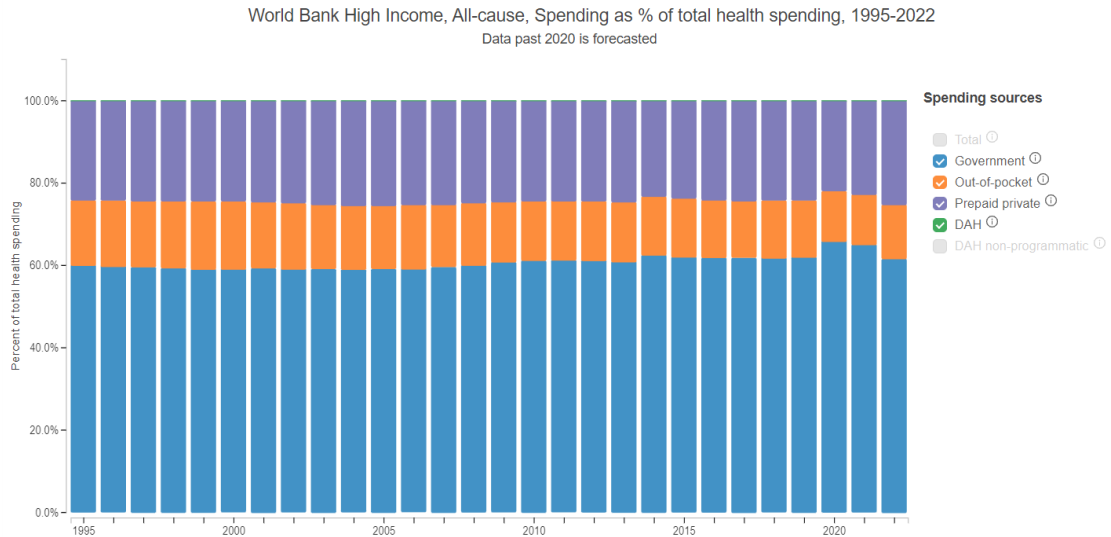
Η συνεχής ανοδική τάση των δαπανών στις χώρες με ανώτερο και κατώτερο μεσαίο εισόδημα δείχνει ότι αυτές οι χώρες επενδύουν ολοένα και περισσότερο στην υγεία των πολιτών τους. Ενώ αυτό είναι θετικό για την βελτίωση των υγειονομικών αποτελεσμάτων, αντικατοπτρίζει επίσης τις αυξανόμενες τιμές στην υγειονομική φροντίδα και την ανάγκη για περαιτέρω χρηματοδότηση λόγω του αυξανόμενου βάρους των χρόνιων νοσημάτων, της γήρανσης του πληθυσμού, και των αυξημένων προσδοκιών για ποιότητα φροντίδας.

Ακόμα μεγαλύτερο ενδιαφέρον από το ύψος των δαπανών για την υγεία, όμως, παρουσιάζει η δομή των δαπανών αυτών εντός των συστημάτων υγείας. Στα Γραφήματα 2.3 – 2.6 παρουσιάζονται οι διάφορες πηγές χρηματοδότησης των δαπανών υγείας (Κυβέρνηση, Άμεσες/ Απευθείας από τον Πολίτη, Προπληρωμένες Ιδιωτικές δαπάνες και Αναπτυξιακή Βοήθεια για την Υγεία) ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών υγείας, για κάθε ομάδα χωρών βάση της κατηγοριοποίησης της Παγκόσμιας Τράπεζας.

Εξετάζοντας την περίπτωση των χωρών υψηλού εισοδήματος, ενδιαφέρον προκαλεί κατ' αρχάς η σχετική σταθερότητα που καταγράφεται από το 1995 όσον αφορά την κατανομή των πηγών χρηματοδότησης, ως προς το ποσοστό επί των συνολικών δαπανών. Οι δημόσιες δαπάνες αποτελούν με διαφορά την κύρια πηγή χρηματοδότησης, καλύπτοντας – περίπου – το 60% των συνολικών δαπανών, ενώ οι προπληρωμένες ιδιωτικές δαπάνες κυμαίνονται στο 25%. Από την άλλη πλευρά, οι

άμεσες πληρωμές που καταβάλλουν οι πολίτες για υπηρεσίες υγείας αποτελούν το 14-15%, και μάλιστα φαίνονται να έχουν μειωθεί κατά 2-3% από το 1995 έως σήμερα.

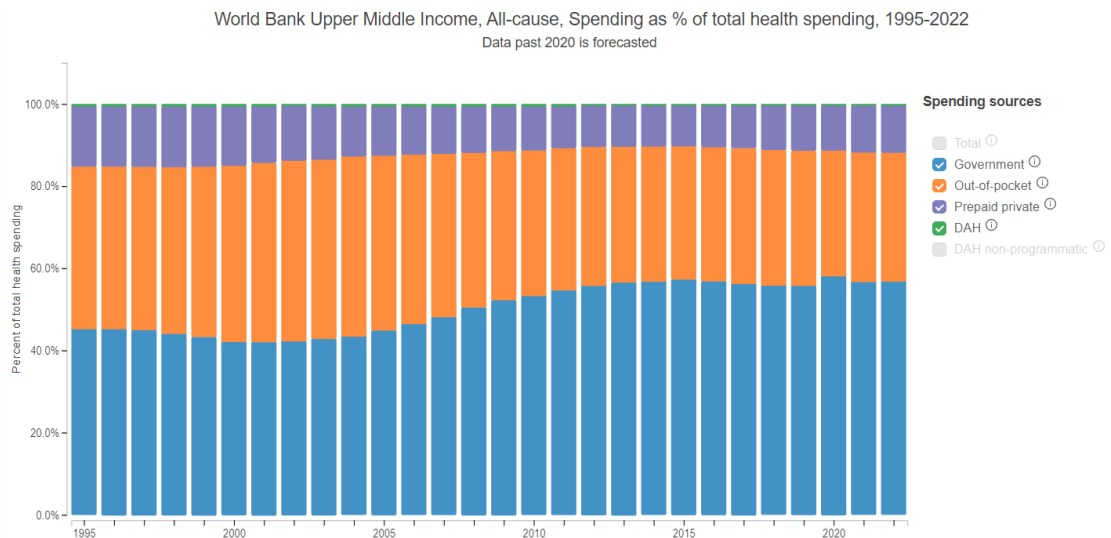
Γράφημα 2.1.3 Επί μέρους δαπάνες ως ποσοστό των συνολικών δαπανών, χώρες υψηλού εισοδήματος (1995-2022)



Πηγή: Institute for Health Metrics and Evaluation (2023)

Στην περίπτωση των χωρών ανώτερου μεσαίου εισοδήματος στο Γράφημα 2.4, παρατηρούνται κατευθείαν οι πρώτες διαφοροποιήσεις σε σχέση με το προηγούμενο γράφημα:

Γράφημα 2.1.4 Επί μέρους δαπάνες ως ποσοστό των συνολικών δαπανών, χώρες ανώτερου μεσαίου εισοδήματος (1995-2022)

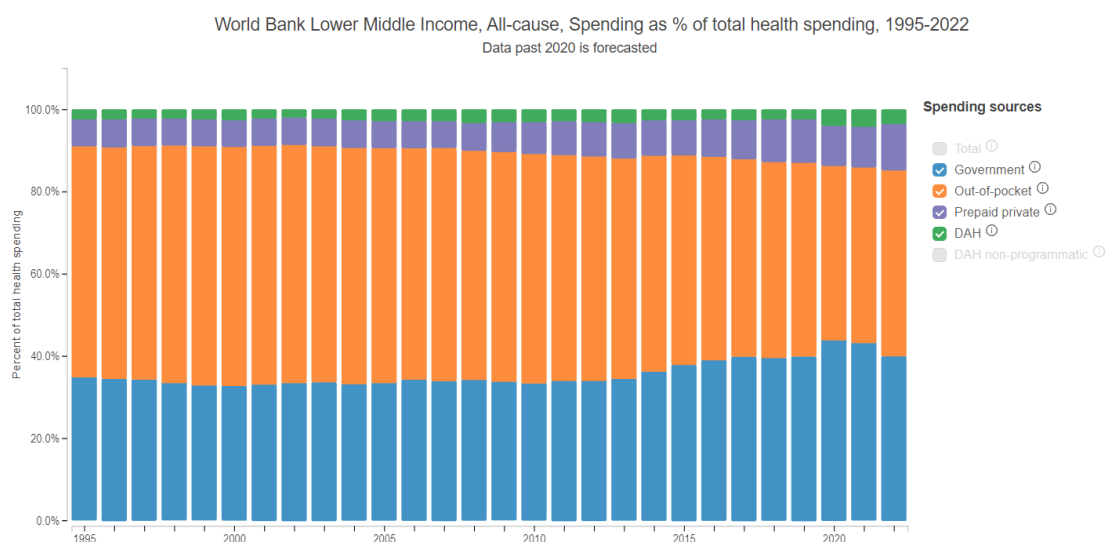


Πηγή: Institute for Health Metrics and Evaluation (2023)

Αρχικά, οι απευθείας από τον πολίτη πληρωμές αποτελούν σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό επί των συνολικών δαπανών. Επιπλέον, η σταθερότητα που παρουσιάστηκε στη περίπτωση του προηγούμενου γραφήματος, εδώ απουσιάζει. Πιο συγκεκριμένα, από το 1995 έως το 2001 το ποσοστό των κρατικών δαπανών υποχωρούσε από το 45,5% στο 42%, ενώ ταυτόχρονα οι άμεσες πληρωμές των πολιτών άξεναν το ποσοστό τους (από το 39,3% στο 44%). Την ίδια περίοδο, οι προπληρωμένες ιδιωτικές δαπάνες ήταν σχετικά σταθερές στο 14% περίπου. Από τότε μέχρι σήμερα, οι κρατικές δαπάνες έχουν σταθεροποιηθεί γύρω στο 57%, οι άμεσες δαπάνες των πολιτών στο 31%, ενώ οι προπληρωμένες ιδιωτικές δαπάνες είναι περίπου στο 11%, με μια μικρή αυξητική τάση. Η σημαντική διαφορά σήμερα με τις χώρες υψηλού εισοδήματος, λοιπόν, παρατηρείται στις άμεσες ιδιωτικές δαπάνες (31% έναντι 14%), και είναι δείγμα μεγαλύτερης ευαλωτότητας/αβεβαιότητας για τους πολίτες.

Η τάση που φαίνεται να παρουσιάζεται, με την αύξηση των άμεσων ιδιωτικών δαπανών όσο «κατεβαίνουμε» τις εισοδηματικές κατηγορίες, ενισχύεται και στην περίπτωση των χωρών κατώτερου μεσαίου εισοδήματος (Γράφημα 2.5).

Γράφημα 2.1.5 Επί μέρους δαπάνες ως ποσοστό των συνολικών δαπανών, χώρες κατώτερου μεσαίου εισοδήματος (1995-2022)



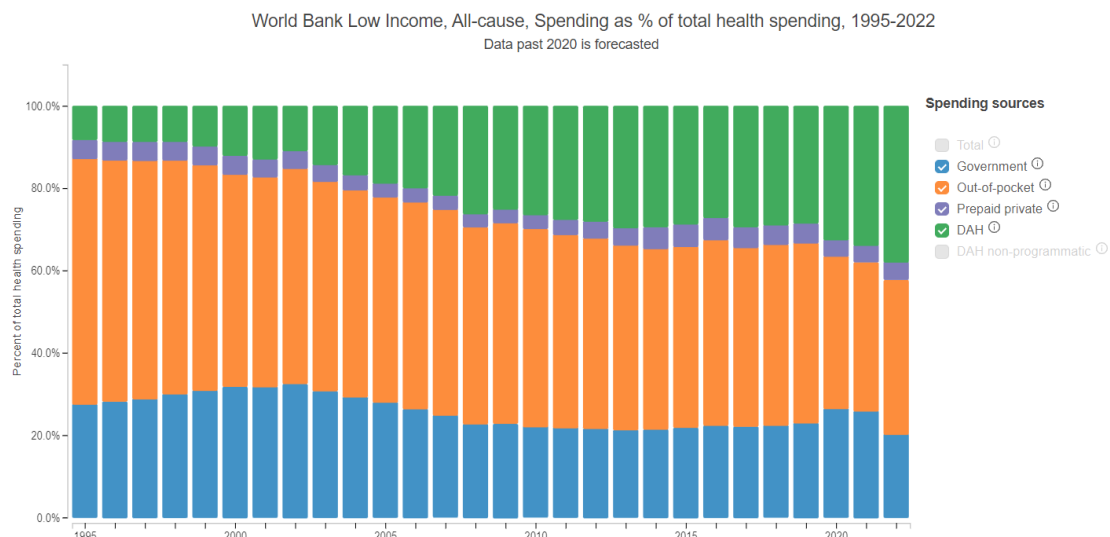
Πηγή: Institute for Health Metrics and Evaluation (2023)

Πιο συγκεκριμένα, μπορεί να έχουν σημειώσει αρκετή μείωση σε σχέση με το 58% που έφτασαν το 2000, ωστόσο και το σημερινό 45% είναι κατά πολύ υψηλότερο από τις προηγούμενες περιπτώσεις. Το γεγονός ότι σχεδόν οι μισές δαπάνες για την υγεία πραγματοποιούνται άμεσα από τους πολίτες, φανερώνει τις περιορισμένες

δυνατότητες και υποδομές των κρατών αυτών να παρέχουν υπηρεσίες υγείας στους πολίτες, πράγμα που αποτυπώνεται και στο Γράφημα 2.2, όπου οι κατά κεφαλήν συνολικές δαπάνες να υπολογίζονται σήμερα στα 100\$ για την συγκεκριμένη κατηγορία χωρών. Ενδιαφέρον παρουσιάζει και το γεγονός πως οι προπληρωμένες ιδιωτικές δαπάνες αποτελούν περίπου το 11%, όπως και στις χώρες ανώτερου μεσαίου εισοδήματος, ενώ οι κρατικές δαπάνες κυμαίνονται σήμερα στο 40%.

Περνώντας στις χώρες χαμηλού εισοδήματος, οι διαφορές με τις υψηλότερες εισοδηματικές κατηγορίες είναι εμφανής. Η Αναπτυξιακή Βοήθεια για την Υγεία (ABY), η οποία θα αναλυθεί εκτενέστερα σε επόμενη υποενότητα καθώς αποτελεί τον πυλώνα αυτής της εργασίας, αποκτά κεντρικό ρόλο στην χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας των αναπτυσσόμενων χωρών. Πιο συγκεκριμένα, ξεκινώντας από το χαμηλό 8% το 1995 και με σχετικά σταθερή αυξητική πορεία μέσα στα χρόνια, έχουν φτάσει να αποτελούν πάνω από το 30% των συνολικών δαπανών. Στην ουσία, η ABY έρχεται να καλύψει την χαμηλή κρατική συμμετοχή στις δαπάνες, η οποία ανέρχεται τα τελευταία χρόνια σε 20-25%. Με αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται και η μείωση του ποσοστού των άμεσων δαπανών από τους πολίτες, η οποία έχει μειωθεί από το 60% του 1995 στο 40% περίπου τα τελευταία χρόνια.

Γράφημα 2.1.6 Επί μέρους δαπάνες ως ποσοστό των συνολικών δαπανών, χώρες χαμηλού εισοδήματος (1995-2022)



Πηγή: Institute for Health Metrics and Evaluation (2023)

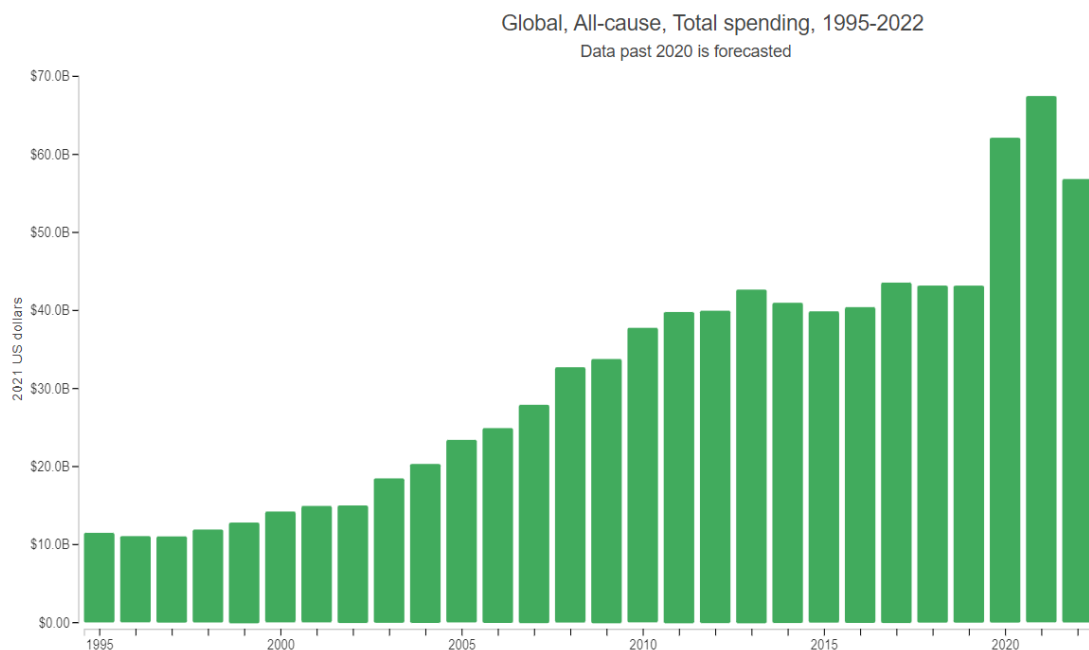
Όπως γίνεται αντιληπτό, τα συστήματα υγείας των χωρών χαμηλού εισοδήματος – και οι πολίτες τους – εξαρτώνται άμεσα και σε πολύ σημαντικό βαθμό από την ABY.

2.2 Αναπτυξιακή Βοήθεια για την Υγεία και Αντιμετώπιση Ασθενειών

Στο πλαίσιο της παγκόσμιας υγείας, η Αναπτυξιακή Βοήθεια για την Υγεία έχει αναδειχθεί σε ακρογωνιαίο λίθο για την αντιμετώπιση των υγειονομικών ανισοτήτων και την προώθηση της βελτίωσης της υγείας σε χώρες χαμηλού και κατώτερου μεσαίου εισοδήματος. Ορίζεται από το Ινστιτούτο Μέτρησης και Αξιολόγησης της Υγείας (IHME, 2011) ως “οικονομικές συνεισφορές και συνεισφορές σε είδος για δραστηριότητες που αποσκοπούν στη βελτίωση της υγείας σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος.”

Η σημασία της ΑΒΥ υπερβαίνει την άμεση οικονομική της διάσταση. Αποσκοπεί επίσης στην προώθηση της ενίσχυσης των συστημάτων υγείας μέσω διαφόρων στρατηγικών και δραστηριοτήτων, και περιλαμβάνει τη μεταφορά γνώσεων, την ανάπτυξη ικανοτήτων και την προώθηση της ενίσχυσης των συστημάτων υγείας (Shi et al., 2023). Οι επενδύσεις στην ενίσχυση των συστημάτων υγείας είναι απαραίτητες για την επίτευξη των στόχων βιώσιμης ανάπτυξης, και έχουν αυξημένη σημασία δεδομένων των αναδυόμενων προκλήσεων στον τομέα της υγείας, συμπεριλαμβανομένων των πανδημιών, των μη μεταδοτικών ασθενειών και των επιπτώσεων της κλιματικής αλλαγής στην υγεία (Youde, 2018; Kraus et al., 2020; Moitra et al., 2021).

Γράφημα 2.2.1
Αναπτυξιακή Βοήθεια για την Υγεία (1995-2022)

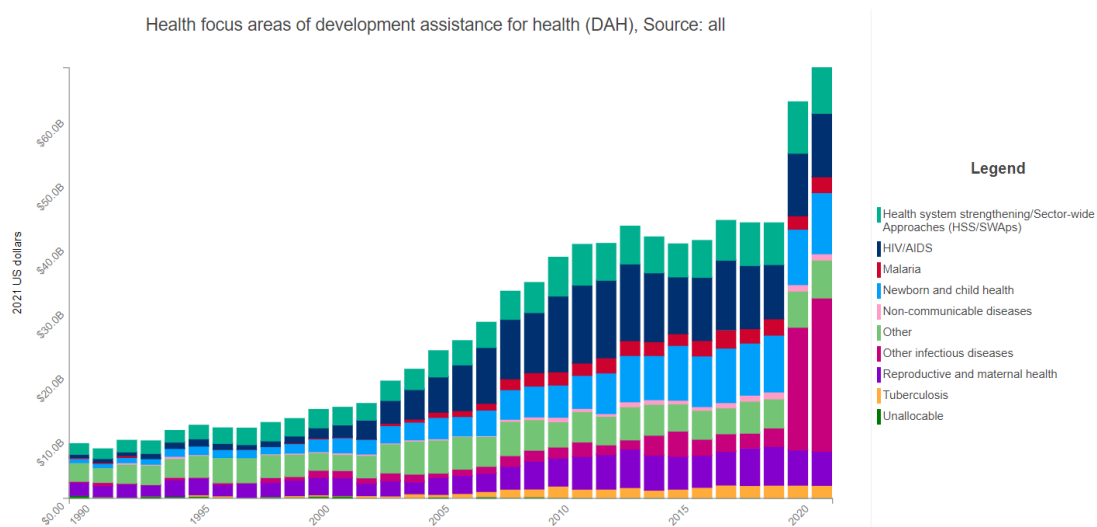


Πηγή: Institute for Health Metrics and Evaluation (2023)

Όπως φαίνεται από το Γράφημα 2.2.1, από το 1998 μέχρι το 2013 υπήρξε μια σχετικά σταθερή και σημαντική ετήσια αύξηση στην ΑΒΥ, η οποία αντικατοπτρίζει ενδεχομένως μια αυξανόμενη δέσμευση της διεθνούς κοινότητας για την υποστήριξη των υγειονομικών συστημάτων, ειδικά σε χώρες με χαμηλότερο εισόδημα. Ειδικά την δεκαετία 2003 – 2013 παρατηρείται διπλασιασμός της ΑΒΥ, από 20 δις. σε 40 δις, γεγονός που σχετίζεται με την αναγνώριση νέων προκλήσεων στην παγκόσμια υγεία, όπως είναι οι πανδημίες, και η ανάγκη για στοχευμένες παρεμβάσεις. Από το 2013 και μέχρι το 2019 η ΑΒΥ παρέμεινε λίγο πολύ στα ίδια επίπεδα, ενώ με την πανδημία αυξήθηκε εκτάκτως, κυρίως για την αντιμετώπιση του Covid-19, και μένει να δούμε σε τι επίπεδο θα σταθεροποιηθεί τα επόμενα χρόνια.

Για την καλύτερη κατανόηση των προτεραιοτήτων αλλά και των αποτελεσμάτων της ΑΒΥ, αξίζει να εξεταστεί η κατανομή της σε διάφορους επιμέρους στόχους αλλά και η εξέλιξη της επιδημιολογικής εικόνας των χωρών χαμηλού και κατώτερου μεσαίου εισοδήματος.

Γράφημα 2.2.2 Κατανομή της ΑΒΥ ανά στόχο



Πηγή: Institute for Health Metrics and Evaluation (2023)

Το Γράφημα 2.2.2 αποτυπώνει την εξέλιξη της ΑΒΥ και στις επιμέρους στοχεύσεις της, δίνοντας μια ενδιαφέρουσα εικόνα για την βαρύτητα που δίνεται σε διάφορες πτυχές της παγκόσμιας υγείας μέσα στα χρόνια. Η αντιμετώπιση των παγκόσμιων υγειονομικών κρίσεων συνδέεται στενά με τον περιορισμό των μεταδοτικών νοσημάτων, και όπως είναι επόμενο ένα μεγάλο μέρος της ΑΒΥ στοχεύει στην καταπολέμηση αυτών των νοσημάτων, όπως τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα

και τα νοσήματα του ανώτερου αναπνευστικού. Πιο συγκεκριμένα, οι 3 κυριότερες μεταδοτικές ασθένειες, ο HIV, η Φυματίωση και η Ελονοσία το 2019 απορρόφησαν το 30% της ABY (8,5, 2 και 2,5 δις. αντίστοιχα).² Εντούτοις, είναι σημαντικό να μην αγνοηθεί ότι ένα σημαντικό μέρος της βοήθειας προορίζεται για την υγειονομική φροντίδα παιδιών και μητέρων (συνολικά το 34% το 2019). Στον αντίποδα, οι μη μεταδιδόμενες ασθένειες φαίνεται να λαμβάνουν μόλις το 1,5-2,5% της ABY. Παρ' όλα αυτά, η απειλή των μη μεταδιδόμενων νοσημάτων εντείνεται ακόμη και αυτός χώρες με χαμηλό εισόδημα, ενώ αυτός ανεπτυγμένες χώρες παθήσεις αυτός ισχαιμικά επεισόδια, καρδιαγγειακές διαταραχές και καρκίνος αποτελούν μείζονες αιτίες θανάτου, με αυτός κύριες αιτίες να συνδέονται με τον τρόπο ζωής, αυτός η διατροφή και το άγχος (Ruby *et al.*, 2015).

Προκειμένου να εξεταστεί η επιδημιολογική εξέλιξη σε διάφορα σημεία ενδιαφέροντος στις χώρες χαμηλού και κατώτερου μεσαίου εισοδήματος – οι οποίες αποτελούν τους κύριους αποδέκτες της ABY – γίνεται χρήση των DALYs.

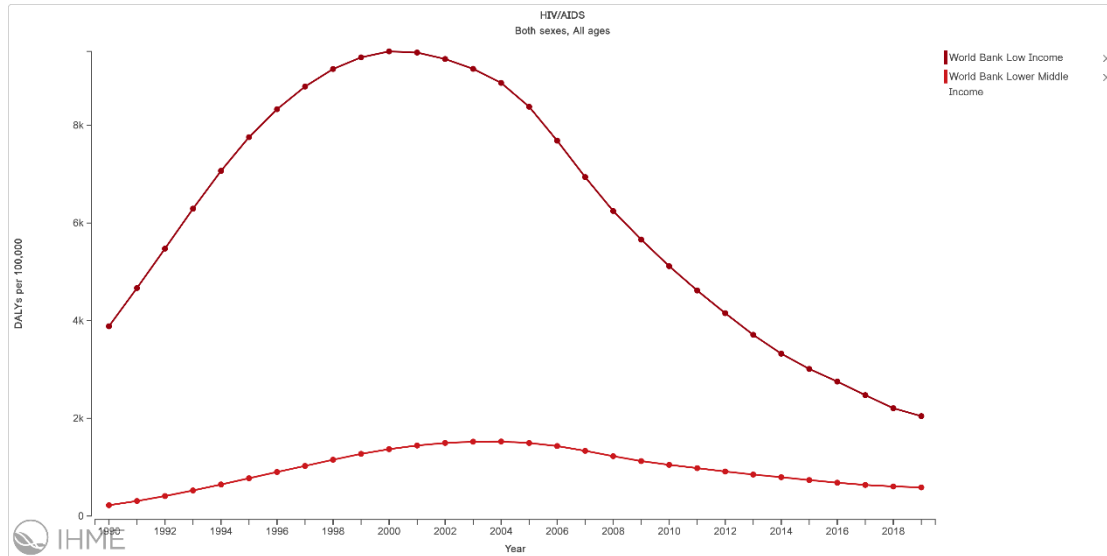
Το DALY είναι η συντομογραφία για το έτος ζωής προσαρμοσμένο σε αναπηρία, μια τυποποιημένη μέτρηση που επιτρέπει τη σύγκριση των αποτελεσμάτων υγείας σε διάφορους πληθυσμούς και διάφορα σενάρια υγείας κατά τη διάρκεια διαφορετικών περιόδων (Institute for Health Metrics and Evaluation, n.d.). Υπολογίζεται προσθέτοντας μαζί τα έτη ζωής που χάνονται λόγω πρόωρου θανάτου (YLLs) και τα έτη ζωής με αναπηρία (YLDs). Ένα μόνο DALY, λοιπόν, αντιπροσωπεύει ένα έτος υγιούς ζωής που έχει χαθεί. Αυτός ο δείκτης είναι χρήσιμος για την αξιολόγηση των συνολικών ετών ζωής που επηρεάζονται από συγκεκριμένα ζητήματα υγείας και παράγοντες κινδύνου σε τοπικό, περιφερειακό και διεθνές επίπεδο (Institute for Health Metrics and Evaluation, n.d.).

Αξίζει να εξετάσουμε αρχικά την επιδημιολογική εξέλιξη (μέσω των DALYs) για τον HIV, την φυματίωση και την ελονοσία, καθώς όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η αντιμετώπισή τους αποτελεί προτεραιότητα για την διεθνή κοινότητα και τους δρώντες της παγκόσμιας υγείας. Συγκεκριμένα στην περίπτωση του HIV, η κατάσταση εξελισσόταν δραματικά μέχρι τις αρχές του 2000, όπως φαίνεται και στο γράφημα 2.2.3. Η ανακάλυψη αποτελεσματικών θεραπειών και η διάδοσή τους και στις αναπτυσσόμενες χώρες οδήγησε στην ραγδαία μείωση των DALYs μέχρι σήμερα,

² Γίνεται αναφορά στο έτος 2019, καθώς το 2020 και το 2021 η ανάγκη αντιμετώπισης του Covid-19 οδήγησε στην ραγδαία αύξηση της χρηματοδότησης των “άλλων μεταδιδόμενων ασθενειών” / “other infectious diseases” στις οποίες εμπίπτει ο Covid-19 στο Γράφημα 2.2.2.

παραμένουν όμως στα επίπεδα του 1990.

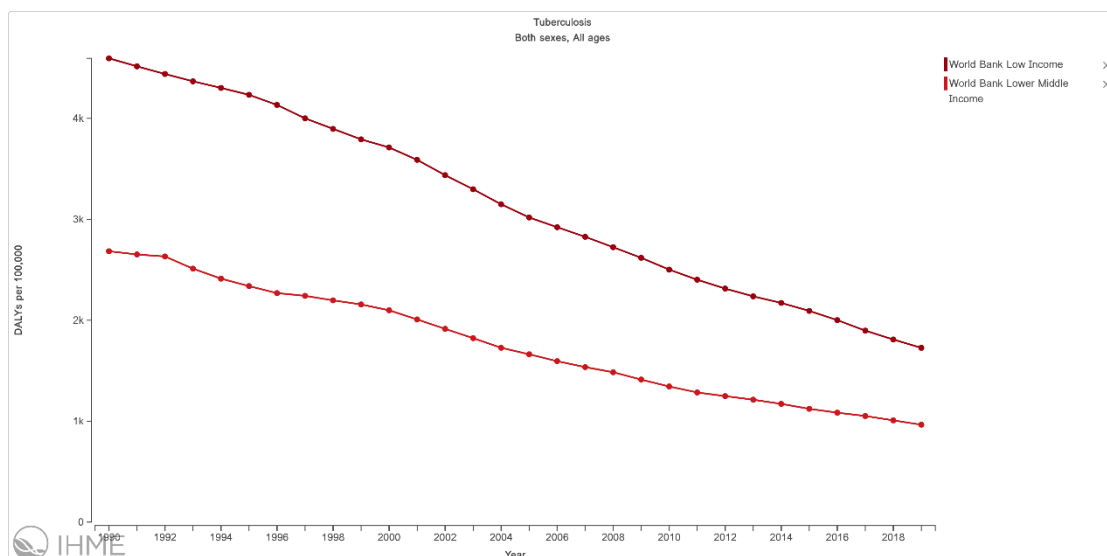
Γράφημα 2.2.3 Εξέλιξη των DALYs από HIV/AIDS (ανά 100k, χώρες χαμηλού και κατώτερου μεσαίου εισοδήματος, 1990-2020)



Πηγή: Global Burden of Disease Collaborative Network (2020)

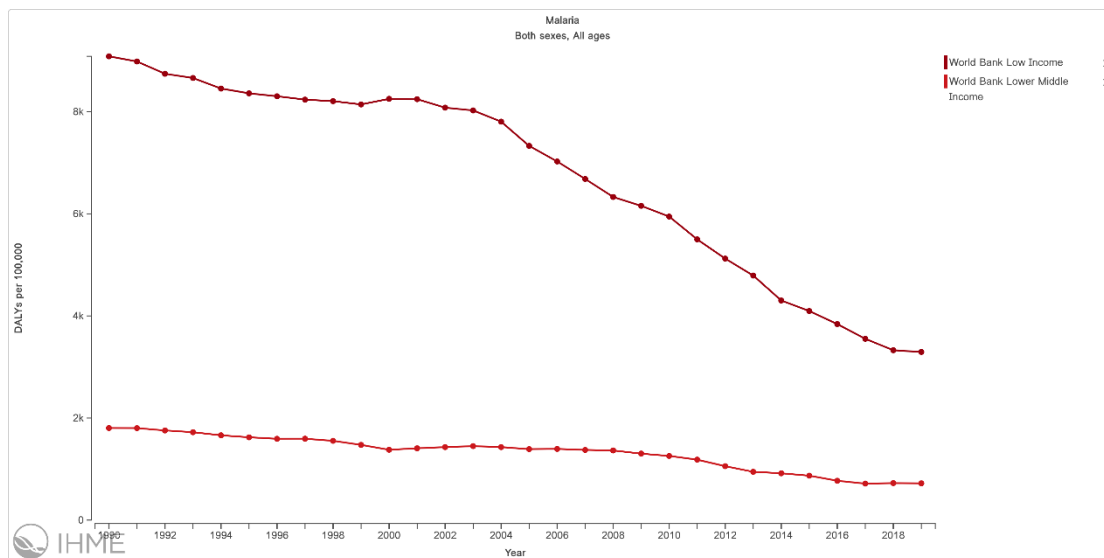
Στις περιπτώσεις της Φυματίωσης και της Ελονοσίας (Γραφήματα 2.2.4 – 2.2.5) η επιδημιολογική εικόνα είναι εμφανώς καλύτερη, με σταθερή μείωση μέσα στα χρόνια, με πάνω από 50% μείωση των DALYs από το 1990 μέχρι το 2020.

Γράφημα 2.2.4 Εξέλιξη των DALYs από Φυματίωση (ανά 100k, χώρες χαμηλού και κατώτερου μεσαίου εισοδήματος, 1990-2020)



Πηγή: Global Burden of Disease Collaborative Network (2020)

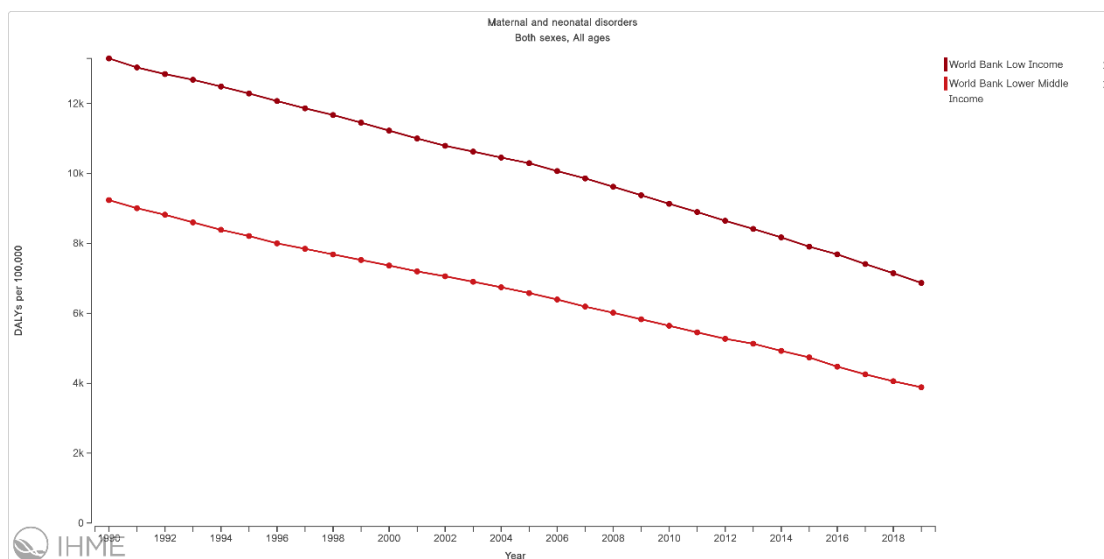
Γράφημα 2.2.5 Εξέλιξη των DALYs από Ελονοσία (ανά 100k, χώρες χαμηλού και κατώτερου μεσαίου εισοδήματος, 1990-2020)



Πηγή: Global Burden of Disease Collaborative Network (2020)

Πέραν των τριών παραπάνω κύριων μεταδιδόμενων νόσων, σημαντική είναι και η διερεύνηση της εξέλιξης των DALYs από ασθένειες σε μητέρες και νεογνά, οι οποίες αποτελούν την κύρια αιτία DALYs στις χώρες χαμηλού εισοδήματος και την δεύτερη (πίσω από τις μη μεταδιδόμενες ασθένειες) στις χώρες χαμηλότερου μεσαίου εισοδήματος. Πράγματι, όπως φαίνεται και στο Γράφημα 2.2.6, παρατηρείται αντίστοιχη μείωση των DALYs όπως στις παραπάνω μεταδιδόμενες νόσους.

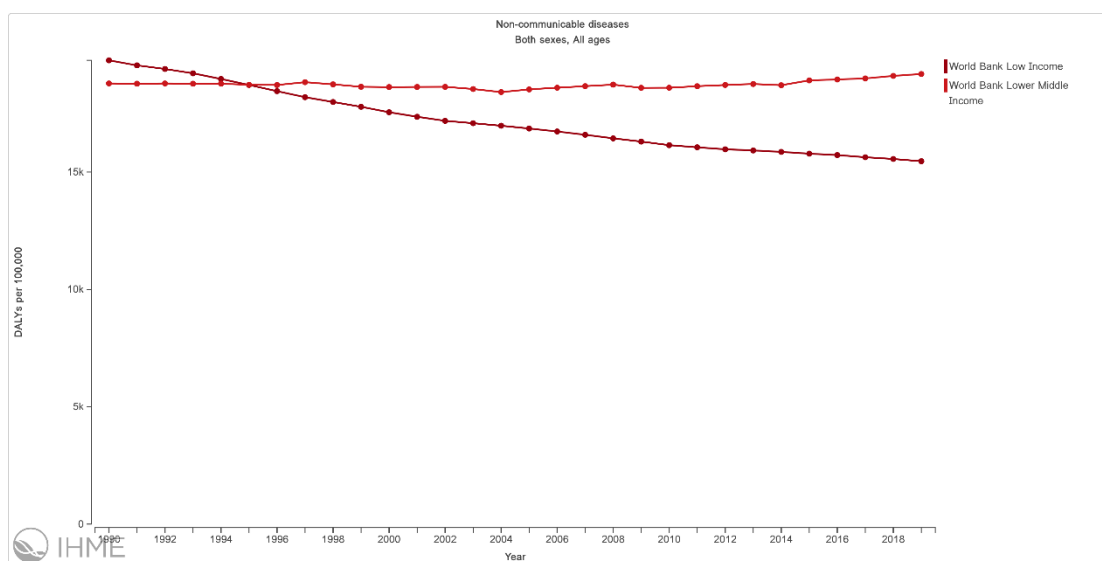
Γράφημα 2.2.6 Εξέλιξη των DALYs από Ασθένειες Νεογνών και Μητέρων (ανά 100k, χώρες χαμηλού και κατώτερου μεσαίου εισοδήματος, 1990-2020)



Πηγή: Global Burden of Disease Collaborative Network (2020)

Αξίζει να εξετάσουμε και την επιδημιολογική εικόνα των Μη Μεταδιδόμενων Ασθενειών, οι οποίες όπως αναφέρθηκε και παραπάνω δεν αποτελούν προτεραιότητα της ΑΒΥ, όπως αποτυπώνεται και στην χαμηλή χρηματοδότηση που προορίζεται για αυτές. Δυστυχώς, η υποχρηματοδότηση αυτή αποτυπώνεται και στην επιδημιολογική τους εικόνα, όπου στις μεν χώρες χαμηλού εισοδήματος έχει σημειωθεί μια μικρή μείωση στα DALYs τα τελευταία 30 χρόνια, στις δε χώρες κατώτερου μεσαίου εισοδήματος τα DALYs από Μη Μεταδιδόμενες Ασθένειες έχουν αυξηθεί.

Γράφημα 2.2.7
Εξέλιξη των DALYs από Μη Μεταδιδόμενες Ασθένειες (ανά 100k, χώρες χαμηλού και κατώτερου μεσαίου εισοδήματος, 1990-2020)



Πηγή: Global Burden of Disease Collaborative Network (2020)

Η επιδημιολογική εικόνα που παρουσιάζεται στα παραπάνω γραφήματα για τις χώρες χαμηλού εισοδήματος προσφέρει 2 συμπεράσματα: Αφενός, έχει υπάρξει σημαντική πρόοδος στην μείωση των DALYs τα τελευταία 30 χρόνια; αφετέρου, υπάρχει πολύς δρόμος να διανυθεί ακόμα, καθώς τα DALYs εξακολουθούν να είναι υψηλά στις χώρες χαμηλού εισοδήματος, και μάλιστα σε νόσους τις οποίες η ανθρωπότητα έχει βρει τρόπο να αντιμετωπίσει. Στο τελευταίο κεφάλαιο πραγματοποιείται συζήτηση γύρω από την κριτική που δέχεται το υπάρχον πλαίσιο της αναπτυξιακής βοήθειας για την υγεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Χρηματοδότες της Παγκόσμιας Υγείας και Κανάλια Διάχυσης: Ερευνητικά Ευρήματα

Στο κεφάλαιο αυτό, εστιάζουμε στους μεγαλύτερους χρηματοδότες της παγκόσμιας υγείας, αναλύοντας τις διάφορες κατηγορίες τους και τα κανάλια διάχυσης των πόρων που διαμορφώνουν την πορεία της αναπτυξιακής βοήθειας. Όπως παρουσιάστηκε και στο πρώτο κεφάλαιο, οι δρώντες της παγκόσμιας υγείας μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε τέσσερις βασικές κατηγορίες: Κυβερνήσεις, Μη Κερδοσκοπικές Οργανώσεις και Ιδρύματα, Οργανισμοί του ΟΗΕ και Αναπτυξιακές Τράπεζες. Οι δρώντες αυτοί, όπως είναι επόμενο, θεσπίζουν τον ρυθμό και το ύψος των παγκόσμιων προσπαθειών για την ενίσχυση της υγείας, διαμορφώνοντας τις προτεραιότητες και τις παρεμβάσεις στην παγκόσμια υγεία.

3.1 Μεθοδολογία Έρευνας

Προκειμένου να πραγματοποιηθεί η παρούσα έρευνα έγινε χρήση των δεδομένων της βάσης “Financing Global Health” του Ινστιτούτου Μέτρησης και Αξιολόγησης της Υγείας (IHME), και της εξειδικευμένης πλατφόρμας του για την εξαγωγή στοχευμένων αποτελεσμάτων και την διαγραμματική και άλλη παρουσίαση των δεδομένων που χρησιμοποιούνται. Πιο αναλυτικά, μέσω συγκεκριμένων queries/ερωτημάτων που τέθηκαν, επιλέχθηκαν τα εκάστοτε δεδομένα με σκοπό την απάντηση των παρακάτω ερευνητικών ερωτημάτων:

- 1) Ποιοι είναι οι μεγαλύτεροι χρηματοδότες της αναπτυξιακής βοήθειας για την υγεία;
- 2) Ποια κανάλια επιλέγουν για να διοχετεύσουν την χρηματοδότηση αυτή;
- 3) Ποιοι φορείς γενικότερα αναδεικνύονται στα μεγαλύτερα κανάλια διάχυσης της αναπτυξιακής βοήθειας για την υγεία;
- 4) Ποιες είναι οι προτεραιότητες της διεθνούς κοινότητας, όσον αφορά νοσήματα-θεραπευτικές κατηγορίες και παρεμβάσεις δημόσιας υγείας, όπως αυτές διαμορφώνονται από την κατανομή της χρηματοδότησης στα διάφορα πεδία;

Η βάση δεδομένων που χρησιμοποιήθηκε περιέχει στοιχεία για την χρονική περίοδο 1995 – 2022. Επιλέγεται ως έτος αναφοράς το 2019, καθώς η πανδημία του Covid-19 επηρέασε σημαντικά την εικόνα για την περίοδο 2020-2022, τόσο όσον αφορά το ύψος της συνολικής χρηματοδότησης, όσο και τα πεδία χρηματοδότησης. Συγκεκριμένα, η

κατηγορία “Other infectious diseases” στην οποία εντάσσεται ο Covid-19, κατά τα έτη της πανδημίας έγινε το πεδίο με την υψηλότερη χρηματοδότηση, αλλά πρόκειται για μια έκτακτη συνθήκη που δεν συμβαδίζει με την γενικότερη, διαχρονική εικόνα.

3.2 Κύριοι Χρηματοδότες της Παγκόσμιας Υγείας

Οι κυβερνήσεις, ως κύριοι χρηματοδότες, διαδραματίζουν καίριο ρόλο στην καθοδήγηση της πολιτικής υγείας και την ανάπτυξη υγειονομικών συστημάτων. Η συνεργασία με ΜΚΟ επιτρέπει την αποτελεσματική εκτέλεση προγραμμάτων και την επίτευξη ευαίσθητων στις ανάγκες των κοινοτήτων αποτελεσμάτων. Ομοίως, τα ιδρύματα, ειδικά εκείνα που επικεντρώνονται στην έρευνα και καινοτομία, συμβάλλουν στην ανάπτυξη νέων θεραπειών και εμβολίων. Επιπλέον, οι Οργανισμοί του ΟΗΕ και οι Αναπτυξιακές Τράπεζες αντιπροσωπεύουν παγκόσμιες διαστάσεις, συμβάλλοντας στη χρηματοδότηση σε μεγάλη κλίμακα και στη διαμόρφωση πολιτικών που αποβλέπουν στη βελτίωση της υγείας παγκοσμίως, προσφέροντας τόσο χρηματοδοτικούς πόρους όσο και εξειδικευμένες προσεγγίσεις.

Πριν παρουσιαστούν οι χρηματοδότες, είναι ενδιαφέρον να εξεταστούν πιο προσεκτικά τα πεδία χρηματοδότησης της ΑΒΥ, καθώς αποτυπώνουν τις προτεραιότητες που έχει θέσει η διεθνής κοινότητα για την αντιμετώπιση των υγειονομικών προκλήσεων (κυρίως) στις χώρες χαμηλού εισοδήματος.

Πίνακας 3.2.1
Πεδία Χρηματοδότησης μέσω ΑΒΥ, 2019

Στόχος	\$ Δισ.	% ΑΒΥ
Υγεία Παιδιού	8,97	20,80
HIV/AIDS	8,48	19,67
Ενδυνάμωση Συστήματος Υγείας	6,51	15,09
Υγεία Μητέρας	6,17	14,31
Άλλοι Τομείς	4,54	10,52
Άλλες Μεταδιδόμενες Ασθένειες	2,86	6,63
Ελονοσία	2,52	5,84
Φυματίωση	1,95	4,53
Μη Μεταδιδόμενες Ασθένειες	1,06	2,46

Πηγή: Institute for Health Metrics and Evaluation (2023) (Ίδιοι υπολογισμοί)

Όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 3.2.1, λοιπόν, η υγεία των νεογνών και των παιδιών απορροφά περίπου το 21% της χρηματοδότησης, με τον εμβολιασμό (3,51\$ Δισ.) και την σίτιση (2,23\$ Δισ.) να αποτελούν προτεραιότητα. Στα ίδια επίπεδα περίπου κυμαίνεται και η αντιμετώπιση του HIV/AIDS, όπου η θεραπεία (2,60\$ Δισ.) και η πρόληψη (1,56\$ Δισ.) πρωταγωνιστούν. Η ενδυνάμωση των συστημάτων υγείας και η υγεία των μητέρων ακολουθούν με περίπου το 15% της χρηματοδότησης. Πέραν του HIV/AIDS, στις υπόλοιπες μεταδιδόμενες ασθένειες κατευθύνεται περίπου το 17% της ΑΒΥ, με την ελονοσία και την φυματίωση να έχουν προτεραιότητα (5,84% και 4,53% αντίστοιχα), και ασθένειες όπως ο Ebola και ο Zika να ακολουθούν. Αρνητική εντύπωση προκαλεί η χαμηλή χρηματοδότηση των μη μεταδιδόμενων ασθενειών, οι οποίες – όπως αναφέρεται και στο δεύτερο κεφάλαιο – βαίνουν αυξανόμενες στις χώρες χαμηλότερου μεσαίου εισοδήματος και αναμένεται να αποτελέσουν σημαντική πρόκληση στο μέλλον.

Πίνακας 3.2.2
Μεγαλύτεροι Χρηματοδότες της ΑΒΥ, 2019

Κατηγορία	Χρηματοδότης	Δισ. \$	% ΑΒΥ
Κυβερνήσεις	ΗΠΑ	11,60	27,00
	Ηνωμένο Βασίλειο	4,21	9,77
	Γερμανία	2,17	5,04
	Καναδάς	1,36	3,16
	Γαλλία	1,16	2,69
	Ιαπωνία	1,08	2,51
	Άλλες Κυβερνήσεις	6,90	16,23
	Σύνολο	28,48	66,4
Οργανώσεις και Ιδρύματα	Ίδρυμα Gates	4,30	9,96
	Άλλες Φιλανθρωπικές Οργανώσεις	5,27	12,22
	Σύνολο	9,57	22,18

Πηγή: Institute for Health Metrics and Evaluation (2023) (Ίδιοι υπολογισμοί)

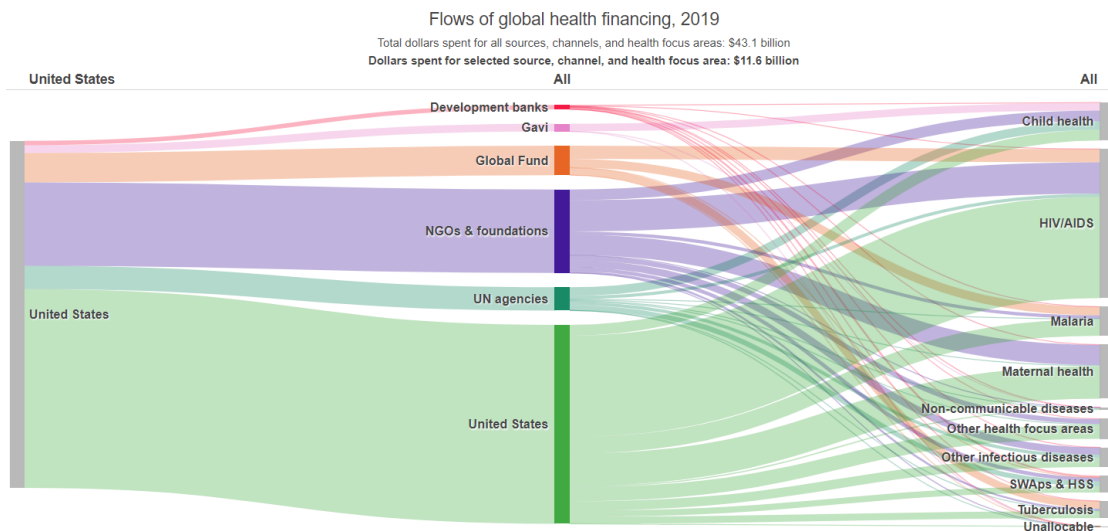
Τα 2/3 της χρηματοδότησης της ΑΒΥ προέρχονται από εθνικές κυβερνήσεις, με τις ΗΠΑ να αποτελούν με μεγάλη διαφορά τον κορυφαίο χρηματοδότη, συνεισφέροντας πάνω από το 1/4 της συνολικής χρηματοδότησης. Το Ηνωμένο Βασίλειο, επίσης, ξεχωρίζει με την συνεισφορά του στην 2^η θέση (9,77% της συνολικής χρηματοδότησης), ενώ όσον αφορά άλλους φορείς, το Ίδρυμα Gates συνεισφέρει

περίπου το 10% της ΑΒΥ για το 2019. Παρακάτω εξετάζεται πιο αναλυτικά η συνεισφορά των ΗΠΑ, του Ηνωμένου Βασιλείου της Γερμανίας (από εθνικές κυβερνήσεις) και του Ιδρύματος Gates, καθώς αποτελούν τους μεγαλύτερους χρηματοδότες, και συνεπώς επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τις παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται.

3.2.1 Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

Η συμμετοχή των ΗΠΑ στην παγκόσμια υγεία είναι πολύπλευρη και περιλαμβάνει διάφορες υπηρεσίες, επιτροπές του Κογκρέσου και πηγές χρηματοδότησης για την υποστήριξη αυτών των προσπαθειών (KFF, 2022). Ως αποτέλεσμα, οι ΗΠΑ συμβάλλουν στην παγκόσμια υγεία μέσω συμπράξεων με τοπικές οργανώσεις, ξένες κυβερνήσεις και διακυβερνητικούς οργανισμούς, συνεργασίες που αναγνωρίζονται ως παραδείγματα επιτυχημένων συνεργασιών δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (Institute of Medicine Committee on the US Commitment to Global Health, 2009).

Γράφημα 3.2.1
Οι Ροές της Χρηματοδότησης της ΑΒΥ από τις ΗΠΑ, 2019



Πηγή: Institute for Health Metrics and Evaluation (2023)

Εξετάζοντας το Γράφημα 3.1.1, η πρώτη παρατήρηση που προκαλεί εντύπωση είναι πως οι ΗΠΑ διοχετεύουν πάνω από την μισή χρηματοδότηση τους (57,5%) μέσω ιδίων καναλιών. Η Υπηρεσία Διεθνούς Ανάπτυξης των ΗΠΑ (United States Agency for International Development – USAID) είναι ο αρμόδιος φορέας της χώρας, του οποίου το Γραφείο Ανθρωπιστικής Βοήθειας (USAID/BHA) είναι υπεύθυνο για την υποστήριξη των πρωτοβουλιών στον τομέα της υγείας (USAID, n.d.). Προτεραιότητα για τις ΗΠΑ, όπως αποτυπώνεται από τις χρηματοροές, αποτελεί η αντιμετώπιση του

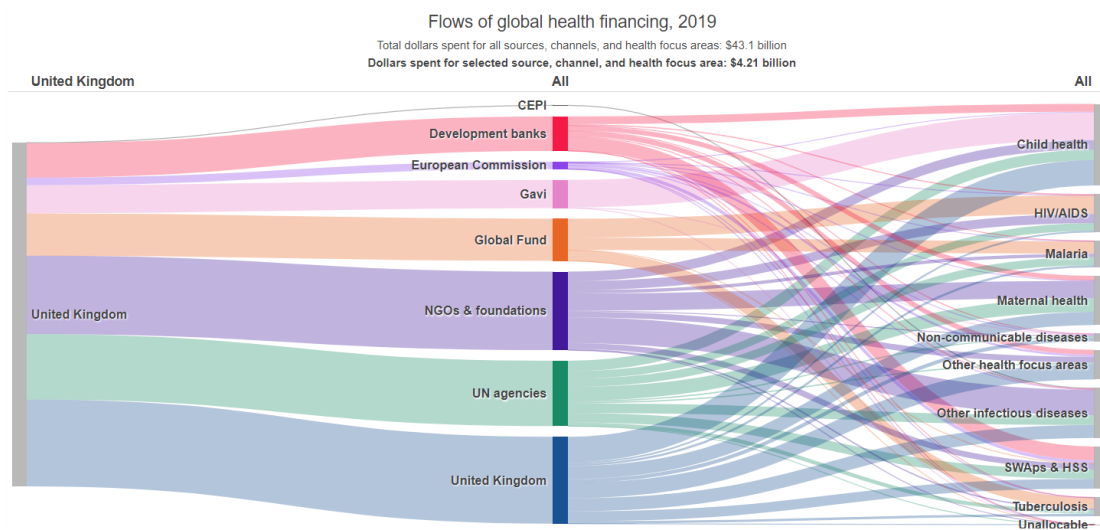
HIV/AIDS, η οποία απορροφάει το 43% της αμερικανικής χρηματοδότησης, με την υγεία των μητέρων (15,7%) και των παιδιών (11,1%) να ακολουθούν.

Παρά τις σημαντικές συνεισφορές των ΗΠΑ, υπάρχουν συνεχείς συζητήσεις σχετικά με την επάρκεια της προσφερόμενης χρηματοδότησης και την ανάγκη για συνεχή υποστήριξη ώστε να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά οι παγκόσμιες προκλήσεις στον τομέα της υγείας. Ενώ, όπως φαίνεται και στον Πίνακα 3.1.1, οι ΗΠΑ είναι ο μεγαλύτερος δωρητής για την παγκόσμια υγεία και συμβάλλει καθοριστικά στις προσπάθειες για την παγκόσμια υγεία, στην πραγματικότητα συνεισφέρουν μικρότερο ποσοστό του Ακαθάριστου Εθνικού Εισοδήματος (GNI) σε σύγκριση με χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο και η Γερμανία (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2017).

3.2.2 Ηνωμένο Βασίλειο

Αντίθετα με τις ΗΠΑ, το Ηνωμένο Βασίλειο διοχετεύει την ΑΒΥ κυρίως μέσω Οργανώσεων και Ιδρυμάτων (43%), με κύρια κανάλια διανομής το GAVI και το Παγκόσμιο Ταμείο. Το μεγαλύτερο ποσοστό της χρηματοδότησης απευθύνεται στις μεταδιδόμενες ασθένειες (συμπεριλαμβανομένου του HIV/AIDS, της Ελονοσίας και της Φυματίωσης) με 38,7%, ενώ ακολουθούν η υγεία των παιδιών (24%) και η υγεία των μητέρων (14,9%). Σημαντικό ποσοστό (13,5%) διοχετεύεται και στην ενδυνάμωση των συστημάτων υγείας.

Γράφημα 3.2.2
Οι Ροές της Χρηματοδότησης της ΑΒΥ από το ΗΒ, 2019



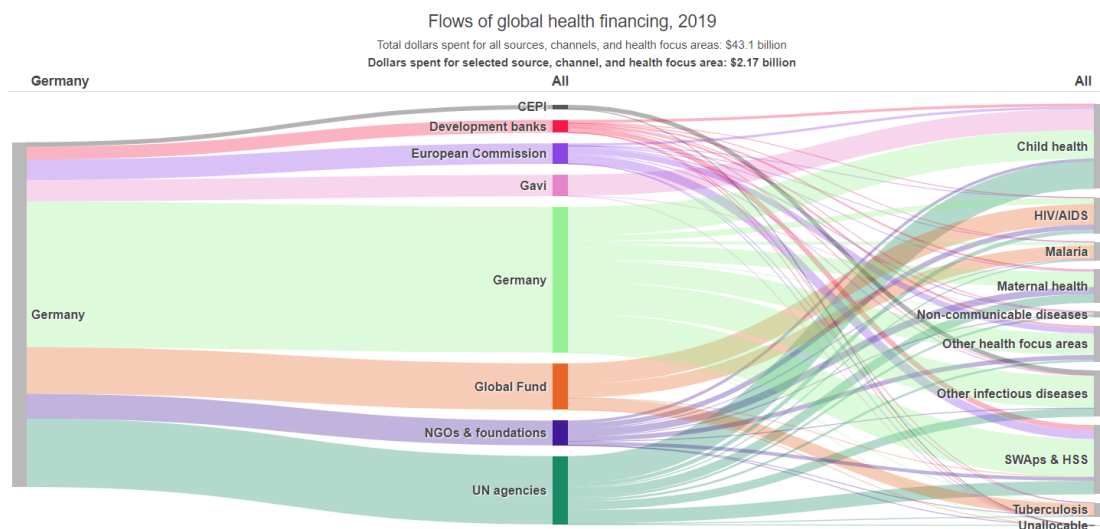
Πηγή: Institute for Health Metrics and Evaluation (2023)

Παρά το γεγονός ότι συμβάλλει σημαντικά στην παγκόσμια υγεία, οι πρόσφατες αλλαγές στον προϋπολογισμό του Ηνωμένου Βασιλείου για την επίσημη αναπτυξιακή βοήθεια δεν έδωσαν προτεραιότητα στην παγκόσμια υγεία ως βασικό τομέα για την κατανομή της χρηματοδότησης, εγείροντας ανησυχίες σχετικά με την έλλειψη σαφούς στρατηγικής για την παγκόσμια υγεία και την υποχρηματοδότηση των υποστηριζόμενων συστημάτων υγείας και του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας (Action for Global Health, n.d.). Χαρακτηριστικά, το 2021 η κυβέρνηση του Ηνωμένου Βασιλείου μείωσε τον ετήσιο προϋπολογισμό της βοήθειας κατά 30%, γεγονός που θα μπορούσε να έχει αρνητικές επιπτώσεις στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας στις χώρες που λαμβάνουν βοήθεια από το Ηνωμένο Βασίλειο (McDade et al., 2023).

3.2.3 Γερμανία

Η Γερμανία έχει υιοθετήσει την προσέγγιση της "Ενιαίας Υγείας" στις παγκόσμιες πρωτοβουλίες της για την υγεία, αναγνωρίζοντας τη διασύνδεση της υγείας του ανθρώπου, των ζώων και του περιβάλλοντος για τη συνολική ευημερία. Η χώρα έχει δώσει έμφαση στην έρευνα και την ανάπτυξη στον τομέα της υγείας, υπογραμμίζοντας τη σημασία της καινοτομίας για την αντιμετώπιση των παγκόσμιων προκλήσεων στην υγεία (GLOHRA, 2022).

Γράφημα 3.2.3
Οι Ροές της Χρηματοδότησης της ΑΒΥ από την Γερμανία, 2019



Πηγή: Institute for Health Metrics and Evaluation (2023)

Η χρηματοδότηση που προσφέρει η Γερμανία διοχετεύεται κυρίως μέσω ιδίων καναλιών (κατά 42%), προσέγγιση που είναι πιο κοντά σε αυτήν των ΗΠΑ παρά του

ΗΒ, με τις Οργανώσεις και τα Ιδρύματα (28%), και τους Οργανισμούς του ΟΗΕ (20%) να ακολουθούν. Από τις 3 χώρες που εξετάζουμε, είναι εκείνη που δίνει τη μεγαλύτερη βαρύτητα σε παρεμβάσεις για την ενδυνάμωση των Συστημάτων Υγείας (20% της χρηματοδότησης απευθύνεται εκεί), ενώ είναι σύμφωνη με την προτεραιοποίηση που έχει αναδειχθεί διεθνώς, όσον αφορά την ανάγκη αντιμετώπισης των μεταδιδόμενων ασθενειών (η οποία απορροφάει το 1/3 της συνολικής χρηματοδότησης), και την ανάγκη προστασίας της υγείας των παιδιών (25% της χρηματοδότησης).

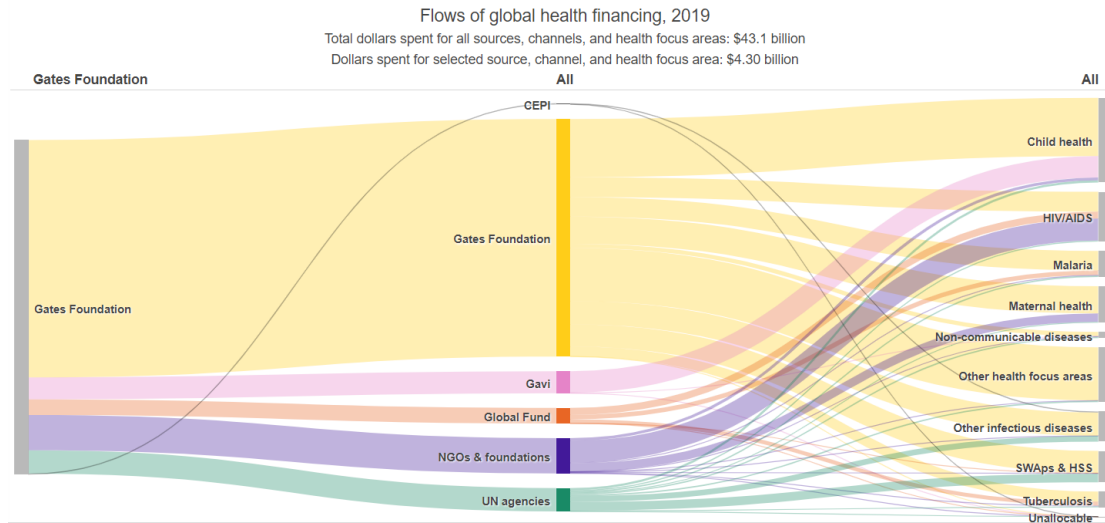
Η Γερμανία έχει δεσμευτεί να αυξήσει ακόμη περισσότερο τους πόρους που διατίθενται για την ενίσχυση των συστημάτων υγείας, αν και δέχεται κριτική πως δεν υπάρχει ακόμη ολοκληρωμένη στρατηγική για τον τομέα αυτό (Munir & Worm, 2016). Σύμφωνα με τις Keller και Bertram (2021), υπάρχει ανάγκη για μεγαλύτερη συνοχή των πολιτικών για την παγκόσμια υγεία από την Γερμανία, ώστε να διασφαλιστεί μια πιο ενιαία και αποτελεσματική προσέγγιση από τους διάφορους κυβερνητικούς βραχίονες που εμπλέκονται σε αντίστοιχες πρωτοβουλίες. Ο κατακερματισμός αυτός που υπάρχει στις πολιτικές παγκόσμιας υγείας ανάμεσα σε διάφορα κυβερνητικά τμήματα, δημιουργεί προβλήματα στον σχεδιασμό και τον συντονισμό, όπως διαπιστώθηκε κατά την έναρξη της πανδημίας COVID-19 (Keller και Bertram, 2021).

3.2.4 Ίδρυμα Gates

Το Ίδρυμα Gates (πλήρες όνομα Bill & Melinda Gates Foundation) ιδρύθηκε με την σημερινή του μορφή το 2000, και έχει αναδειχθεί σε έναν από τους πλέον επιδραστικούς φορείς στον τομέα της παγκόσμιας υγείας. Μέχρι το 2009, έγινε ο τρίτος μεγαλύτερος χρηματοδότης της παγκόσμιας υγείας, πίσω μόνο από τις ΗΠΑ και το Ηνωμένο Βασίλειο (McCoy *et al.*, 2009).

Όπως φαίνεται και στο Γράφημα 3.1.4, πέρα από την χρηματοδότηση ιδίων δράσεων, το Ίδρυμα Gates χρηματοδοτεί και άλλες ΜΚΟ και Ιδρύματα που δρουν στον χώρο της παγκόσμιας υγείας (950 εκ. \$ το 2019), καθώς και – σε μικρότερο βαθμό – οργανισμούς του ΟΗΕ, και κυρίως τον ΠΟΥ (281 εκ. \$ το 2019). Όσον αφορά τα κύρια πεδία χρηματοδότησης, το 36% της συνεισφοράς του Ιδρύματος Gates στοχεύει στην αντιμετώπιση των μεταδιδόμενων ασθενειών, με κύριο αποδέκτη την καταπολέμηση του HIV/AIDS. Επιπλέον, το 25% της χρηματοδότησης αφορά στην υγεία των παιδιών, με το μεγαλύτερο κομμάτι να κατευθύνεται σε προγράμματα εμβολιασμού. Στο πλαίσιο αυτό συνεργάζεται με (και χρηματοδοτεί) το GAVI, που εξειδικεύεται στα προγράμματα εμβολιασμού.

Γράφημα 3.2.4 Οι Ροές της Χρηματοδότησης της ΑΒΥ από το Ίδρυμα Gates, 2019



Πηγή: Institute for Health Metrics and Evaluation (2023)

Αν και το Ίδρυμα Gates είναι διεθνώς αναγνωρισμένο για την δράση του, κατά καιρούς έχει δεχτεί σημαντικές κριτικές, κυρίως ως προς ζητήματα διαφάνειας (Beasley, 2023). Η τεράστια οικονομική δύναμη που έχει αποκτήσει το Ίδρυμα του δίνει δυσανάλογη επιρροή στις πρωτοβουλίες για την παγκόσμια υγεία, την στιγμή που η διαφάνεια και η λογοδοσία θεωρούνται εξαιρετικά περιορισμένες. Επιπλέον, κριτική έχει δεχτεί για την δράση του Bill and Melinda Gates Foundation Trust, μια ξεχωριστή αλλά συνδεδεμένη νομική οντότητα, η οποία διαχειρίζεται επενδύσεις. Χαρακτηριστικά, έχει κατηγορηθεί για ανήθικες επενδύσεις σε εταιρείες των οποίων οι δραστηριότητες είναι αντίθετες με τους στόχους του Ιδρύματος (Pillers *et al.*, 2007).

3.3 Κανάλια Διάχυσης Αναπτυξιακής Βοήθειας για την Υγεία

Οι φορείς που διοχετεύουν την χρηματοδότηση της ΑΒΥ στα διάφορα προγράμματα στην παγκόσμια υγεία, είναι προφανές πως επιτελούν εξίσου σημαντικό ρόλο με τους ίδιους τους χρηματοδότες, καθώς είναι αυτοί που σχεδιάζουν και εφαρμόζουν τις διάφορες παρεμβάσεις. Φυσικά, όπως είδαμε στην προηγούμενη υποενότητα, οι χρηματοδότες διοχετεύουν ένα μέρος της συνεισφοράς τους (άλλοι μεγαλύτερο, άλλοι μικρότερο) μέσω ιδίων καναλιών, και επομένως εμπλέκονται άμεσα σε όλα τα στάδια της ΑΒΥ. Επιπλέον, δεν πρέπει να παραβλέπεται το γεγονός πως όσον αφορά τα πεδία χρηματοδότησης, ακόμα και όταν διοχετεύουν τους πόρους μέσω τρίτων φορέων, η επιλογή των φορέων αυτών και η κατανομή των πόρων μεταξύ τους είναι που καθορίζει την ένταση των παρεμβάσεων στο εκάστοτε πεδίο.

Πίνακας 3.3.1
Μεγαλύτερα Κανάλια Διανομής της ABY, 2019

Κατηγορία	Φορέας	Δις. \$ (2019)	% ABY
Οργανώσεις και Ιδρύματα	Παγκόσμιο Ταμείο	3,50	8,13
	Ίδρυμα Gates	3,05	7,07
	GAVI	2,43	5,64
	<i>Άλλες ΜΚΟ και Ιδρύματα</i>	10,55	24,50
	Σύνολο	19,53	45,34
Οργανισμοί του ΟΗΕ	ΠΟΥ	3,05	7,07
	UNICEF	2,30	5,33
	UNFPA	1,19	2,76
	<i>Άλλοι Οργανισμοί ΟΗΕ</i>	0,82	1,9
	Σύνολο	7,36	17,06
Αναπτυξιακές Τράπεζες	Παγκόσμια Τράπεζα - IDA	1,79	4,75
	Παγκόσμια Τράπεζα - IBRD	0,97	2,26
	<i>Άλλες Αν. Τράπεζες</i>	0,65	1,5
	Σύνολο	3,41	8,51

Πηγή: Institute for Health Metrics and Evaluation (2023) (Ίδιοι υπολογισμοί)

Οι 3 κύριες κατηγορίες καναλιών διανομής της ABY, λοιπόν, είναι οι ΜΚΟ και τα Ιδρύματα, οι Οργανισμοί του ΟΗΕ και οι Αναπτυξιακές Τράπεζες. Μεταξύ τους διαχειρίζονται το 71% των πόρων της ABY. Οι Οργανώσεις και τα Ιδρύματα, συγκεκριμένα, διανέμουν το 45% της ABY, δείγμα του σημαίνοντα ρόλου που έχουν αποκτήσει στην διακυβέρνηση της παγκόσμιας υγείας. Στις επόμενες υποενότητες παρουσιάζονται οι μεγαλύτεροι φορείς εξ' αυτών, και εξετάζεται η χρηματοδότησή τους και τα πεδία δραστηριοποίησής τους στο πλαίσιο της υγείας.

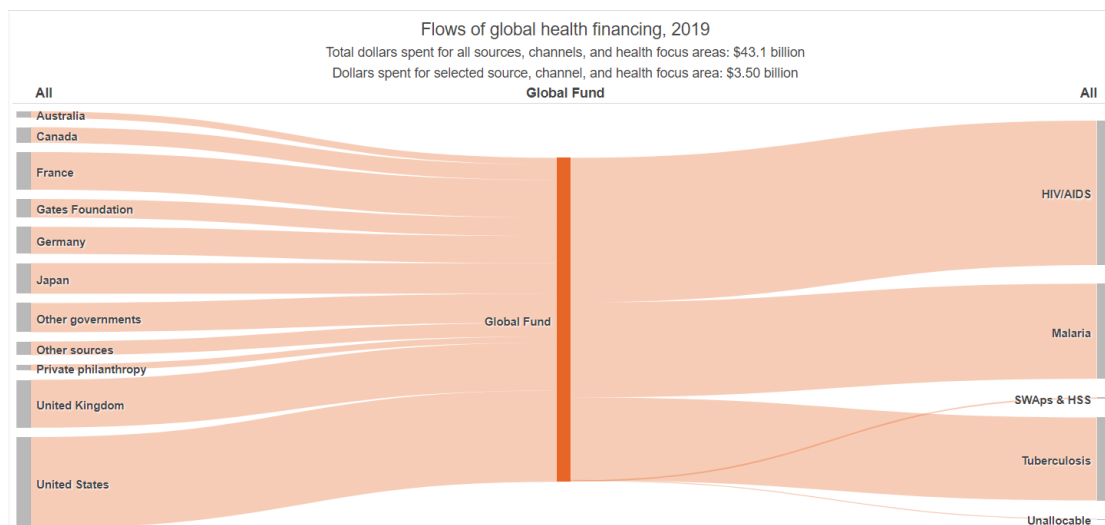
3.3.1 Οργανώσεις και Ιδρύματα

Πέρα από το Ίδρυμα Gates, το οποίο παρουσιάστηκε παραπάνω, σε αυτή την κατηγορία ξεχωρίζουν ακόμη το GAVI και το Παγκόσμιο Ταμείο. Και οι δύο αυτοί φορείς εξειδικεύονται στις παρεμβάσεις τους, υπό την έννοια ότι δραστηριοποιείται ο καθένας σε πολύ συγκεκριμένα πεδία της παγκόσμιας υγείας.

Το Παγκόσμιο Ταμείο για την Καταπολέμηση του AIDS, της Φυματίωσης και της Ελονοσίας (για συντομία «Παγκόσμιο Ταμείο») ιδρύθηκε το 2002 με σκοπό την

αντιμετώπιση των παραπάνω ασθενειών. Πρόκειται για έναν φορέα-«πλαίσιο συνεργασίας» ανάμεσα σε εθνικές κυβερνήσεις, οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών, εξειδικευμένους διακρατικούς φορείς και ιδιωτικούς φορείς. Μέσω του Παγκόσμιου Ταμείου, διοχετεύεται το 76% της διεθνούς χρηματοδότησης για την φυματίωση (Global Fund, n.d.a), το 65% της διεθνούς χρηματοδότησης για την ελονοσία (Global Fund, n.d.b), και το 26% της διεθνούς χρηματοδότησης για τον HIV (Global Fund, n.d.c).

Γράφημα 3.3.1
Χρηματοδότηση Παρεμβάσεων μέσω του Παγκόσμιου Ταμείου, 2019



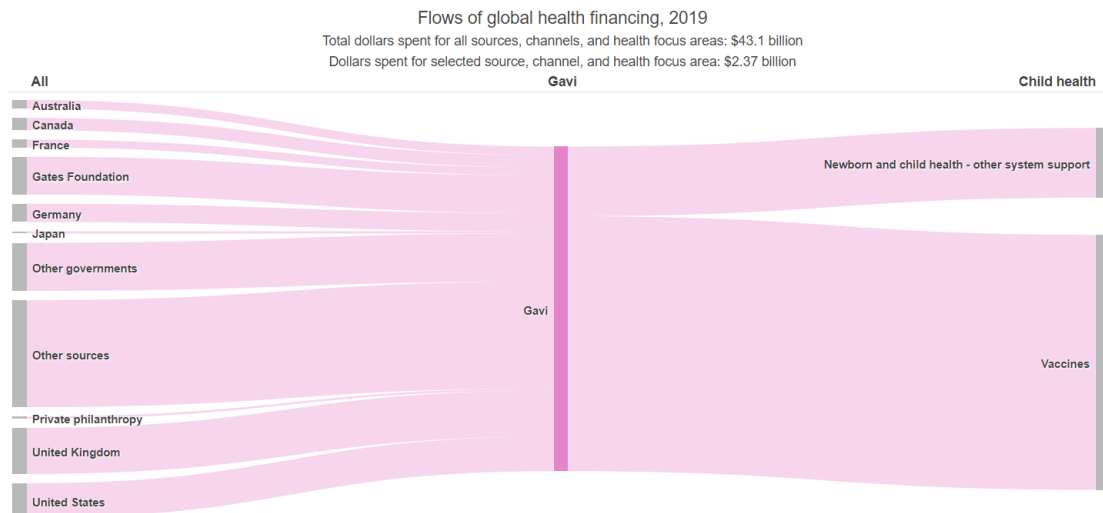
Πηγή: Institute for Health Metrics and Evaluation (2023)

Παρόμοια πρωτοβουλία συνεργασίας σε διεθνές επίπεδο είναι το GAVI (το πλήρες όνομα του οποίου είναι “Gavi, the Vaccine Alliance”), που όπως γίνεται εύκολα κατανοητό εξειδικεύεται σε προγράμματα εμβολιασμού, ιδίως στον εμβολιασμό των παιδιών στις αναπτυσσόμενες χώρες. Ιδρύθηκε το 2000, με στόχο την επιτάχυνση της πρόσβασης σε εμβόλια, την ενίσχυση των συστημάτων υγείας και ανοσοποίησης των χωρών και την προώθηση της υιοθέτησης νέων τεχνολογιών ανοσοποίησης (WHO, n.d.b).

Σύμφωνα με την Ετήσια Έκθεσή του για το 2022, από την ίδρυσή του μέχρι και το 2022 το GAVI έχει υποστηρίξει προγράμματα εμβολιασμού τα οποία έχουν αποτρέψει περισσότερους από 17 εκ. θανάτους, και έχουν αποφέρει στις χώρες αυτές οικονομικά οφέλη της τάξης των 220 δισ. \$ (GAVI, 2022). Για το 2019, το 78,5% του προϋπολογισμού του διοχετεύτηκε για προγράμματα εμβολιασμού παιδιών, με τα

υπόλοιπα να κατευθύνονται σε άλλες παρεμβάσεις προστασίας της υγείας των νεογνών και των παιδιών.

Γράφημα 3.3.2 Χρηματοδότηση Παρεμβάσεων μέσω του GAVI, 2019



Πηγή: Institute for Health Metrics and Evaluation (2023)

Μέσω της δράσης τους, οργανώσεις όπως το Παγκόσμιο Ταμείο και το GAVI προάγουν την πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες υγείας, προσφέροντας ζωτικής σημασίας εμβόλια, φάρμακα και πρόληψη για ασθένειες που απειλούν την ανθρώπινη υγεία. Οι πρωτοβουλίες και οι δράσεις τους έχουν συμβάλει σημαντικά στη μείωση της επιδημιολογικής πίεσης από μεταδοτικές ασθένειες όπως ο HIV/AIDS, η φυματίωση και η ελονοσία. Επίσης, προάγουν την ανάπτυξη ανθρωπιστικών και βιώσιμων υγειονομικών συστημάτων σε χώρες που τα έχουν ανάγκη, ενισχύοντας την ικανότητά τους να αντιμετωπίζουν τις υγειονομικές προκλήσεις.

Η δημιουργία τέτοιων οργανώσεων, στο πλαίσιο της σύγχρονης παγκόσμιας διακυβέρνησης, αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο για την επίτευξη των στόχων βιώσιμης ανάπτυξης και την προαγωγή της κοινωνικής δικαιοσύνης. Συγκεκριμένα στο πεδίο της παγκόσμιας υγείας, ο μετασχηματισμός της οποίας απαιτεί συνεργασία, διαρκή δέσμευση και καινοτόμες λύσεις από όλους τους εμπλεκόμενους, οργανώσεις όπως το Παγκόσμιο Ταμείο και το GAVI είναι στην πρώτη γραμμή αυτής της προσπάθειας.

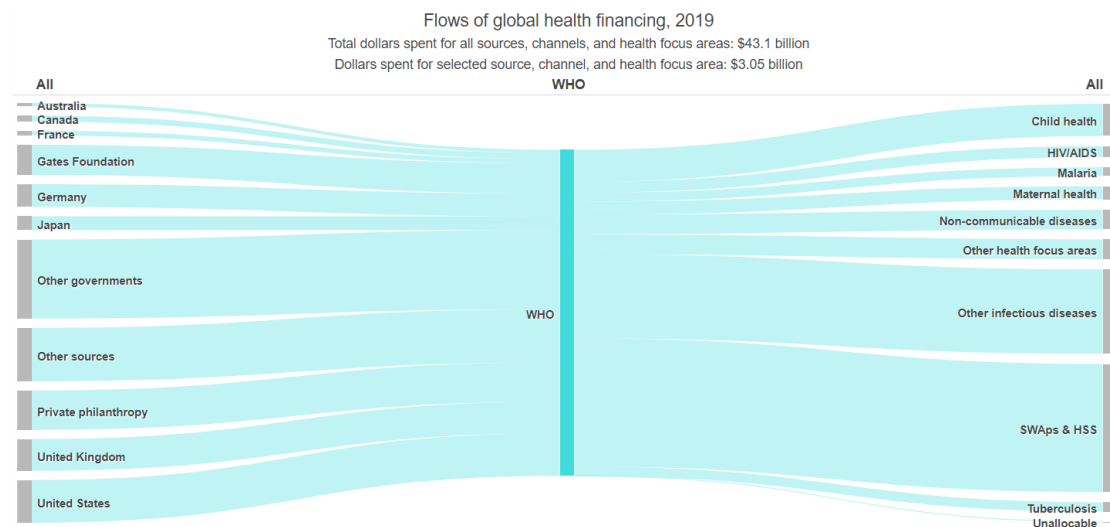
3.3.2 Οργανισμοί του ΟΗΕ

Ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών είναι αναντίρρητα ο μεγαλύτερος διακρατικός φορέας στην ιστορία της ανθρωπότητας και, όπως παρουσιάστηκε στο πρώτο κεφάλαιο, αποτελεί κεντρικό πυλώνα του συστήματος της παγκόσμιας διακυβέρνησης

της υγείας. Οι Στόχοι Βιώσιμης Ανάπτυξης να είναι κοινώς αποδεκτοί ως ο «χάρτης» για την βελτίωση της ποιότητας ζωής παγκοσμίως. Στο πλαίσιο αυτό, οι ειδικευμένοι οργανισμοί του έχουν κεντρικό ρόλο στην διαμόρφωση των δράσεων της διεθνούς κοινότητας σε όλο το φάσμα των παγκόσμιων πολιτικών. Ως κανάλια διάχυσης οι οργανισμοί αυτοί διαχειρίζονται το 17% της ΑΒΥ, όμως αυτό το φαινομενικά σχετικά χαμηλό ποσοστό δεν πρέπει να «επισκιάζει» την συνεισφορά τους σε όλα τα στάδια δημιουργίας και εφαρμογής παρεμβάσεων στην υγεία.

Ο σημαντικότερος οργανισμός στο πεδίο της παγκόσμιας υγείας που δημιουργήθηκε στο πλαίσιο του ΟΗΕ, δεν θα μπορούσε να είναι άλλος από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο οποίος παρουσιάστηκε εκτενώς στο πρώτο κεφάλαιο. Ως προς την διαχείριση κονδυλίων της ΑΒΥ, περίπου το 7% της συνολικής χρηματοδότησης για το 2019 διοχετεύτηκε από τον ΠΟΥ. Όπως φαίνεται και στο Γράφημα 3.2.3, η χρηματοδότηση αυτή διαχέεται σε όλο το εύρος παρεμβάσεων στην παγκόσμια υγεία, με την μεγαλύτερη έμφαση όμως να δίνεται στην ενδυνάμωση των συστημάτων υγείας (39%) και την αντιμετώπιση μεταδιδόμενων ασθενειών (34%).

Γράφημα 3.3.3
Χρηματοδότηση Παρεμβάσεων μέσω του ΠΟΥ, 2019



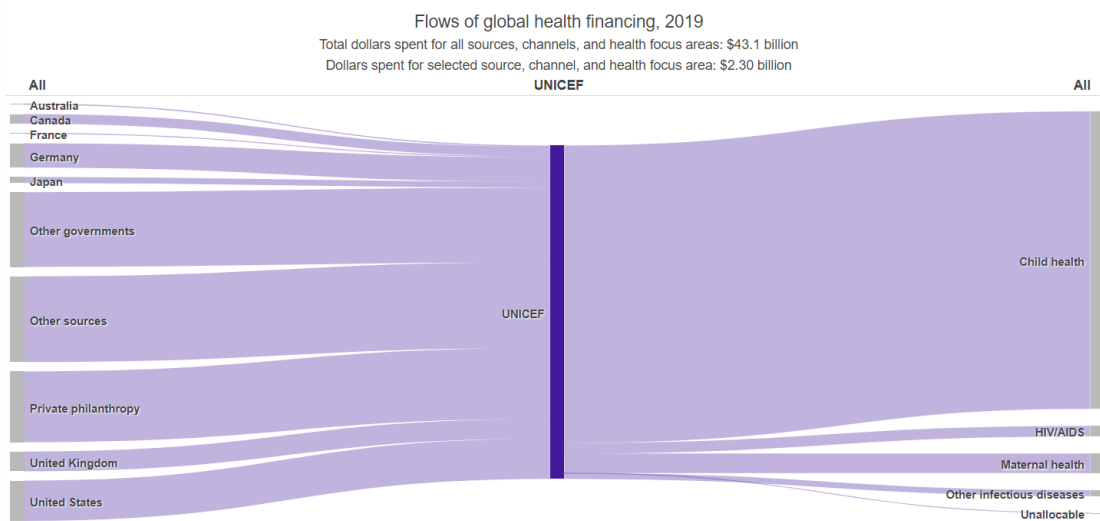
Πηγή: Institute for Health Metrics and Evaluation (2023)

Πέρα, όμως, του ΠΟΥ, και άλλοι οργανισμοί του ΟΗΕ συνεισφέρουν σημαντικά στην διαχείριση των πόρων για την παγκόσμια υγεία, χωρίς απαραίτητα το πεδίο δραστηριοποίησής τους να περιορίζεται εκεί. Χαρακτηριστικό και πολύ γνωστό παράδειγμα αποτελεί η UNICEF (Διεθνές Ταμείο Επείγουσας Βοήθειας για τα Παιδιά του ΟΗΕ). Η UNICEF δημιουργήθηκε το 1946, στον απόηχο του Β' Π.Π., για την

παροχή ρουχισμού, στέγης, φαγητού και υγειονομικής περίθαλψης στα παιδιά στην ρημαγμένη από τον πόλεμο Ευρώπη.

Στα χρόνια που ακολούθησαν το γεωγραφικό πεδίο δράσης της διευρύνθηκε, και μονιμοποιήθηκε ως οργανισμός στο σύστημα του ΟΗΕ (UN, n.d.b). Ως κανάλι διάχυσης τη ΑΒΥ, το 2019 διαχειρίστηκε 2,3 δισ. \$ (περίπου το 5,3% της ΑΒΥ), με την συντριπτική πλειοψηφία (89%) να διοχετεύεται σε παρεμβάσεις που αφορούν άμεσα την υγεία των παιδιών.

Γράφημα 3.3.4 Χρηματοδότηση Παρεμβάσεων μέσω της UNICEF, 2019

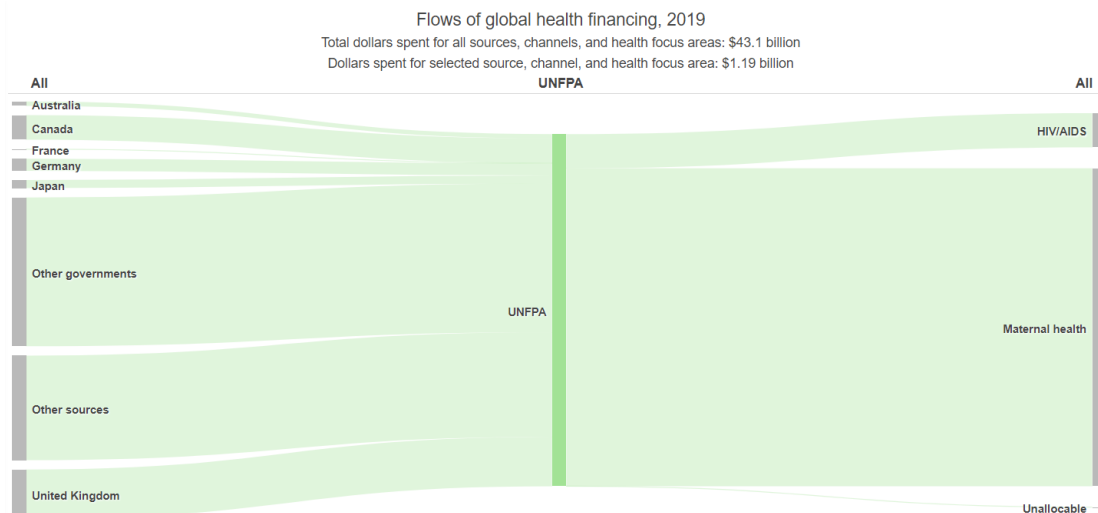


Πηγή: Institute for Health Metrics and Evaluation (2023)

Στα μεγαλύτερα κανάλια διάχυσης της ΑΒΥ, με πάνω από 1 δισ. \$ να διοχετεύονται μέσω αυτού, συγκαταλέγεται και το UNFPA (Ταμείο Πληθυσμού του ΟΗΕ). Ιδρύθηκε το 1969 με κύριο στόχο την προστασία των σεξουαλικών και αναπαραγωγικών δικαιωμάτων, με την πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας να είναι – συνεπώς – κομβική για την επίτευξη του στόχου του (UNFPA, 2023). Η δράση του δεν περιορίζεται μόνο εκεί, όμως, καθώς έχει ενεργό ρόλο στην προστασία των γυναικών, την έμφυλη βία κτλ. Χρηματοδοτείται εξ' ολοκλήρου από εθελοντικές συνεισφορές των εθνικών κυβερνήσεων, διακυβερνητικών οργανισμών, του ιδιωτικού τομέα, και λοιπών ιδρυμάτων και ιδιωτών.

Σε εναρμόνιση με τους σκοπούς του, στο πλαίσιο της ΑΒΥ το UNFPA πραγματοποιεί κυρίως προγράμματα με στόχο την υγεία των μητέρων, με το 90% των πόρων που διαχειρίζεται να διοχετεύονται εκεί. Επικουρικά, σε συνεργασία με άλλους εξειδικευμένους φορείς, κάνει δράσεις και για την αντιμετώπιση του HIV/AIDS.

Γράφημα 3.3.5 Χρηματοδότηση Παρεμβάσεων μέσω του UNFPA, 2019



Πηγή: Institute for Health Metrics and Evaluation (2023)

Με λιγότερους πόρους, συμμετέχουν και άλλοι οργανισμοί του ΟΗΕ στην διάχυση της ΑΒΥ. Συγκεκριμένα, ο Παναμερικανικός Οργανισμός Υγείας (ΡΑΗΟ), το Κοινό Πρόγραμμα του ΟΗΕ για το AIDS (UNAIDS) και η UNITAID διαχειρίστηκαν περίπου 820 εκ. \$ το 2019 στο πλαίσιο της ΑΒΥ.

3.3.3 Παγκόσμια Τράπεζα

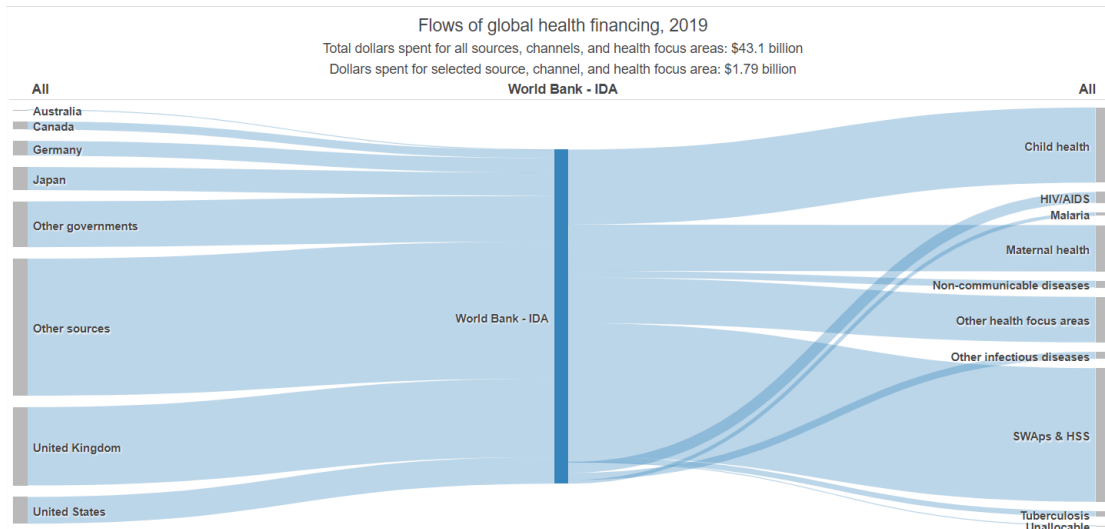
Η Παγκόσμια Τράπεζα ιδρύθηκε μέσα από το Συνέδριο Bretton Woods το 1944, ως η Διεθνής Τράπεζα για την Ανασυγκρότηση και την Ανάπτυξη (International Bank for Reconstruction and Development - IBRD) (World Bank, n.d.). Τις επόμενες δεκαετίες δημιουργήθηκαν μια σειρά από διεθνείς οντότητες για την διεθνή ανάπτυξη, υπό την ομπρέλα του Ομίλου που σήμερα αποκαλούμε Παγκόσμια Τράπεζα.

Οι φορείς της Παγκόσμιας Τράπεζας που εμπλέκονται έντονα στην διοχέτευση της αναπτυξιακής βοήθειας για την υγεία σε παρεμβάσεις, είναι η IBRD και ο Διεθνής Οργανισμός Ανάπτυξης (International Development Association – IDA), ο οποίος ιδρύθηκε το 1960 με στόχο την μείωση της φτώχειας στις αναπτυσσόμενες χώρες μέσω επενδύσεων για την οικονομική τους ανάπτυξη.

Όπως παρουσιάζεται και στα Γραφήματα 3.3.6 - 3.3.7, οι δύο αυτοί φορείς διοχέτευσαν περίπου 2,8 δισ. \$ το 2019 σε παρεμβάσεις στην υγεία μέσω της ΑΒΥ, με τον IDA να διαχειρίζεται το 1,8 δισ. \$. Οι μισοί περίπου πόροι (46%) χρηματοδότησαν την ενδυνάμωση συστημάτων υγείας, με τους υπόλοιπους να κατανέμονται σε όλα τα υπόλοιπα πεδία της παγκόσμιας υγείας. Αξίζει να σημειωθεί πως στην περίπτωση της

IBRD, το σύνολο των πόρων προέρχονται από τις αποπληρωμές προηγούμενων δανείων στο πλαίσιο αναπτυξιακής βοήθειας.

Γράφημα 3.3.6 Χρηματοδότηση Παρεμβάσεων μέσω της Π.Τ. - IDA, 2019



Πηγή: Institute for Health Metrics and Evaluation (2023)

Γράφημα 3.3.7 Χρηματοδότηση Παρεμβάσεων μέσω της Π.Τ. - IBRD, 2019



Πηγή: Institute for Health Metrics and Evaluation (2023)

Εκτός της Παγκόσμιας Τράπεζας, και άλλες αναπτυξιακές τράπεζες συνεισφέρουν στην διαχείριση της DAH. Συγκεκριμένα, η Ασιατική Αναπτυξιακή Τράπεζα, η Διαμερικανική Τράπεζα Αναπτύξεως και η Αφρικανική Τράπεζα Ανάπτυξης διαχειρίστηκαν συνολικά περίπου 650 εκ. \$ το 2019 για παρεμβάσεις στο πλαίσιο της ABY.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Συζήτηση και Συμπεράσματα

Ο αντίκτυπος της Αναπτυξιακής Βοήθειας για την Υγεία στις χώρες χαμηλού εισοδήματος είναι σημαντικός, συμβάλλοντας σε σημαντικά κέρδη στον τομέα της υγείας με την πάροδο των ετών, αλλά κατηγορείται και για την μονιμοποίηση των εύθραυστων συστημάτων υγείας και τους δυσλειτουργικούς θεσμούς στις αναπτυσσόμενες χώρες (Jumbam et al., 2019). Έτσι, παρά τις σημαντικές επενδύσεις και τις επιτυχίες που έχουν επιτευχθεί ανά τα χρόνια, η παγκόσμια υγεία χαρακτηρίζεται ακόμη από ανισότητα αλλά και αναποτελεσματικότητα.

4.1 Κριτικές στο Σύστημα Χρηματοδότησης της Παγκόσμιας Υγείας

Παρά τις διαφορές στις ερευνητικές μεθοδολογίες και τις πολιτικές θέσεις, φαίνεται ότι υπάρχει γενική συναίνεση πως οι πόροι που διατίθενται για την παγκόσμια υγεία είναι ανεπαρκείς (Moon & Omole, 2017). Είναι ευρέως αποδεκτό ότι θα χρειαστεί ουσιαστικότερη διεθνής χρηματοδότηση, ιδίως για να βοηθηθούν τα πιο οικονομικά μειονεκτούντα έθνη. Ωστόσο, δεν υπάρχει συμφωνία σχετικά με το ποιος θα πρέπει να αναλάβει την οικονομική ευθύνη ή ποιος είναι ο καλύτερος τρόπος χρήσης της αναπτυξιακής βοήθειας για την επίτευξη αυτών των στόχων. Προκύπτουν ερωτήματα σχετικά με το πόση χρηματοδότηση θα πρέπει να παρέχεται και με ποια μορφή, σε ποιους πρέπει να διοχετεύεται, και σε ποιες παρεμβάσεις/ στόχους θα πρέπει να δοθεί προτεραιότητα (Bendavid et al., 2017). Ουσιαστικά, λοιπόν, αμφισβητείται η αποτελεσματικότητα αλλά και η νομιμοποίηση των μηχανισμών λήψης αποφάσεων του υφιστάμενου συστήματος.

Ένα ακόμα ζήτημα που ανακύπτει σχετικά με την ΑΒΥ, αφορά το κατά πόσο λειτουργεί συμπληρωματικά στην χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας των κρατών-αποδεκτών ή αν την εκτοπίζει, και υπάρχει διαφωνία σχετικά με το αν αυτό είναι θεμιτό (Sridhar and Woods, 2010; Dykstra et al., 2015). Από την άλλη, υπάρχει και κριτική ως προς τι ποσοστό της ΑΒΥ φτάνει πράγματι στα κράτη-αποδέκτες, και τι ποσοστό παραμένει στις χώρες-δωρητές για διοικητικά έξοδα και λοιπές δαπάνες, χαρακτηριζόμενη ως «βοήθεια-φάντασμα» (“phantom aid”) (Moon & Omole, 2017).

Πέρα, όμως, από την ανάγκη για υψηλότερη χρηματοδότηση, εξίσου σημαντικό πρόβλημα αποτελεί και η μεταβλητότητα (και η συνεπακόλουθη αβεβαιότητα) της χρηματοδότησης. Όπως τονίζουν οι Lane και Glassman (2008), από την στιγμή που οι

παρεμβάσεις πρέπει να σχεδιάζονται σε ένα μακροπρόθεσμο ορίζοντα προκειμένου να επιτευχθούν μόνιμες βελτιώσεις στα συστήματα υγείας και την επιδημιολογική εικόνα, η αβεβαιότητα για την μελλοντική χρηματοδότηση υπονομεύει εξ' ορισμού τον αποτελεσματικό σχεδιασμό τους.

Τέλος, αντικείμενο κριτικής αποτελούν και ζητήματα συντονισμού αλλά και διαφάνειας στο υπάρχον σύστημα χρηματοδότησης της παγκόσμιας υγείας (Moon & Omole, 2017). Όσον αφορά τα προβλήματα συντονισμού, ο κατακερματισμός του συστήματος διακυβέρνησης της παγκόσμιας υγείας ανάμεσα σε πάνω από 200 δρώντες (Hoffman et al., 2015), είναι αναπόφευκτο ότι δημιουργεί κενά και συνθήκες αναποτελεσματικότητας στην ολοκληρωμένη και πολυτομεακή προσέγγιση που απαιτούν οι παγκόσμιες υγειονομικές προκλήσεις. Αντίστοιχα, τα κενά στους μηχανισμούς διαφάνειας που ανακύπτουν σε ένα τέτοιο καθεστώς, και οι έλλειψη σαφών σχέσεων λογοδοσίας, υποβαθμίζουν το όλο εγχείρημα (Sidiropoulos et al., 2021). Στην προηγούμενη ενότητα έγινε αναφορά στην κριτική που έχει ασκηθεί κατά καιρούς στο Ίδρυμα Gates, αλλά η περιορισμένη διαφάνεια και λογοδοσία στην παγκόσμια υγεία αποτελεί σκιά για όλους τους δρώντες, από τις εθνικές κυβερνήσεις μέχρι και μικρές τοπικές οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών.

4.2 Προτάσεις για Βελτίωση του Διεθνούς Συστήματος Υγείας

Οι παραπάνω κριτικές είναι απαραίτητο να λαμβάνονται υπόψιν και να αντιμετωπιστούν, προκειμένου να επιτευχθεί η αναγκαία πρόοδος στην παγκόσμια υγεία, που όπως μας έδειξε και η πανδημία του Covid-19, μας αφορά όλους σε όλα τα επίπεδα (υγεία, κοινωνία, οικονομία, πολιτική σταθερότητα). Γι' αυτό ακριβώς τον λόγο, οι κριτικές από μόνες τους δεν αρκούν, χωρίς να συνοδεύονται και από προτάσεις βελτίωσης του συστήματος διακυβέρνησης της παγκόσμιας υγείας. Οι προτάσεις αυτοί θα πρέπει να αναζητούν ρεαλιστικούς μηχανισμούς για την σταθερή άντληση περισσότερων πόρων για την παγκόσμια υγεία, ικανούς να εξασφαλίσουν την βιώσιμη χρηματοδότηση βασικών παρεμβάσεων. Επιπλέον, θα πρέπει να νομιμοποιούνται οι διαδικασίες λήψης αποφάσεων, το οποίο προϋποθέτει ότι όσοι επηρεάζονται θα συμμετέχουν ουσιαστικά στη διαμόρφωσή τους. Τέλος, είναι απαραίτητες προτάσεις που θα προωθούν τον καλύτερο συντονισμό και θα προσφέρουν μηχανισμούς λογοδοσίας για τα αποτελέσματα, καθώς και για τη συμμόρφωση με τις δεσμεύσεις σχετικά με τη χρηματοδότηση, την παρακολούθηση και τον συντονισμό των παρεμβάσεων.

Όπως είναι φυσικό, κεντρικό ζήτημα που χρειάζεται να αντιμετωπιστεί είναι η (αν)επάρκεια της χρηματοδότησης, καθώς τα σημερινά επίπεδα δεν επιτρέπουν να πραγματοποιηθούν τα αποτελέσματα τα οποία η σύγχρονη ιατρική μας επιτρέπει. Έτσι, η διεθνής βιβλιογραφία έχει δώσει ιδιαίτερη βαρύτητα στην δημιουργία (ή και στην ενίσχυση των ήδη υπάρχοντων) καινοτόμων μηχανισμών χρηματοδότησης (“innovative financing mechanisms”) (Atun et al., 2012). Είναι σημαντικό να σημειωθεί πως οι μηχανισμοί αυτοί δεν εξυπηρετούν μόνο την αύξηση των πόρων, αλλά και την σταθεροποίησή τους, ώστε να αντιμετωπιστεί η μεταβλητότητα και τα προβλήματα που αυτή δημιουργεί, όπως αναφέρθηκε στην προηγούμενη υποενότητα.

Ένας από τους πιο χαρακτηριστικούς τέτοιους μηχανισμούς, ο οποίος ήδη εφαρμόζεται από το 2006, αφορά ένα ειδικό φόρο στα αεροπορικά εισιτήρια (Air Ticket Solidarity Levy). Την καινοτομία αυτή την εισήγαγε πρώτη η Γαλλία, υπό την Προεδρεία του Jacques Chirac, ενώ σύντομα ακολούθησε και η Βραζιλία (Gartner, 2015). Οι δύο αυτές χώρες πρωτοστάτησαν στην δημιουργία της Unitaid, μίας διεθνούς πρωτοβουλίας με σκοπό την αντιμετώπιση των μη μεταδιδόμενων ασθενειών στις χώρες χαμηλού και χαμηλότερου μεσαίου εισοδήματος. Ο ειδικός αυτός φόρος εφαρμόζεται σήμερα σε λίγες χώρες, και αναγνωρίζεται για την αποτελεσματικότητά του και την επιτυχία της Unitaid (Song & Pyun, 2022). Μέχρι το 2013, η Unitaid είχε λάβει 1,4 Δισ. \$ μόνο μέσω του φόρου αυτού (Gartner, 2015). Η επιβάρυνση που επιφέρει ένας τέτοιος φόρος επί της τιμής του εισιτηρίου είναι πολύ χαμηλή, οι διοικητικές διαδικασίες που απαιτεί είναι απλές και διαφανείς, και οι έρευνες έχουν δείξει πως δεν επηρεάζει αρνητικά τον κλάδο των αερομεταφορών (Nabyonga-Orem et al., 2023). Γίνεται εύκολα αντιληπτό, λοιπόν, πως η ευρεία υιοθέτηση αυτού του μέτρου θα δημιουργούσε σημαντικούς επιπλέον πόρους για την χρηματοδότηση της παγκόσμιας υγείας.

Πέραν του παραπάνω φόρου στις αερομεταφορές, υπάρχουν και άλλοι φόροι που χρησιμοποιούνται ως μέσο άντλησης πόρων για συγκεκριμένους σκοπούς (ή ως αποτρεπτικοί), και θα μπορούσαν να ενισχύσουν την χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας των αναπτυσσόμενων χωρών. Χαρακτηριστικότερο παράδειγμα είναι οι φόροι αμαρτίας (“sin taxes”) ή φόροι υγείας, όπως τους αποκαλεί ο ΠΟΥ. Αυτοί οι φόροι επιβάλλονται σε προϊόντα βλαβερά για την υγεία (τσιγάρα, αλκοόλ κτλ.), με σκοπό αφενός να μειώσουν την κατανάλωσή τους, αφετέρου να ενισχύσουν τον κρατικό προϋπολογισμό (WHO, n.d.c). Έτσι, ο ΠΟΥ προσφέρει υποστήριξη σε χώρες για τον σχεδιασμό και την εφαρμογή τέτοιων μέτρων (Jeremias, 2023). Πέραν από την

αντιμετώπιση των μη μεταδιδόμενων νοσημάτων, στις αναπτυσσόμενες χώρες τα έσοδα από αυτά τα μέτρα μπορούν να διοχετεύονται στα συστήματα υγείας τους. Τέλος, φόροι που μπορούν να συμβάλλουν στην χρηματοδότηση της παγκόσμιας υγείας είναι εκείνοι που επιβάλλονται στην εκπομπή ρύπων. Χαρακτηριστικά, η Νορβηγία, εκ των πρώτων μελών της Unitaid, την χρηματοδοτεί όχι μέσω κάποιου φόρου στα αεροπορικά εισιτήρια, αλλά με μέρος από τους φόρους που συλλέγει για την εκπομπή διοξειδίου του άνθρακα (Unitaid, 2016).

Άλλος ενδιαφέρον καινοτόμος μηχανισμός χρηματοδότησης, που έχει αρχίσει να χρησιμοποιείται και πρέπει να διευρυνθεί, είναι αυτός της «ανταλλαγής ομολόγων» (bond swaps). Πρόκειται, ουσιαστικά, για συμφωνία ανάμεσα σε δανειστή και δανειζόμενο, όπου μέρος του χρέους διαγράφεται και πόροι ανακατευθύνονται σε συγκεκριμένες παρεμβάσεις εντός της χώρας. Στο πεδίο της παγκόσμιας υγείας, πρωτοπόρος στον παραπάνω μηχανισμό είναι το Παγκόσμιο Ταμείο, στο πλαίσιο του οποίου οι χώρες μέλη συνάπτουν τέτοιου είδους συμφωνίες, μέσω του προγράμματος Debt2Health. Μέχρι σήμερα, Αυστραλία, Γερμανία και Ισπανία έχουν συνάψει συμφωνίες με 10 δανειζόμενους, που έχουν αποφέρει 226 εκ. \$ σε παρεμβάσεις υγείας για τις 3 ασθένειες που καταπολεμά το Παγκόσμιο Ταμείο σε αυτές τις χώρες (Global Fund, 2022). Ο μηχανισμός αυτός, λοιπόν, μπορεί και πρέπει να διευρυνθεί και σε άλλα πεδία της παγκόσμιας υγείας με την διαμεσολάβηση και άλλων αντίστοιχων οργανώσεων (πχ. Το GAVI).

Σύμφωνα με το Global Development Incubator (2014), οι καινοτόμοι μηχανισμοί χρηματοδότησης συνεισέφεραν 94 Δισ. \$ μεταξύ 2000 και 2014 στα αναπτυξιακά προγράμματα. Αυτό δείχνει τις προοπτικές που μπορεί να έχει η λελογισμένη διεύρυνση των παραπάνω μηχανισμών. Φυσικά, όμως, η νομιμοποίηση της άντλησης περισσότερων πόρων για την παγκόσμια υγεία ξεκινάει από την τήρηση των υπάρχοντων δεσμεύσεων από τους διάφορους δρώντες. Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ (2016), λίγα μόλις από τα κράτη που συνεργάζονται στο πλαίσιο του συνεισφέρουν το συμφωνηθέν 0,7% του ακαθάριστου εθνικού τους εισοδήματος στην αναπτυξιακή βοήθεια, και όχι πάντα με συνέπεια.

Η αναγκαία αύξηση των πόρων, όμως, πρέπει να συνοδευτεί και από καλύτερους μηχανισμούς συντονισμού και διαφάνειας προκειμένου να επιφέρει τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα. Τα προβλήματα αυτά έχουν αναγνωριστεί και προσπάθειες να αντιμετωπιστούν έχουν γίνει, όπως η Διακήρυξη των Παρισίων για την Αποτελεσματικότητα της Βοήθειας του 2005 και το επακόλουθο Χρονοδιάγραμμα

Δράσης της Accra το 2008 (OECD, n.d.). Ωστόσο, ο μεγάλος αριθμός των κύριων δρώντων καθιστά τον συντονισμό εξαιρετικά δύσκολο. Στην βιβλιογραφία έχει προταθεί ακόμα και η συγχώνευση φορέων, όπως ο GAVI και το Παγκόσμιο Ταμείο, για την καλύτερη οργάνωση του συστήματος (Dybul et al., 2012).

Επιπλέον, η αποτελεσματική λογοδοσία και η διαφάνεια απαιτούν την πλήρη ενσωμάτωση των διαθέσιμων τεχνολογικών εργαλείων για τη συλλογή, ανάλυση και διαχείριση προγραμματικών και οικονομικών δεδομένων, καθώς και πληροφοριών σχετικά με τους ανθρώπινους πόρους, την υλικοτεχνική υποδομή και άλλες πτυχές της διαχείρισης των προγραμμάτων υγείας (Dybul et al., 2012). Τα εργαλεία αυτά είναι απαραίτητο να ενταχθούν στις διαδικασίες και των χιλιάδων μικρότερων οργανισμών που δρουν στον χώρο της υγείας, σε τοπικό, εθνικό και διεθνές επίπεδο, για την αποτελεσματικότερη διαχείριση των πόρων τους και των προγραμμάτων τους (Efthymiou et al., 2023). Για παράδειγμα, εργαλεία που βασίζονται στην τεχνητή νοημοσύνη μπορούν να εξορθολογίσουν τις διοικητικές διαδικασίες, να διευκολύνουν την δημιουργία υλικού (πχ. για καμπάνιες ευαισθητοποίησης ή ενημέρωσης δράσεων) με μικρότερο κόστος και να βελτιστοποιήσουν εν γένει την κατανομή των πόρων, επιτρέποντας έτσι στις ΜΚΟ και τα Ιδρύματα να λειτουργούν πιο αποδοτικά και με μεγαλύτερη διαφάνεια.

4.3 Συμπεράσματα

Στο πλαίσιο της εργασίας, αποκαλύπτεται η πολυπλοκότητα των χρηματοδοτικών διαδικασιών και η σημασία των μεγάλων χρηματοδοτών της υγείας στην παγκόσμια σκηνή. Οι κυβερνήσεις, οι οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών, τα ιδρύματα και οι οργανισμοί του ΟΗΕ αναδεικνύονται ως καίριοι παράγοντες στη χρηματοδότηση της παγκόσμιας υγείας και τη διαχείριση των πόρων που διοχετεύονται για αυτή. Όπως είναι επόμενο, οι μεγαλύτεροι χρηματοδότες, σε συνεργασία με τα μεγαλύτερα κανάλια διάχυσης των πόρων, είναι και αυτοί που καθορίζουν τις προτεραιότητες στην παγκόσμια υγεία, μέσω της χρηματοδότησης των αντίστοιχων παρεμβάσεων.

Όπως παρουσιάστηκε στο κεφάλαιο 2, από το 1990 έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος στην αντιμετώπιση μεταδιδόμενων ασθενειών όπως ο HIV/AIDS, η ελονοσία και η φυματίωση, καθώς και στην υγεία των μητέρων. Τα χρηματοδοτικά κενά που υπάρχουν στην υγεία στις αναπτυσσόμενες χώρες, έρχεται να τα καλύψει (ως ένα βαθμό) η αναπτυξιακή βοήθεια για την υγεία, ως το κύριο εργαλείο χρηματοδότησης της παγκόσμιας υγείας. Οι εθνικές κυβερνήσεις, οι οποίες χρηματοδοτούν περίπου τα

2/3 της ABY, καθώς και οι μη κερδοσκοπικές οργανώσεις και τα φιλανθρωπικά ιδρύματα, αποτελούν τους πρωτεργάτες χρηματοδότησης αυτής της προσπάθειας, ενώ οργανισμοί όπως ο GAVI, το Παγκόσμιο Ταμείο και το ίδρυμα GATES, μαζί με οργανισμούς του ΟΗΕ και την Παγκόσμια Τράπεζα, σχεδιάζουν και εφαρμόζουν προγράμματα στις χώρες που το έχουν ανάγκη. Η χαρτογράφηση αυτή των χρηματοροών της ABY αποτυπώνει και ταυτίζεται με τις «πολιτικές» δομές του συστήματος διακυβέρνησης της παγκόσμιας υγείας, όπως αυτές αναλύθηκαν στο κεφάλαιο 1.

Οι επιτυχίες που έχουν σημειωθεί τα τελευταία 30 χρόνια στην παγκόσμια υγεία, όσον αφορά τόσο την αντιμετώπιση ασθενειών και την μείωση των DALYs, όσο και την αύξηση που έχει σημειωθεί στους πόρους που διοχετεύονται στην παγκόσμια υγεία, είναι ένα κεκτημένο το οποίο οφείλεται να αναγνωρίζεται. Ωστόσο, αυτό δεν σημαίνει ότι δεν πρέπει να αναζητούνται τα προβλήματα που μπορεί να προκύπτουν στο υπάρχον σύστημα, καθώς και τρόποι βελτίωσης της διακυβέρνησης της παγκόσμιας υγείας.

Η παραπάνω ανάλυση αναδεικνύει την ανάγκη για στρατηγικές συνεργασίας και καλύτερο συντονισμό μεταξύ των εμπλεκόμενων φορέων, προκειμένου να επιτευχθεί η πλέον αποτελεσματική χρήση των πόρων και να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά οι παγκόσμιες προκλήσεις στον τομέα της υγείας. Επιπλέον, ο αυξανόμενος αριθμός των φορέων που εμπλέκονται στην παγκόσμια διακυβέρνηση της υγείας, και οι πόροι που καλούνται να διαχειριστούν, δημιουργούν μεγαλύτερες ανάγκες για διαφάνεια, λογοδοσία και αξιολόγηση των προγραμμάτων και των επενδύσεων τους. Μόνο με αυτόν τον τρόπο θα είναι δυνατή η δημιουργία βιώσιμων συστημάτων υγείας που θα εξυπηρετούν τις ανάγκες των πολιτών σε παγκόσμιο επίπεδο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Action for Global Health. (n.d.). *The UK and Global Health*. Διαθέσιμο στο: <https://actionforglobalhealth.org.uk/the-uk-and-global-health/>
- Adams, V., Novotny, T., Leslie, H. (2008). Global Health Diplomacy. *Medical Anthropology*, 27(4), 315-323. DOI: 10.1080/01459740802427067
- 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>
- Atun, R., Knaul, F. M., Akachi, Y., & Frenk, J. (2012). Innovative financing for health: what is truly innovative?. *Lancet*, 380(9858), 2044–2049. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61460-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61460-3)
- Beasley, S. (2023). *Gates CEO Mark Suzman takes on foundation's critics in annual letter*. Devex. Διαθέσιμο στο: <https://www.devex.com/news/gates-ceo-mark-suzman-takes-on-foundation-s-critics-in-annual-letter-104744>
- Bendavid, E., Ottersen, T., Peilong, L., Nugent, R., Padian, N., Rottingen, J. A., & Schäferhoff, M. (2017). Development Assistance for Health. In Jamison, D. T. et al. (Eds). *Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty*. (3rd ed.). The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30212164/>
- Birn, A. E. (2009). The Stages of International (Global) Health: Histories of Success or Successes of History?. *Global Public Health*, 4(1), 50-68.
- Borowy, I. (2011). International Health Work: The Beginnings. *Michael*, 8(2), 210–221.
- 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.
- Cueto, M., Brown, T. M. and Fee, E. (2019). *The World Health Organization: A History*. UK: Cambridge University Press.

- Dybul, M., Piot, P., and Frenk, J. (2012). *Reshaping global health*. Policy Review 173, <http://www.hoover.org/research/reshaping-global-health>
- Dykstra, S., Glassman, A., Kenny, C. and Sandefur, J. (2015). *The Impact of Gavi on Vaccination Rates: Regression Discontinuity Evidence*. Working Paper 394, Center for Global Development, Washington DC. Διαθέσιμο στο: <https://www.cgdev.org/publication/impact-gavi-vaccination-rates-regression-discontinuity-evidence-working-paper-394>
- Efthymiou, I. P., Egleton, T. W. E., Chatzivasileiou, S., & Emmanouil-Kalos, A. (2023). Artificial Intelligence and the Future for Charities. *International Journal of Non-Profit Sector Empowerment*, 2(1), e35345. <https://doi.org/10.12681/npse.35345>
- Fauci, A. S. (2007). The expanding global health agenda: a welcome development. *Nature Medicine*, 13(10), 1169-1171.
- Fazal, T. (2020). Health Diplomacy in Pandemical Times. *International Organization*, 74(S1), E78-E97. <https://doi.org/10.1017/S0020818320000326>
- Frenk, J. & Moon, S. (2013). Governance Challenges in Global Health. *The New England Journal of Medicine*, 368, 936-942. DOI: 10.1056/NEJMra11
- Gartner, D. (2015). Innovative financing and sustainable development: lessons from global health. *Washington International Law Journal*, 24, 495.
- GAVI. (2022). *Gavi's impact on the world in 2022: 7 key statistics*. Διαθέσιμο στο: <https://www.gavi.org/vaccineswork/gavis-impact-world-2022-7-key-statistics>
- Global Burden of Disease Collaborative Network. (2020). *Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019)*. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).
- Global Development Incubator. (2014). *Innovative Financing for Development*. Global Development Incubator. <https://globaldevincubator.org/wp-content/uploads/2023/10/Innovative-Financing-for-Development.pdf>
- Global Fund. (n.d.a). *Tuberculosis*. Διαθέσιμο στο: <https://www.theglobalfund.org/en/tuberculosis/>

Global Fund. (n.d.b). *Malaria*. Διαθέσιμο στο:
<https://www.theglobalfund.org/en/malaria/>

Global Fund. (n.d.c). *HIV and AIDS*. Διαθέσιμο στο:
<https://www.theglobalfund.org/en/hivaids/>

Global Fund. (2022). *Debt2Health: Collaboration Through Financial Innovation*. Διαθέσιμο στο:
https://www.theglobalfund.org/media/12284/publication_debt2health_overview_en.pdf

GLOHRA. (2022). *Maximizing the Impact of German Engagement in Global Health*. German Alliance for Global Health Research (GLOHRA) and Value for Good GmbH. Διαθέσιμο στο:
https://globalhealth.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/ohne_AZ/m_cc11/globalhealth/Dokumente/220405_GLOHRA_Engaged_complete.pdf

Harmer, A. (2018). *Governing The Global Health System – A Critical Review*. Διαθέσιμο στο: <https://andrewharmer.org/2018/06/14/governing-the-global-health-system-a-critical-review/>

Hein, W. & Kohlmorgen, L. (2008). *Global Health Governance. Conflicts on Global Social Rights*. *Global Social Policy*, 8(1), 80–108.

Hoffman, S. J., Cole, C., and Pearcey, M. (2015). *Mapping Global Health Architecture to Inform the Future*. Research Paper, Chatham House, London, https://www.chathamhouse.org/sites/default/files/field/field_document/20150120_GlobalHealthArchitectureHoffmanColePearcey.pdf

Institute for Health Metrics and Evaluation (2011). *Financing Global Health 2011: Continued Growth as MDG Deadline Approaches*. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation). Διαθέσιμο στο: <https://www.healthdata.org/research-analysis/library/financing-global-health-2011-continued-growth-mdg-deadline-approaches>

Institute for Health Metrics and Evaluation (2023). *Financing Global Health*. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2023. Διαθέσιμο στο: <http://vizhub.healthdata.org/fgh/>. (Accessed 27 August 2023).

- Institute for Health Metrics and Evaluation. (n.d.). *GBD concepts and terms defined*. Available at: <https://www.healthdata.org/research-analysis/about-gbd>
- Institute of Medicine (US) Committee on the US Commitment to Global Health. (2009). The US commitment to global health: recommendations for the public and private sectors. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK23794/>
- Jeremias, P. (2023). *Promoting Health through Fiscal Measures*. Joint meeting on NCDs and Law with the Caribbean Public Health Law Forum and on Health Tax Policies. Διαθέσιμο στο: <https://www.paho.org/en/documents/promoting-health-through-fiscal-measures>
- Jumbam, D.T., Vervoort, D., Park, K.B. (2019). Development Assistance for Health in Low-Income Countries. *JAMA*, 322(15), 1517–1518. doi:10.1001/jama.2019.12922
- Keller, J. M. & Bertram, K. (2021). Germany’s Role in Global Health After the September 2021 Election. Center for Global Development. Διαθέσιμο στο: <https://www.cgdev.org/blog/germanys-role-global-health-after-september-2021-election>
- KFF. (2022). *The U.S. Government and Global Health*. Διαθέσιμο στο: <https://www.kff.org/global-health-policy/fact-sheet/the-u-s-government-and-global-health/>
- Kickbusch, I. (2011). Global health diplomacy: how foreign policy can influence health. *British Medical Journal*, 342, d3154. <https://doi.org/10.1136/bmj.d3154>
- Kickbusch, I. (n.d.). *Advancing the Global Health Agenda*. United Nations. <https://www.un.org/en/chronicle/article/advancing-global-health-agenda>
- 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.
- Kraus, J., Yamey, G., Schäferhoff, M., Petitjean, H., Hale, J., Karakulah, K., Kardish, C., Pineda, E., Sanders, F., Beyeler, N., Fewer, S., Nugent, R., Jamison, D. T.,

- Oppenheim, B., & Gill, I. (2020). Measuring development assistance for health systems strengthening and health security: an analysis using the Creditor Reporting System database. *F1000Research*, 9, 584. <https://doi.org/10.12688/f1000research.24012.1>
- Lane, C. and Glassman, A. (2008). *Smooth and Predictable Aid for Health: A Role for Innovative Financing?*. Washington, DC: Brookings Institution. Διαθέσιμο στο: https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/06/08_global_health_glassman.pdf
- Lee, K., & Smith, R. (2011). Global health diplomacy: A conceptual review. *Global Health Governance*, 5(1). https://www.researchgate.net/publication/261833347_What_is_'Global_Health_Diplomacy'_A_Conceptual_Review
- Leon, J. K. (2015). *The Rise of Global Health: The Evolution of Effective Collective Action*. Albany, NY: State University of New York Press.
- McCarthy, M. (2002). A brief history of the World Health Organization. *The Lancet*, 360(9340), 1111-1112.
- McCoy, D., Chand, S., & Sridhar, D. (2009). Global health funding: how much, where it comes from and where it goes. *Health Policy and Planning*, 24(6), 407-417. <https://doi.org/10.1093/heapol/czp026>
- McDade, K. K., Mao, W., Prizzon, A., Huang, R. W., & Ogbuoji, O. (2023). United Kingdom aid cuts: implications for financing health systems. *Frontiers in public health*, 11, 1096224. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1096224>
- 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.
- 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>

- Moitra M, Cogswell I, Maddison E, *et al.* (2021). Factors associated with the disbursements of development assistance for health in low-income and middle-income countries, 2002–2017. *BMJ Global Health*, 6, e004858.
- Moon, S., & Omole, O. (2017). Development assistance for health: critiques, proposals and prospects for change. *Health Economics, Policy and Law*, 12(2), 207–221. doi: 10.1017/S1744133116000463
- Munir, K., & Worm, I. (2016). Health systems strengthening in German development cooperation: making the case for a comprehensive strategy. *Globalization and health*, 12(1), 81. <https://doi.org/10.1186/s12992-016-0215-3>
- Nabyonga-Orem, J., Christmals, C. D., Addai, K. F., Mwinga, K., Karenzi-Muhongerwa, D., Namuli, S., & Asamani, J. A. (2023). The nature and contribution of innovative health financing mechanisms in the World Health Organization African region: A scoping review. *Journal of global health*, 13, 04153. <https://doi.org/10.7189/jogh.13.04153>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2017). *Global Health and the Future Role of the United States*. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK458469/>
- OECD. (2016). *History of the ODA 0.7 Percent Target*. OECD. <https://web.archive.org/2019-04-25/104936-ODA-history-of-the-0-7-target.pdf>
- OECD. (n.d.). *Paris Declaration and Accra Agenda for Action*. <https://www.oecd.org/dac/effectiveness/parisdeclarationandaccraagendaforaction.htm>
- Pillers, C., Sanders, E., & Dixon, R. (2007). *Dark cloud over good works of Gates Foundation*. Los Angeles Times. <http://www.latimes.com/news/lanagatesx07jan07,0,2533850.story>
- Ruckert, A., Labonté, R., Lencucha, R., Runnels, V., Gagnon, M. (2016). Global health diplomacy: A critical review of the literature. *Social Science & Medicine*, 155, 61–72. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.03.004>
- Seear, M. and Ezezika, O. (2017). *An Introduction to Global Health* (3rd Edition). Toronto: Canadian Scholars.

- Shi, J., Jin, Y., & Zheng, Z. (2023). Addressing global health challenges requires harmonised and innovative approaches to the development assistance for health. *BMJ global health*, 8(5), e012314. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-012314>
- 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. <https://doi.org/10.12681/hapscpbs.29516>
- 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.
- Song, J., & Pyun, L. (2022). Innovative Development Finance for Health Sector Development: Focusing on the Air Ticket Solidarity Levy System in the Republic of Korea. *Sustainability*, 14(5), 2766. <https://doi.org/10.3390/su14052766>
- 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>
- Sridhar, D. and Woods, N. (2010). Are there simple conclusions on how to channel health funding?. *Lancet*, 375(9723), 1326–1328.
- 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>
- UNFPA. (2023). *Our History*. Διαθέσιμο στο: <https://www.unfpa.org/about-us>
- Unitaid (2016). *Unitaid at 10: Accelerating Innovation in Global Health*. Διαθέσιμο στο: <https://unitaid.org/assets/Unitaid-at-10-booklet-EN.pdf>
- United Nations (n.d.a). *Sustainable Development Goals*. Διαθέσιμο στο: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/>.

United Nations (n.d.b). *UNICEF*. Διαθέσιμο στο: <https://www.un.org/en/ccoi/unicef-united-nations-childrens-fund>

USAID. (n.d.). *Health*. Διαθέσιμο στο: <https://www.usaid.gov/humanitarian-assistance/humanitarian-sectors/health>

Valenza, D. (2020). The irresistible rise of Health Diplomacy: Why narratives matter in the time of covid-19. *The United Nations University Institute on Comparative Regional Integration Studies*. <https://cris.unu.edu/health-diplomacy-narratives>

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

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

WHO (n.d.a). *Sustainable Development Goals*. <https://www.who.int/europe/about-us/our-work/sustainable-development-goals>

WHO. (n.d.b). *Global health partnerships: GAVI Alliance*. Διαθέσιμο στο: <https://www.who.int/europe/about-us/partnerships/partners/global-health-partnerships/gavi-alliance>

WHO (n.d.c). *Health Taxes*. Διαθέσιμο στο: https://www.who.int/health-topics/health-taxes#tab=tab_1

WHO Eastern Mediterranean Region. (2016, May 06). *Health diplomacy: Framing diplomacy through a health lens*. <https://www.youtube.com/watch?v=vRRJ6iGB2pE>

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>

World Bank (2022). *Health*. <https://www.worldbank.org/en/topic/health> (Accessed: 23 October 2023).

World Bank. (2024). *World Bank Country and Lending Groups*. <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>

World Bank. (n.d.). *Explore History*. <https://www.worldbank.org/en/archive/history#>

Youde, J. (2018). Development Assistance for Health. In *Global Health Governance in International Society*, Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780198813057.003.0006>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Παράρτημα 1: Κατηγοριοποίηση των Χωρών βάσει Εισοδήματος, σύμφωνα με την Παγκόσμια Τράπεζα

Χώρες Χαμηλού Εισοδήματος (GNI per capita < 1.135\$)		
Afghanistan	Korea, Dem. People's Rep	South Sudan
Burkina Faso	Liberia	Sudan
Burundi	Madagascar	Syrian Arab Republic
Central African Republic	Malawi	Togo
Chad	Mali	Uganda
Congo, Dem. Rep	Mozambique	Yemen, Rep.
Eritrea	Niger	
Ethiopia	Rwanda	
Gambia, The	Sierra Leone	
Guinea-Bissau	Somalia	
Χώρες Κατώτερου Μεσαίου Εισοδήματος (GNI per capita < 4.465\$)		
Angola	Jordan	Philippines
Algeria	India	Samoa
Bangladesh	Iran, Islamic Rep	São Tomé and Principe
Benin	Kenya	Senegal
Bhutan	Kiribati	Solomon Islands
Bolivia	Kyrgyz Republic	Sri Lanka
Cabo Verde	Lao PDR	Tanzania
Cambodia	Lebanon	Tajikistan
Cameroon	Lesotho	Timor-Leste
Comoros	Mauritania	Tunisia
Congo, Rep.	Micronesia, Fed. Sts.	Ukraine
Côte d'Ivoire	Mongolia	Uzbekistan
Djibouti	Morocco	Vanuatu
Egypt, Arab Rep.	Myanmar	Vietnam
Eswatini	Nepal	Zambia
Ghana	Nicaragua	Zimbabwe
Guinea	Nigeria	
Haiti	Pakistan	
Honduras	Papua New Guinea	
Χώρες Υψηλότερου Μεσαίου Εισοδήματος (GNI per capita < 13.845\$)		
Albania	Fiji	North Macedonia
Argentina	Gabon	Palau
Armenia	Georgia	Paraguay
Azerbaijan	Grenada	Peru
Belarus	Guatemala	Russian Federation
Belize	Indonesia	Serbia
Bosnia and Herzegovina	Iraq	South Africa

Botswana	Jamaica	St. Lucia
Brazil	Kazakhstan	St. Vincent and the Grenadines
Bulgaria	Kosovo	Suriname
China	Libya	Thailand
Colombia	Malaysia	Tonga
Costa Rica	Maldives	Türkiye
Cuba	Marshall Islands	Turkmenistan
Dominica	Mauritius	Tuvalu
Dominican Republic	Mexico	West Bank and Gaza
El Salvador	Moldova	
Equatorial Guinea	Montenegro	
Ecuador	Namibia	
Χώρες Υψηλού Εισοδήματος (GNI per capita > 13.846\$)		
American Samoa	Germany	Oman
Andorra	Gibraltar	Panama
Antigua and Barbuda	Greece	Poland
Aruba	Greenland	Portugal
Australia	Guam	Puerto Rico
Austria	Hong Kong SAR, China	Qatar
Bahamas, The	Hungary	Romania
Bahrain	Iceland	San Marino
Barbados	Ireland	Saudi Arabia
Belgium	Isle of Man	Seychelles
Bermuda	Israel	Singapore
British Virgin Islands	Italy	Sint Maarten (Dutch part)
Brunei Darussalam	Japan	Slovak Republic
Canada	Korea, Rep.	Slovenia
Cayman Islands	Kuwait	Spain
Channel Islands	Latvia	St. Kitts and Nevis
Chile	Liechtenstein	St. Martin (French part)
Croatia	Lithuania	Sweden
Curaçao	Luxembourg	Switzerland
Cyprus	Macao SAR, China	Taiwan, China
Czech Republic	Malta	Trinidad and Tobago
Denmark	Monaco	Turks and Caicos Islands
Estonia	Nauru	United Arab Emirates
Faroe Islands	Netherlands	United Kingdom
Finland	New Caledonia	United States
France	New Zealand	Uruguay
French Polynesia	Northern Mariana Islands	Virgin Islands (U.S.)
Guyana	Norway	

Πηγή: World Bank (2024)